

ALBERTO LASA ZULUETA

EL AUTISMO

UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA
Y PSICODINÁMICA

Herder

Diseño de la cubierta: Gabriel Nunes

© 2022, *Alberto Lasa Zulueta*

© 2022, *Herder Editorial, S.L., Barcelona*

ISBN: 978-84-254-4852-2

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com)

Imprenta: xxx

Depósito legal: xxx

Printed in Spain – Impreso en España

Herder

www.herdereditorial.com

ÍNDICE

PRÓLOGO <i>Jorge L. Tizón</i>	II
INTRODUCCIÓN	31
• El autismo y la psiquiatría hoy	31
• Un breve bosquejo histórico	36
I. LOS PRIMEROS CONCEPTOS PSICOPATOLÓGICOS	43
DE LA ESQUIZOFRENIA DEL ADULTO A SUS ORÍGENES EN LA INFANCIA: LA «ESQUIZOFRENIA INFANTIL»	
• Los predecesores europeos	44
• El autismo para Bleuler	51
• La psiquiatría inspirada por la fenomenología (de Husserl y Bergson a Jaspers, Biswanger y Minkowski)	54
• Los predecesores estadounidenses (Rush, Meyer y Sullivan)	58
• El legado de los pioneros y las extrapolaciones y los vaivenes de sus continuadores	83
• Las cosas cambian. Los pacientes reivindican sus derechos y la poderosa psiquiatría biológica surge en su defensa	90
DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL A LAS PSICOSIS INFANTILES Y AL AUTISMO INFANTIL PRECOZ	
• Esbozos europeos (Sancte de Santis, Heller, Klein y Sukhareva)	96
• Autores y debates estadounidenses. La búsqueda de una nueva nomenclatura para nombrar un problema clínico conocido (Potter, Despert, Bender, Kanner y Goldfarb)	109

2. LOS DOS PADRES ADOPTIVOS DE LA CRIATURA: KANNER	
Y ASPERGER	131
LOS ONCE CASOS DE «AUTISMO INFANTIL PRECOZ» DE LEO KANNER	
• La descripción clínica: «los once casos de Kanner»	135
• Las hipótesis etiológicas. Acusado de acusar a los progenitores	156
• El pronóstico de la enfermedad: diferentes trayectorias evolutivas	162
• Los factores pronósticos: ¿cuáles son y como influyen?	166
HANS ASPERGER: GLORIOSAMENTE RESUCITADO... Y PENDIENTE DE JUICIO SUMARÍSIMO	
• Los 4 casos descritos por Asperger: el síndrome que nunca existió	184
• Una biografía controvertida: del anonimato a la idealización... ¿y a la demolición?	218
3. EMOCIONES Y CAVILACIONES DE PSICOANALISTAS	237
EL PSICOANÁLISIS BRITÁNICO Y NORTEAMERICANO	
• Margaret Mahler	254
• Donald W. Winnicott	271
LOS AUTORES POSKLEINIANOS	
• Frances Tustin	294
• Donald Meltzer	311
• Geneviève Haag	315
• Anne Alvarez	320
LA PSIQUIATRÍA PSICOANALÍTICA FRANCÓFONA	
• Una psicopatología psicoanalítica y una política asistencial	323
• En torno a la psicosis infantil. Reflexiones y aportaciones de la psicopatología psicoanalítica	327
• La importancia clínica del diagnóstico diferencial psicodinámico	339
• Una distinción esencial	347
• Los autistas cambian	351
• Intervenciones terapéuticas tempranas en espacios asistenciales favorables	354
• Tratamiento-psicoterapia <i>versus</i> educación-psicopedagogía. Puntos de encuentro	356
• Formas clínicas y líneas evolutivas	358

• ¿Un debate de ideas o una batalla por la propiedad de un terreno?	371
4. SOBRE LA INTELIGENCIA DE LOS AUTISTAS (Y OTROS DEBATES ETERNOS)	379
• Viejas historias siempre actuales	380
LOS PADRES PUTATIVOS DE LA CRIATURA	
• Los debates interminables: ¿quién entiende mejor a la difícil criatura?, ¿qué tipo de problemas sufre?	385
• Comprender, ¿para qué?, ¿cuidar, enseñar, educar, tratar, acompañar?	391
• Normalizar y curar, ¿dos ilusiones motivadoras o dos utopías?	399
• La evaluación de la inteligencia en el autismo	402
• Las teorías sobre el déficit cognitivo de los autistas	404
• Inteligencias superdotadas: ¿trastorno genético o progreso evolutivo?	411
5. CONOCIMIENTOS E INVESTIGACIONES RECIENTES.	
NUEVAS PERSPECTIVAS	419
• La búsqueda de las causas del autismo	423
• El autismo y los trastornos orgánicos: ¿«causales» o «asociados»?	425
• El determinismo genético y la interacción epigenética	429
• La búsqueda de hallazgos neurofisiológicos y su interpretación	435
• Pensamiento y acción: ¿moverse y encontrarse con el otro o percibir al otro y moverse hacia él?	441
• La mirada: mirar es mucho más que ver	445
• La epigenética añade posibilidades a la genética... y complica ideas simples	447
• La plasticidad cerebral	453
• La importancia de las relaciones tempranas	462
• Las asombrosas capacidades del bebé sano	479
• Síntomas precoces de autismo. El diagnóstico precoz	482
EPÍLOGO	489
BIBLIOGRAFÍA	493
ANEXOS	525

ROTURANDO LO IGNOTO. UNA INTRODUCCIÓN NOVELADA A NUESTROS DESCONOCIMIENTOS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL AUTISMO

Jorge L. Tizón

Una vez más queremos transmitir con este prólogo un doble placer: por un lado, la salida de un nuevo volumen (el número 35) de esta colección especializada (la 3P: «Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis»), la cual, gracias a los esfuerzos colectivos apoyados por la editorial Herder, sigue dando muestras de vitalidad e intenta contribuir, desde un campo específico y modesto, a mejorar aspectos concretos del mundo en que vivimos. Decíamos que es un campo modesto, aunque, precisamente, se trata a la vez de uno de los más difíciles en cuanto a cambios se refiere: hablamos de las psicosis. Por otro lado, en este caso se trata de un libro escrito por un amigo y compañero de lides y afanes durante más de medio siglo, a través de trabajos y participando en conflictos para intentar mejorar la atención a los sufrimientos psicológicos de la población.* Un libro, por ende, acerca de un tema del cual Alberto Lasa Zulueta es profundo conocedor y en el que ha trabajado todo este tiempo: el sufrimiento autístico, esto es, el sufrimiento de las personas con autismo, sus allegados y los grupos sociales de pertenencia.^{1,2,3}

* Y además, con vínculos y amigos comunes, como el entrañable y recientemente desaparecido (diciembre de 2021) Luis Martínez-Feduchi.

Hoy en día no es fácil escribir sobre el autismo y los «trastornos del espectro autista» o TEA. En primer lugar, por la modestia con la que debemos hacerlo, tanto por lo poco desarrollados que están nuestros conocimientos sobre esa forma de sufrimiento humano tan particular, como por lo lento y zigzagante de nuestros avances en el conocimiento del mismo. Pero también, y en segundo lugar, porque en la actualidad constituye un tema sometido no solo a discusiones científicas, sino a discusiones sociales y hasta políticas, agravadas por el interesado y confusional intento de la multinacional DSM de ampliar los límites y horizontes de los diagnósticos psiquiátricos con epígrafes como TEA, TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y similares.

En esta colección y en otros trabajos hemos defendido una idea en relación con el concepto de la *psicosis*: que tal término, en el ámbito psicopatológico (y no solo sociocultural), señala un modo de sufrimiento psicológico humano basado en la ruptura de la integridad personal y en perturbaciones graves de la captación y relación con la realidad externa, tanto personal como no personal.^{* 2-3,5} En ese sentido, puede entenderse que tanto los niños que sufren autismo como aquellos más gravemente perturbados por «trastornos generalizados del desarrollo» padecen una psicosis, un asunto sobre el cual reflexionaron todos los pioneros al respecto y sobre el que Lasa Zulueta vuelve una y otra vez en estas páginas. Una psicosis característica y, desde luego, aún más grave y temprana que las que denominamos «psicosis pospuberales»

★ Claro que hay otras varias definiciones, y entre ellas muchas tienden a converger en la que durante años mantuvo uno de los organismos de investigación sobre el tema más prestigiosos a nivel internacional, el National Institute of Mental Health norteamericano (NIMH), que definía la esquizofrenia (y, además, para el público en general) como «una enfermedad genética del cerebro crónica y de mal pronóstico, la más crónica e incapacitante de las que se conocen» (NIMH, 2007 [<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia> visitada en mayo de 2022]). Ello me ha llevado a defender en más de una ocasión⁽⁵⁾ que, por el contrario, «la esquizofrenia» no es una (sino un síndrome); ni es una enfermedad, sino un trastorno biopsicosocial; ni es genético en el sentido mendeliano ni en el más popular del término —y, en todo caso, con nuestros datos actuales no se puede afirmar su «naturaleza genética»—; ni es tan solo del cerebro; ni siempre tiene mal pronóstico y, desde luego, no es «la enfermedad» «más incapacitante que se conoce»: basta con pensar precisamente en el autismo y en otros síndromes y trastornos mentales graves de la infancia para desmadejar tal aserto.⁽⁵⁾

(esquizofrenia, trastornos delirantes, etc.). Bajo esta perspectiva que entiende el autismo como una psicosis, con unas características peculiares, pensamos que es imprescindible su estudio dentro de la colección 3P porque, de entrada, los sufrimientos que promueve y difunde, tanto en los propios sujetos y en su futuro desarrollo como en los familiares y allegados, tienen mucho que enseñar y que recibir de otras situaciones humanas relacionadas con las psicosis.¹⁻³

De ahí que en nuestra colección no hayamos dejado de lado, sino incluido desde el principio, volúmenes sobre las «psicosis en la infancia», sobre el autismo, sobre los niños en silencio... Razón por la cual hemos ido publicando los libros de Pirkko Turpeinen-Saari,⁶ Anne Brun,⁷ J. Manzano y F. Palacio,⁸ Paul Williams,⁹ la compilación de J. Magagna *et al.*¹⁰ o nuestro volumen *Familia y psicosis. Cómo ayudar en el tratamiento.*¹¹

Alberto Lasa Zulueta posee un recorrido profesional de más de cuatro décadas dedicado al tratamiento de niños y adolescentes en servicios públicos de salud mental, así como a la docencia del mismo tema en la universidad y en colectivos profesionales diversos. En el terreno del autismo y las psicosis infantiles, ha sido un pionero a la hora de tratar de impulsar su detección temprana y su tratamiento intensivo, insistiendo en la articulación de la red de salud mental con la atención primaria y los servicios sociales y educativos. En este sentido, ha podido colaborar en la creación y el desarrollo de un centro de día terapéutico y educativo realmente ejemplar y poco frecuente en nuestro país, financiado por la educación y la sanidad públicas, y que cuenta con un equipo multidisciplinar mixto (procedente de ambas administraciones) y unos tratamientos multiprofesionales adaptados a las necesidades de los pacientes y sus familias. Hasta su jubilación, asumió la dirección y coordinación terapéutica de los cuidados que en él reciben niños y preadolescentes seriamente perturbados.

Con esa dilatada experiencia y sus vastos conocimientos sobre el tema, Lasa Zulueta ha tenido la posibilidad (y la libertad) de decidir el tratamiento de su libro y ha escogido una presentación para el mismo que podríamos calificar como «descriptiva» o, mejor, «narrativa». El lector interesado por el tema (y no digamos el profesional) disfrutará recorriendo de su mano los múltiples vericuetos (e incluso anécdotas vitales) de los investigadores del autismo a lo largo de la historia de nuestra cultura y nuestras disciplinas

científico-técnicas. En ese sentido, es un libro con el cual, sin renunciar en absoluto a la profundidad, el autor ha decidido llevarnos de la mano por la historia del desarrollo de nuestros desconocimientos y someros saberes acerca de ese sufrimiento humano (personal, familiar y social). Algo que solo podía hacer una persona con un recorrido como el suyo, pero que, además, estuviera dotado de una mentalidad abierta y una perspectiva integradora. Es como si Lasa Zulueta hubiera optado para este volumen por una especie de principio narrativo: como sabemos muy poco, escojo un método histórico-descriptivo, esto es, aproximarnos a la historia de las discusiones sobre el tema.

El resultado que ha logrado es una especie de «novela histórica» acerca del autismo dirigida a los profesionales, pero también a la población en general que esté interesada en esta cuestión. Y, por cierto, una «novela histórica» sumamente atractiva, que a menudo atrae e incluso subyuga nuestra curiosidad...

En psicopatología general el término «autismo» nació para describir una dinámica relacional en los trastornos mentales graves y, en particular, en las psicosis. Designa el repliegue excesivo del sujeto sobre sí mismo, con un retraimiento de las relaciones con el mundo exterior que en algunos sujetos es mucho mayor que el mero aislacionismo y, desde luego, que el narcisismo. En la práctica supone, y tendemos a vivirlo, *la comunicación del intento de no comunicar* (con los entes exteriores al sujeto). El correlato consiste en dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y un patrón restringido de intereses o comportamientos. Históricamente, decenios después, las tendencias biologistas, magnificadoras y estigmatizadoras de la *psiquiatría biocomercial* han llevado a que, cada vez más, tanto los profesionales como la población en general tiendan a identificar el autismo con un trastorno concreto o «enfermedad» —y hoy, con los TEA o trastornos de (un supuesto) «espectro autístico», homogeneizando todo tipo de sintomatologías infantiles graves («psicóticas» o no) con los casos en los cuales esas sintomatologías se dan, pero vienen presididas por los síntomas o señales del autismo como elemento central.

Como describe Lasa Zulueta, cada vez tendemos más a valorar que el trastorno autístico implica graves trastornos en la relación y

en la intersubjetividad, pero también en el mundo interno, en la intrasubjetividad y en las relaciones internas (al menos si el clínico o investigador se preocupa de ellas, claro está). Aunque su etiología sigue siendo poco clara y ampliamente discutida, es indudable que posee componentes biológicos, así como psicológicos y psicosociales. En psicopatología especial, una de las hipótesis patoplásticas del síndrome autístico insiste en las dificultades del procesamiento de las emociones y la sensorialidad tanto exteroceptiva, relacional, como interoceptiva; unas dificultades asentadas en patrones neurológicos, psicológicos y/o psicosociales gravemente alterados. El resultado son las dificultades secundarias para el procesamiento de las informaciones (en particular, de las aferencias emocionales y cognitivas iniciales) que acarrear fallas graves en la integración de la personalidad y la identidad y, por tanto, para la intersubjetividad.

La organización que permite sobrevivir en esas circunstancias, en algunos casos, se apoya en el *autismo* (si se trata de un «auténtico» TEA), si bien siempre combinado con la *adhesividad* a figuras y situaciones externas. Por eso algunos hablamos de «suborganización adhesivo-autística». Más adelante en el desarrollo, o incluso desde ese momento si hay relaciones o intentos de relación suficientemente intensivos con esas personas, también podemos percibir esa vivencia de dos mentes profundamente interconectadas y no diferenciadas que llamamos *simbiosis*: con la madre, con el padre, con los cuidadores, con los terapeutas, con los «objetos del autista», etc.

Desde luego, cuando esas dificultades tempranas y severas se dan desde el inicio de la vida o en los primeros años llevan a la organización más o menos completa de un baluarte defensivo de los más rígidos y graves que se conocen (la «relación adhesivo-autística»). Una de sus manifestaciones es el autismo como comunicación, más o menos grave según los casos, pero, como decimos, siempre combinado con otras organizaciones relacionales y síntomas o señales: elementos de la suborganización simbiótico-adhesiva, elementos de la organización paranoide, elementos de la organización fóbico-evitativa... Ello no quita que tanto en los *trastornos generalizados del desarrollo* como en los síndromes autísticos y similares haya graves defectos en la integración de la personalidad en formación y problemas

importantes en la modulación de las emociones primitivas (y, en particular, del miedo, la ira, la indagación, el apego y las ansiedades de separación...). Por ende, rupturas de la capacidad diacrítica, de la diferenciación realidad interna/realidad externa y, consecuentemente, alteraciones severas en las relaciones interpersonales.

Como decíamos, con ayudas terapéuticas y cuidados al menos mínimos, ese incipiente «sujeto» puede llegar a la edad adulta mostrando diversas variaciones de lo que se conoce como «suborganización simbiótico-adhesiva», la organización relacional y personal subyacente y previa a muchas «descompensaciones psicóticas pospuberales». Si el síndrome inicial fue un autismo o un «TEA dominado por el autismo», tal vez esa descompensación conlleve más elementos autísticos incrustados, no elaborados o persistentes, así como diversos tipos de anomalías o «rarezas» comportamentales. Pero no es algo muy alejado de lo que en otros tiempos nos confundía en algunas «esquizofrenias simples», «esquizofrenias hebefrénicas», «esquizofrenias indiferenciadas», etc. Por eso, tanto por esa perspectiva evolutiva como por las dificultades de vinculación con la realidad externa y los otros, creemos que este tipo de síndromes o estructuras psico(pato)lógicas guarda estrecha relación con la psicosis; al menos, si entendemos que la psicosis está fundamentada en ese conjunto de dificultades extremas de integración, dificultades extremas de procesamiento emocional-cognitivo y dificultades extremas (y ambivalentes) de vinculación e integración con y en la realidad externa.

A pesar de todo, como Lasa Zulueta glosa en varias ocasiones de su novelado y erudito tratado respecto de nuestros avances y retrocesos, conocimientos y desconocimientos sobre el autismo, queda claro que la utilización del término *psicosis* para algunos trastornos graves de la infancia: 1) no cumple exactamente los criterios utilizados en este sentido comúnmente en la psicopatología descriptiva; 2) conlleva un cierto componente de metáfora o extensión del concepto; 3) remite a formas de relación de los niños tan diferentes como las de un autista grave «encapsulado» y las de los niños severamente desorganizados por la irrupción no modulada de experiencias y fantasías gravemente persecutorias, o desbordados por cualquiera de las emociones primigenias; 4) pero facilita que pensemos que esos procesos adaptativos precisan

de cuidados tipo TIANC o CIANC, es decir, «Tratamientos o Cuidados Integrales Adaptados a las Necesidades del sujeto y su familia en la Comunidad», tal como intentan llevar a cabo hace decenios algunos equipos¹³⁻¹⁵ y hemos recogido en publicaciones como las de 2013¹² y, sobre todo, 2014¹¹ y 2020.¹⁶ Desde luego, en este ámbito es imprescindible mencionar de nuevo la valía y ejemplaridad que Lasa Zulueta y sus compañeros demostraron con la creación y el desarrollo durante décadas de su centro de día, la UTE (Unidad Terapéutico-Educativa), sostenida, como hemos comentado con anterioridad, con fondos procedentes de las administraciones sanitaria y educativa y atendida por personal mixto.

Lo que, para simplificar, suele llamarse «psicosis de la infancia» implica cuadros clínicos muy variados, edades diferentes, diversas formas de desorganización, de no integración... Sin embargo, lo que confluye en esos cuadros son esas características inferidas: trastornos en la integración, trastornos en la introyección de las relaciones sociales, trastornos en la diferenciación realidad interna/realidad externa, etc. Como consecuencia, se dan comportamientos y relaciones sociales gravemente perturbados. Por eso incluyen siempre lo que se suele denominar «déficits disarmónicos de vertiente psicótica», distorsiones psicóticas precoces de la personalidad y organizaciones distímicas de naturaleza psicótica.

La misma naturaleza heterogénea y proteica de sus manifestaciones hace que las líneas de investigación sobre estas formas de relación infantiles sean enormemente variadas, pobremente intercomunicadas, a menudo divergentes y en ocasiones contradictorias. Hoy por hoy, sin embargo, creemos que siguen siendo necesarias las investigaciones genéticas, bioquímicas y del neurodesarrollo, así como la neurofisiología funcional, la etología, los estudios familiares biopsicosociales, el cognitivismo, el psicoanálisis... De ahí la importancia de intentos como los de Lasa Zulueta al tratar de integrar todo ello sin los sectarismos habituales y, además, desde una perspectiva histórica. Entre otras cosas, porque desde un enfoque tanto relacional como de la psicología del desarrollo, ese tipo de manifestaciones, al tiempo tan diversas y tan primitivas, debería hacernos pensar que constituyen el resultado de reacciones adaptativas ante traumas o problemas neurológicos (cerebrales) y/o psicológicos tempranos y graves, aunque su naturaleza esté por

dilucidar en muchos casos. Las diversas formas de presentación, a tenor de nuestros conocimientos actuales, no tendrían por qué adscribirse a «enfermedades diferentes», sino tal vez a las distintas posibilidades de adaptación del niño y la familia ante alteraciones fundamentalmente biológicas* o fundamentalmente relacionales de cada caso, en su interacción siempre relacional con la familia y la crianza recibida.¹⁷⁻²⁵

Sea cual fuere la base (genética, neurológico-lesional o relacional temprana y, por tanto, con repercusiones neurológicas y genómicas), la respuesta tanto del niño como de la familia actúa directamente sobre su amplia plasticidad cerebral (y psicológica). Hoy por hoy creemos que esa explicación de las diferencias sintomatológicas entre los diversos tipos de TGD y TEA (y, por supuesto, entre los diferentes niños) se ajusta mucho más a nuestros actuales conocimientos psicosociales; desde luego, lo hace de manera mucho más «parsimoniosa» que aventuradas taxonomías basadas en el reduccionismo biologista a supuestas «enfermedades neurológicas» o del «neurodesarrollo» y a múltiples «comorbilidades».

Por eso cobra especial importancia la determinación de las organizaciones de la relación dominantes en cada niño, en cada familia y en cada momento del tratamiento, incluso en los verdaderos TEA. Así, tendríamos que ser más cuidadosos y determinarlas previamente para poder ayudar mejor cuando un niño, a pesar de haber sido calificado de «autista», actúa más dominado por el propio autismo o rechazo de la relación, o bien de forma más paranoide, o más adhesiva, o más fóbica, o más disociadora. Como defendemos hace decenios, cada organización de la relación precisa pautas de aproximación, entrevista y terapia diferenciadas, incluso cuando la organización fundamental sea la que denominamos «autismo» o «relación adhesivo-autística».

Con el intento de llamar la atención acerca de la gravedad, cronicidad y «malignidad» de algunos síndromes psicopatológicos, la psiquiatría dominante en realidad ha llevado a invisibilizar más y más la

* Pero contando con la epigenética cerebral de los primeros años del desarrollo, es decir, atendiendo también a las relaciones tempranas como factores de cambios biológicos.^{19,16,25}

importancia del síndrome o el sufrimiento humano al que se dedica este volumen; hasta el extremo, mencionado con anterioridad, de establecer definiciones como las propuestas por el NIMH y la American Psychiatric Association (Asociación Norteamericana de Psiquiatría). Por eso deseábamos publicar una reflexión más amplia y actualizada sobre el autismo, un síndrome, precisamente, tan poco atendido y tan mal entendido que ello ha favorecido esa definición de la psicosis del NIMH: ¿habrían visto alguna vez en su vida a un niño autista los profesionales y técnicos que hicieron y difundieron tal definición? Necesitábamos dar a conocer una visión más integradora, menos sectaria, del autismo. Una perspectiva, tanto del autismo como de los TEA, que supusiera, además, una mayor integración dentro los necesarios cuidados de la salud mental comunitaria y la salud pública: estos cuadros de sufrimiento no son tan incomprensibles, impersonales, raros, desdeñables, crónicos, malignos, incapacitantes o desesperanzadores como algunas perspectivas sectarias y parciales pueden hacer pensar y sentir, tanto a los allegados como a los profesionales. Es el *des-cuido* (la falta de cuidados más completos e integradores) de cada caso y el *des-cuido* en la percepción del tema por parte de la sociedad y la cultura lo que complica, a veces sobremanera, su detección y el acceso a medios de ayuda. El resultado son prejuicios y perjuicios, errores y dilaciones en la atención y los cuidados que se dispensan para paliar esos sufrimientos humanos.

En cuanto al «tratamiento» o, mejor dicho, los «cuidados integrados», como en todo el ámbito de las psicosis, los fulgurantes avances prometidos por la orientación biologista de la psicopatología no han tenido, ni de lejos, los resultados esperados. Probablemente porque es en nuestros días cuando la psicopatología y la psiquiatría, tanto infantil como de adultos, están mostrando las rémoras, los atrasos y puntos ciegos que promueve una visión médica tan reduccionista de las mismas. Como solemos decir, la psicopatología es una disciplina fundamentalmente psicológica y psicosocial, aunque hoy haya sido capturada por la medicina (y por una medicina biologista y biocomercial). Llamar «enfermedades mentales» a sus trastornos, incluso a los más graves, como las psicosis, no deja de ser una metáfora reduccionista que cada vez muestra más abiertamente sus dificultades para orientarnos a comprender y ayudar

a paliar los sufrimientos psicológicos humanos (que es el objetivo de la disciplina científico-técnica conocida como «psicopatología»).

En efecto, como el profesor Lasa Zulueta narra en estas páginas, el autismo se ha revelado como muy resistente y casi impermeable a los tratamientos médicos contemporáneos. Nada que ver con el fulgurante avance de la medicina en ámbitos como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o los procesos inmunitarios. Y, para colmo, el autor ilustra con profusión cómo persiste, o incluso cómo se ha agrandado, el abismo entre las ciencias básicas para su estudio (psicología y biología) y las tecnologías y técnicas aplicables a sus cuidados. El resultado es una nueva brecha de desigualdad social por el déficit de recursos necesarios para ayudar a estas personas y sus familias a soportar los sufrimientos que conlleva de manera habitual un caso de autismo en el individuo, la familia y el grupo. De ahí que en varios países se haya acelerado la creación de asociaciones de familiares que luchan por obtener de los poderes públicos derechos y leyes que permitan mejorar la situación y la dignidad de los afectados, a los que tal vez deberíamos referirnos, más que como «TEA» o «autistas», como «personas con autismo».

Eso no significa, desde luego, que poseamos el «tratamiento», el «protocolo» o la «guía clínica» unificado para tratar el autismo y los TEA. Alberto Lasa nos sumerge en este volumen en las discusiones y dificultades tanto históricas como actuales para lograrlo. No es que no se hayan propuesto varios, mayoritariamente siguiendo las perspectivas biólogos y de la psiquiatría «biocomercial». Pero aquí, esa perspectiva biocomercial «ha mordido en hueso»: solo una persona y un profesional con la aguilatada experiencia del profesor Lasa Zulueta puede atreverse a mostrar cómo, a pesar de todo, «el rey va (bastante) desnudo» aún hoy. Entre otras cosas porque para vestirlo, para ayudar a esos grupos humanos, se necesita una psicología clínica y una psiquiatría como las que él estima adecuadas: cuidadosas y pausadas, que incluyan tiempos de reflexión y tiempos para el trabajo comunitario.

Como hemos sostenido con cierta frecuencia, el modelo médico en psicopatología ha llevado a varios callejones sin salida e incluso a una parcialización generalizada de los cuidados integrales de las psicosis (CIANC).^{25,16} El descuido social para que una psicosis se establezca y cronifique no

puede enmendarse después con tratamientos medicalizados y rápidos, abonados al dogma neoliberal y a la consecución de beneficios (a ser posible económicos) rápidos y privados. Como venimos defendiendo en toda la colección, los *cuidados integrales de las psicosis* (según las necesidades de la familia en la comunidad, o CIANC) implican, por un lado, una actitud política y comunitaria y una prevención primaria organizada a nivel social. Eso significa cambios importantes en el modelo social y político, para que pueda prevenir daños o atender precozmente a las personas con vulnerabilidades, dificultades o discapacidades. Se precisa, desde luego, de una mayor dotación para la investigación y la salud pública (planteadas, además, desde una perspectiva biopsicosocial y no meramente biológica de las mismas). Por otro lado, implica sistemas de cuidados integrales y, por lo tanto, varios tipos de profesionales, colaborando con la familia y la red social de esta en tratamientos y cuidados que hoy tienen que ser multidisciplinarios, interparadigmáticos, con amplia dedicación y continuidad en la asistencia y —algo que el autismo muestra más que cualquier otro trastorno— basados en vinculaciones mantenidas con profesionales que no cambien una y otra vez debido a presiones laborales o institucionales. Como solemos decir, precisa de profesionales y acompañantes «suficientemente próximos y suficientemente estables».

La consecuencia estaba anunciada: el desencuentro entre la psiquiatría biológica y biocomercial y el tratamiento del autismo. Una psiquiatría que busca modelos médicos del tratamiento (breves, simples, maquinizados, no personalizados...), cuando, además, no hay un «fármaco para el autismo», si quiere hacer negocio va a tener que vender mucho humo... Una situación que se ha repetido en más de un período del estudio científico-técnico sobre el autismo, como Lasa Zulueta desgrana en estas páginas. También en estos ámbitos ha penetrado la «perspectiva neoliberal», lo que ha propiciado «tratamientos-negocio» de los autistas de clase alta y empobrecidos «tratamientos rápidos» y soluciones simplistas* de los sujetos con autismo de las clases sociales explotadas. De ahí esa apuesta del profesor Lasa Zulueta por una psiquiatría lenta y

* Aunque puedan ser muy parciales e incluso contraproducentes años después (¡y qué importa, si hay empresas y servicios que se lucran en el ínterin...!).

pausada, contenida y contenedora de los sujetos afectados, sus familias y sus grupos de pertenencia.

¿Cómo es que profesionales y organizadores sanitarios han sido capaces de aceptar sin airadas protestas en sus servicios y en las calles que, viniendo de una situación tan pobre como la de nuestro «estado de medio-estar» (que no «de bienestar»), se hayan recortado aún más y de forma generalizada las dotaciones y los tiempos para la formación y la supervisión de los clínicos? En la última década se ha hecho de forma generalizada, con la excusa de la crisis económica primero, la COVID-19 después, la guerra contra Ucrania más tarde... Para colmo, obviando a menudo las verdaderas crisis que obligarán a modificar los actuales modelos (no solo psicopatológicos), esto es, la crisis energética y la crisis ecológica en las que estamos inmersos. ¿Hay medios y financiación para aumentar más y más los presupuestos para la industria de la guerra,^{*} la más antiecológica y antihumana de las actividades sociales, pero no hay fondos para una sanidad y unos cuidados de la salud mental que resulten suficientes, equitativos, públicos y no especulativos...?

¿Cómo mejorar nuestros conocimientos, nuestros tratamientos, nuestros cuidados cotidianos en un mundo en el que se está recortando —no solo no ampliando, sino recortando de forma absoluta y relativa— la investigación y la formación de las personas dedicadas a intentar paliar estos sufrimientos humanos? ¿Cómo ha podido aceptarse durante decenios una supuesta «psiquiatría comunitaria» o «atención primaria en la comunidad» que no poseían tiempos reservados para los «trabajos comunitarios» de sus profesionales, para el trabajo en red, para el trabajo en unidad funcional, para el trabajo en diálogo abierto en la red social,^{26,11} que no incluye tiempos para la formación y supervisión de esas mínimas actividades comunitarias?

Peor aún en el caso de los terapeutas y cuidadores del sufrimiento autístico o, en general, de las psicosis, pues deben combinar —en la misma persona (y mantener a lo largo de los decenios)— unos conocimientos técnicos, una sensibilidad y unas capacidades de comunicación excepcionales con el fin de realizar sesiones terapéuticas difíciles, fre-

* Que hoy suponen más de 5 000 millones de euros de gasto mundial ¡al día!

cuentas y prolongadas durante años, tanto con la familia como con los allegados y el grupo social. Y, además, realizar ímprobos esfuerzos y soportar frecuentes frustraciones en el intento de reintegrar la desintegrada red asistencial y la colaboración multiprofesional con los demás componentes de cada «unidad funcional de cuidados de cada caso».^{11,16,26}

En buena medida, hemos vivido y vivimos engañados por la creencia de que nos hallábamos en un sistema de «salud mental orientado a la comunidad», ya que eso decían los documentos y planes ampulosamente presentados (y subrepticamente escondidos a continuación). Sin embargo, en los servicios públicos españoles y europeos hace años que convivimos con el desarrollo de la antítesis entre unos planes de «cuidados comunitarios a la salud mental» y la realidad de una «psiquiatría para pobres» (y para «pobres presionados al rendimiento exhaustivo», en el sentido de Byung-Chul Han).²⁷ Lo prioritario son los negocios cortoplacistas y especulativos propios del planteamiento mal llamado «neoliberal».*

En ese extremo, el cuidado de los autismos y, en general, los cuidados de la salud mental representan uno de los máximos exponentes. De ahí que, en el caso del diagnóstico del TDAH y de los TEA, se haya dado un brutal (y terriblemente sospechoso) aumento en las cifras de su incidencia y prevalencia.** En efecto, como recoge también Lasa Zulueta, desde una prevalencia de 6 cada 100 000 habitantes, el autismo (¿o los TEA?) ha sufrido una supuesta «explosión social» que hizo que esta pasara en los años ochenta del siglo pasado al 40 por 100 000, para seguir luego aumentado de forma vertiginosa hasta 1 de cada 160 niños,²⁸⁻²⁹ 1 de cada 132, ¡o incluso a más de 1 de cada 100 o 1 de cada 59 niños (1,69%)! Para hacernos una idea de hasta qué punto la ampliación abusiva de los límites diagnósticos y no el diagnóstico precoz del síndrome es la causante de esa inflación exponencial, basta con investigar la escasez de programas dedicados a dicho diagnóstico precoz y/o a la prevención temprana del trastorno,³⁰ o comprobar las horas de formación y

* Cuando, en realidad, es solo librecambista y, sobre todo, especulativo.

** ¿En coincidencia con las cifras de los negocios privados potenciales, farmacológicos y no farmacológicos?