



Tesis de Maestría
Psicopatología y Salud Mental

Instituto Universitario de Salud Mental

**Las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo desde la reconstrucción
historico-descriptiva del término a su visualización en el análisis de un caso
clínico de kanner.**

Dirigido por:

DR. HORACIO GARCÍA

Trabajo Final de Maestría para optar el título de
MAGISTER EN PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

Por

LIC. CARMEN BALLESTEROS CHAVARRÍA

Buenos Aires, Capital Federal, 2016.

Instituto Universitario de Salud Mental
Maure 1850 - Tel. 4775-7985
<http://www.iusam.edu.ar>

Tabla de contenido

Agradecimientos.....	v
Declaración.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	1-5
Objetivos.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Metodología.....	7-9
Estrategia de búsqueda de información.....	7
Criterios de evaluación de la información.....	7
Criterios de selección de autores.....	8
Categorías de análisis.....	8-9
Procedimiento de análisis.....	9
PRIMERA PARTE: LA CONTRIBUCIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA MODERNA	
El autismo para la psicopatología de principios del S. XIX y finales del S. XX.....	10-37
Orígenes de la psicopatología infantil.....	15-29
<i>El Salvaje de Aveyron</i>	16-19

<i>De la idiocia a la demencia infantil de influencia kraepeliana.....</i>	19-22
<i>La influencia de Bleuler: la esquizofrenia infantil.....</i>	22-24
<i>El nacimiento del autismo como síndrome.....</i>	24-26
<i>La encrucijada epistemológica.....</i>	27-29
El autismo para Leo Kanner.....	29-37
<i>La cuestión sobre la etiología del autismo.....</i>	32-33
<i>Las acepciones del término autismo.....</i>	33-35
<i>Sobre la nosología: Autismo y psicosis infantil.....</i>	35
<i>El legado de Leo Kanner.....</i>	36-37
SEGUNDA PARTE: LA CONTRIBUCIÓN DEL PSICOANÁLISIS	
Pensamiento psicopatológico post Segunda Guerra Mundial.....	38-65
El autismo como modelo de lo normal y lo patológico: Margareth Mahler.....	43-48
<i>El autismo como una fase temprana del desarrollo normal.....</i>	43-45
<i>Autismo como un tipo de psicosis.....</i>	45-47
<i>El término autismo como mecanismo de defensa.....</i>	48
La invención del autismo: Donald Winnicott.....	48-50
El autismo como incapacidad para relacionarse con el mundo: Bruno Bettelheim.....	50-59
<i>Bettelheim y su relación con la obra de Leo Kanner.....</i>	50-53

<i>Teoría del desarrollo del psiquismo: La experiencia hace al hombre.....</i>	54-55
<i>El origen del autismo: La situación extrema.....</i>	55-57
<i>La dinámica del autismo: ¿por qué y cómo se instala una retirada autista tan masiva?.....</i>	58-59
<i>Tres estadios de la alienación de la realidad interior y exterior.....</i>	59
El autismo como reacción traumática frente a la separación temprana: Frances Tustin.....	60-65
<i>El autismo como sinónimo de autismo secundario encapsulado.....</i>	60-61
El caparazón autista: objetos autistas y figuras autistas de sensación.....	61-63
Funciones y consecuencias del caparazón autista.....	64-65
Recapitulación de aportes y efectos de las teorías en el DSM.....	65-67
El autismo en el DSM-I y DSM-II.....	66-67
 TERCERA PARTE: LA CONTRIBUCIÓN DE LA NEUROCIENCIA 	
Como la epidemiología cambió la noción de autismo.....	68-73
El autismo como un trastorno del lenguaje: Michael Rutter.....	74-78
El autismo deja de ser un sinónimo de las dificultades del contacto afectivo.....	76-78
El autismo como un Trastorno General del Desarrollo.....	78-81
La revista de Kanner.....	78-80
El autismo en DSM-III.....	80-81

El autismo como un déficit de la interacción social: Lorna Wing.....	81-89
El autismo para Hans Ásperger.....	85-86
El autismo en DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR.....	87-89
El autismo como un Trastorno de Neurodesarrollo: DSM-5.....	90-92
Discusión y conclusiones.....	93-96
Una aplicación práctica: Donald, análisis de un caso clínico de Kanner.....	97-108
Reflexiones finales.....	109-110
Referencias.....	111-117
Anexos.....	118-126
Anexo I.....	118-120
Anexo II: Tablas criterios diagnósticos DSM.....	121-126

Agradecimientos

En primer lugar me gustaría agradecer la labor del Dr. Horacio García, tutor del presente trabajo final de master, persona sin la cual este trabajo no podría haberse materializado. También me gustaría agradecer al Dr. Alfredo Ortiz Frágola, Director de la Maestría en Psicopatología y Salud Mental, por su disponibilidad, cercanía y amplia voluntad hacia mi persona.

En general me gustaría agradecer a todos los miembros del Instituto Universitario de Salud Mental, Director, profesores, alumnos y personal, ya que han sido el eje vertebrador de mi estadía en Argentina, haciendo que mi tránsito por la Institución haya sido algo más que un lugar de estudios, convirtiéndose por ellos para mí en un lugar de pertenencia. Por ello, agradezco profundamente su contribución a mi crecimiento personal, a mi formación como profesional de la salud mental y como psicoanalista.

Por otro lado no puedo dejar de mencionar la ayuda que en un primer momento me brindó la asesoría del Dr. David Rosenfeld, así como el impulso por saber que mis pacientes autistas del Centro Educativo Terapéutico, me dieron sin saber que lo hacían.

Quiero agradecer especialmente a la Lic. Ximena Guerrero Suarez, colega y muy buena amiga, que ha hecho que emerjan en mí muchas ideas gracias a sus ordenadores comentarios y a su amplia capacidad de escucha.

Por último, quiero agradecer a mi esposo, ya que sin su apoyo emocional y material esta empresa nunca habría sido posible.

Declaro que el material incluido en esta tesis es, a mi mejor saber y entender, original, producto de mi propio trabajo (salvo en la medida en que se identifique explícitamente las contribuciones de otros), y que este material no lo he presentado, en forma parcial o total, como una tesis en ésta u otra institución.

Resumen

Esta monografía hace una reconstrucción de las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo desde la psicopatología moderna de finales del siglo XIX y principios del XX, en donde se realizará un rastreo etimológico de la palabra autismo con el fin de ubicar el objeto de estudio dentro un marco general de conocimiento. Posteriormente se recogerá la evolución del significado del autismo para la psiquiatría y se anotarán los distintos sinónimos que han aparecido a lo largo de la historia, así como el uso coloquial del término. Una vez contextualizada la emergencia del término autismo, se analizará la descripción que Leo Kanner hizo del trastorno para que pueda servir de referente conceptual de las teorías presentadas. Posteriormente se transitará por los desarrollos del psicoanálisis de principios del siglo XX, donde se procederá a analizar lo expuesto por autores psicoanalíticos como Margareth Mahler, Bruno Bettelheim, Donald Winnicot y Frances Tustin. Se expondrán además los aportes que la neurociencia hace hasta el siglo XXI, principalmente de la mano de Michael Rutter y Lorna Wing. Este es un recorrido que por medio del constructivismo y la brújula de la historia discontinuista, se ha buscado la neutralidad poniendo de relieve la subjetiva contextualización histórica de las producciones de los autores, para poder elaborar una serie de conclusiones que sean de utilidad para la psicopatología del término autismo. Estas son que el término autismo ha sufrido una serie de cambios radicales en su significado a lo largo de la historia, por lo que es un término con poca consistencia temporal. La palabra autismo sirve para designar distintas patologías de diferentes tradiciones epistemológicas y se usa para hacer diagnósticos que no siempre son intercambiables entre sí. Para terminar, se ilustrarán estas conclusiones obtenidas mediante un caso clínico de Leo Kanner, el caso Donald, donde se observarán las particularidades prácticas de las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo.

Palabras clave: autismo, diagnóstico, Leo Kanner, psicoanálisis, psiquiatría, psicología cognitiva, Margaret Mahler, Bruno Bettelheim, Lorna Wing.

Abstract

Title: The different clinics of the diagnosis of autism from the historical-descriptive reconstruction of the term to his visualization in the analysis of a clinical paradigmatic case.

Summary: This monograph makes a reconstruction of the different clinics of the diagnosis of autism from the modern psychopathology of the 19th century and the beginning of the 20th, where an etymological tracking of the autism word will be done to order the object of study into a general frame of knowledge. Later, the evolution of the meaning of autism for psychiatry and the synonyms that have appeared through the history will be collected, and then, the colloquial use of the term will be recorded too. Once the term autism's contextualized history, the Leo Kanner's disorder description will be analyzed so it can serve as a conceptual reference to the next theories presented. The developments of psychoanalysis in the early twentieth century will be treated and there the arguments presented by psychoanalytic authors like Margaret Mahler, Bruno Bettelheim, Donald Winnicott and Frances Tustin will be analyzed. Neuroscience contributions made to the 20th century by the hands of Michael Rutter and Lorna Wing will also be exhibited. This is a tracking that through the history and the constructivism where the neutrality has been sought in the subjective history context of the authors theories, to develop a set of conclusions that can be useful for psychopathology autism term. These conclusions say that autism has suffered radical changes in his meaning along the history, therefore it is a term with few temporary consistency. The autism word serves to designate different pathologies from different etymologies and it's used to do diagnoses which are not interchangeable between them. Finally, this conclusions will be shown analysing the Leo Kanner's clinical case, the Donald's case, where it will be seen the practical particularities of the different clinics of the diagnosis of autism.

Key words: autism, diagnosis, Leo Kanner, psychoanalysis, psychiatry, cognitive psychology, Margaret Mahler, Bruno Bettelheim, Lorna Wing.

Introducción

En la actualidad, el fenómeno clínico que históricamente se ha llamado autismo es denominado por la psiquiatría como Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Se considera que es un trastorno del desarrollo que aparece en la primera infancia y que se caracteriza básicamente por déficits en la interacción y comunicación social y por manifestar patrones repetitivos de conducta e intereses restringidos en actividades.

El creciente interés por este trastorno se ve reflejado en el volumen de trabajos publicados con este tema, además del aumento en la financiación de este tipo de estudios por parte de Estados y Universidades. Pero más allá del incentivo que supone la financiación de estudios con esta temática, ese notable interés por los Trastornos del Espectro Autista se debe en parte también por los resultados de numerosas investigaciones internacionales que plantean el aumento de la prevalencia del diagnóstico de autismo en la población. Resultados que han preocupado a la comunidad científica y escandalizado a la comunidad social calificando el fenómeno como pandemia.

En lo personal, el interés por esta temática emerge de una inquietud clínica desde que comencé mi trabajo con este tipo de población. A lo largo de mi estadía en Argentina me he dedicado a la atención psicológica de niños en el ámbito educativo, que sin ser planeado se vio plagado de niños diagnosticados con Trastorno General del Desarrollo no especificado (TGD-NOS), pero con perfiles comportamentales, cognitivos y psíquicos muy diferentes. A nivel sintomático estos niños manifestaban en ocasiones patrones clínicos que a ojos de un psicopatólogo de orientación psicoanalítica podría verlos más que como un autismo, como una psicosis e incluso más cercanos al retraso mental que al cuadro de autismo como tal, lo que hacía en mí aumentar la confusión en torno al cuadro clínico. Por ello fueron emergiendo preguntas como: ¿qué es el autismo?, ¿cuál es la definición de autismo?, ¿qué síntomas conforman el cuadro?, ¿estos síntomas han sido iguales a lo largo de la historia?...etc. Además de esta multiplicidad de síntomas y solapamiento con otros cuadros clínicos, hay que sumar la gran variedad de palabras que aún en la actualidad se usan para denominarlo y que no hacen más a veces que causar confusión, pues en la práctica clínica en ocasiones se usan como sinónimas y en otras como contrapuestas e incluso excluyentes entre sí.

De manera que este conjunto de dudas en torno al diagnóstico del autismo en la que me veía sumergida en mi propia práctica laboral, me impulsaron a investigar sobre el tema. Lo que encontré fue una gran variedad de definiciones de autismo, diferentes autores y prácticas clínicas que trataban el tema de acuerdo a su propio marco de referencia teórico. Pero lejos de que esta pluralidad me apabullara, se convirtió en el motor definitivo para elaborar una tesis con esta temática con la intención en un principio de poder aportar un poco de orden al respecto. Es por ello que, por ser un tema que emerge de una inquietud personal, que decidí plasmar tal cual el modo en el que me fui aventurando a responder la pregunta sobre las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo. Esa aventura partió en un principio de una revisión histórica para poder después aportar conclusiones y respuestas en la práctica clínica.

La idea de partir del punto de vista histórico-teórico es el de poder contextualizar cómo las diferentes clínicas del diagnóstico de autismo fueron emergiendo y entendiendo el término autismo a lo largo de la historia. Con ello se pudo obtener información también sobre si el autismo tiene significados diferentes para diferentes autores o si por el contrario el término goza de una incorruptible consistencia temporal. Los datos que extraje de ese proceso de investigación fueron los que me permitieron sostener una serie de conclusiones respecto al diagnóstico del autismo y poder hacer con ello un análisis sólido de un caso clínico. El caso que elegí fue el caso Donald, uno de los casos presentados por Leo Kanner en su ya considerado mítico *Autistics disturbances of affective contact* de 1943. Este doble trabajo teórico-práctico permitirá aportar una serie de recomendaciones generales para el diagnóstico, que al ser aplicadas en el análisis de un caso clínico permitirá su mejor comprensión. Estas recomendaciones lejos de ser ociosas, tienen implicaciones profundamente prácticas, tanto a la hora de realizar planes de tratamiento como a la hora de enseñar la psicopatología de la infancia. De manera que el aporte último de este Trabajo Final de Maestría sería el contribuir a la construcción psicoanalítica del diagnóstico del autismo, que permita estudiar el fenómeno clínico desde unas bases propias psicoanalíticas con una teoría epistemológica e hipótesis propias del psicoanálisis, que permitiesen seguir avanzando en el estudio de este tipo de patologías mentales.

Dentro de esta difícil tarea se hace necesario primero aclarar que cuando se habla de clínicas del diagnóstico se hace referencia a cómo cada disciplina teórica

aborda la tarea diagnóstica del autismo. Además, cuando se hable de psicopatología¹ se hace en el sentido de la psicopatología descriptiva tal y como la enuncia Berrios (2008). Es decir, aquella que se encarga de poner énfasis en la forma del fenómeno patológico, no realizándose mención a las otras dos subdivisiones a menos que esto ayudase a comprender y contextualizar la descripción de las clínicas de diagnóstico del autismo. En tercera instancia, con el fin de aumentar la precisión metodológica, es necesario aclarar que se va a usar el término autismo como palabra generalista que reúna a la multiplicidad de términos que han proliferado a lo largo de la historia de la definición de este trastorno: TGD, TEA, autismo, autismo infantil, psicosis autista... etc. También se va a distinguir entre término, concepto y fenómeno, tal cual lo entiende la Real Academia Española de la Lengua (2001). Así cuando se hable de término autismo, es para hablar de autismo como palabra. Es con estas puntualizaciones que hay que entender el objetivo principal de describir las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo desde la reconstrucción histórico-descriptiva del término y su visualización en el análisis de un caso clínico de Kanner.

Lo que vamos a poder observar en el desarrollo de este trabajo es que en psicopatología, el término autismo es un concepto atravesado históricamente al menos por tres acepciones: como síntoma de la esquizofrenia, como síndrome kanneriano y como discapacidad del desarrollo. Además, la historia de la construcción del término está protagonizada con tres lógicas diferentes, cada una con su enfoque epistemológico, ya sea derivado del racionalismo o del empirismo, lo que no está demás aclarar que complica el análisis. Las disciplinas son la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología cognitiva. Cada una con sus historias, con sus fundadores y con orígenes que difieren en el tiempo, pero que en la actualidad se entrecruzan y solapan, especialmente en psicopatología del autismo.

¹ En general, el término psicopatología consta de varias definiciones de acuerdo al país, "(...) mientras en Estados Unidos ésta es equivalente a psiquiatría, en Europa se refiere a la ciencia de los síntomas de la mente (incluyendo descripción y explicación) y, por ende, tradicionalmente se subdivide en descriptiva, experimental y psicodinámica. La psicopatología descriptiva (o fenomenológica) enfoca la "forma" del síntoma (es decir, tener visiones y oír voces son, en ambos casos, ejemplos de alucinación). Por otra parte, la psicopatología experimental o de enfoque numérico intenta captar y medir el fenómeno con medios objetivos (por ejemplo, comprobando las experiencias alucinatorias mediante el análisis por escaneo de los movimientos oculares o empleando la tomografía por emisión de positrones). Finalmente, la psicopatología psicodinámica se centra en la semántica del contenido, y para lograr esto se necesita un mecanismo del tipo creado por Janet o por Freud. Este libro trata exclusivamente de la historia de las descripciones" (Berrios, 2008, p. 27).

Sabemos que cronológicamente la psiquiatría precede al psicoanálisis y este a su vez a la psicología cognitiva. Pero su protagonismo dentro de la historia de la psicopatología del autismo es discontinuo. A grandes rasgos, se puede decir que durante el siglo XIX predominó la psiquiatría y a finales y en la primera mitad del s. XX lo hizo el psicoanálisis. En la segunda mitad del s. XX hasta la actualidad vuelve a resurgir la psiquiatría usando propuestas teóricas y clínicas de la psicología cognitiva. Pareciera que en el panorama actual del estudio del autismo, la psiquiatría clásica de la mano de autores europeos que era enriquecida por los planteos del psicoanálisis, ha sido absorbida por el paradigma norteamericano en el que la investigación de la neurociencia determina lo que el profesional hace en el consultorio. Paralelamente la psicología cognitiva elabora hipótesis del funcionamiento conductual y emocional del cerebro, que sirven de base para las terapias de modificación de conducta que a su vez están basadas en la evidencia por posteriores investigaciones.

Acordar con esta visión sería simplificar demasiado las cosas, porque como dijimos, dentro de la evolución histórica de cada disciplina también hay cambios de paradigmas de pensamiento. Por ejemplo, como se verá, el autismo se define primero en el contexto de la psiquiatría fenomenológica, pero luego es analizado desde una lógica positivista para pasar después a ser tratado desde una perspectiva neurocientífica y cognitiva influida por la farmacológica, la biología y otras disciplinas afines. Así la idea básica de este trabajo es que solo aclarando el contexto psicopatológico, es que se puede tener una mirada panorámica sobre lo que esta tesis pretende investigar, que es enunciar las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo.

Pero la misión del presente trabajo no se agota en esa labor, sino que debido a que el término autismo también ha sido construido y concebido por una serie de autores psicoanalíticos, éstos merecen ser mencionados y ubicados históricamente en el lugar que les corresponde dentro de la historia de la psicopatología del autismo. Recordemos que debido a la predominancia del psicoanálisis dentro del panorama científico de la primera mitad del siglo XX, algunas nociones psicoanalíticas han pasado a formar parte de la psicopatología actual, por lo que se estudiarán los aportes concretos que se han hecho a la construcción del término autismo. Pero no olvidemos que otras nociones psicoanalíticas sobre el autismo han sido borradas y fuertemente criticadas, debido al triunfo en psicopatología de un enfoque epistemológico opuesto.

Además este en este trabajo se torna imprescindible el poder articular en la práctica las propuestas teóricas de los autores estudiados, mediante el análisis de un caso clínico. Es por ello que en este viaje que supone redactar una tesis recorrerá primero la psicopatología moderna de finales del siglo XIX y principios del XX, en donde se realizará un rastreo etimológico de la palabra autismo con el fin de ubicar el objeto de estudio dentro un marco general de conocimiento. Posteriormente se recogerá la evolución del significado del autismo para la psiquiatría y se anotarán los distintos sinónimos que han aparecido a lo largo de la historia, así como el uso coloquial del término. Una vez contextualizada la emergencia del término autismo, se analizará la descripción que Leo Kanner hizo del trastorno para que pueda servir de referente conceptual de las teorías presentadas. Posteriormente se transitará por los desarrollos del psicoanálisis de principios del siglo XX, donde se procederá a analizar lo expuesto por autores psicoanalíticos como Margareth Mahler, Bruno Bettelheim, Donald Winnicot y Frances Tustin. Se continuará con los aportes que la neurociencia hace hasta el siglo XXI, principalmente de la mano de Michael Rutter y Lorna Wing. Para terminar, se analizará un caso clínico de Leo Kanner donde se podrán observar y sopesar en la práctica las conclusiones respecto a las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo.

Este viaje ha estado caracterizado por la búsqueda de la neutralidad aunque sin perder de vista la subjetividad de las producciones de los autores, para poder elaborar una serie de conclusiones que sean de utilidad para la psicopatología del término autismo y poder realizar con ellas el análisis de un caso clínico que permita ilustrar las diferentes clínicas del diagnóstico de autismo.

Objetivos

Objetivo General:

Describir las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo desde la reconstrucción histórico-descriptiva del término y su visualización en el análisis de un caso clínico de Kanner.

Objetivos Específicos:

-Identificar las diferentes clínicas del diagnóstico del término autismo y los diferentes autores y corrientes que contribuyen a esos cambios.

-Revisar el aporte del psicoanálisis y de la ciencia cognitiva a la contribución del diagnóstico del autismo.

-Sistematizar los hallazgos obtenidos para la contribución a la psicopatología psicoanalítica.

-Ilustrar las conclusiones mediante un caso clínico de Kanner.

Metodología

Esta tesis consta de una revisión histórico-descriptiva de la formación del término autismo, basada en una metodología cualitativa, el constructivismo, usando como brújula las teorías históricas discontinuistas. Con ello se ha diseñado una estrategia de búsqueda de información, de revisión y síntesis de datos que se expondrá a continuación.

Estrategia de búsqueda de información

El proceso de recopilación de la información se realizó en varias fases y con distintas fuentes. Para la primera fase, que es la de la construcción del panorama general del tema, se buscó información sobre las investigaciones de autismo de los últimos siete años, de 2008 a 2015, en las siguientes bases de datos: SCIELO, Centro de Información y Documentación Científica de España (CINDOC) del Área de las Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC), Latindex (indexadas APERTURAS, PSICOANALISIS, CONTROVERSIAS EN PSICOANALISIS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES), Repositorio Institucional de la Universidad de la Plata (SEDICI), Biblioteca Virtual en Salud (LILACS), RECOLECTA y UCES.

Para la selección de los autores que se consideran pertinentes para su inclusión en la tesis se revisaron, además de las fuentes anteriores, las prestigiosas revistas de temática exclusivamente psicoanalítica como *Journal of Psychoanalysis*, *Psicoanálisis* y *Controversias*, y las obras de la biblioteca de APdeBA y de la Biblioteca Nacional. En

una segunda fase se eligió la franja temporal a estudiar y los autores y obras más representativas de los mismos.

Criterios de evaluación de la información

1º: Disponibilidad de consulta, ya fuera material o virtual.

2º: Uso de fuentes en dos idiomas, inglés y español.

3ª: Se prioriza el uso de fuente primaria para el estudio de las producciones de los autores, aunque también se usa fuente secundaria de autores reconocidos en el estudio de la temática.

4º: Que el material enfocase sus desarrollos en algún punto temporal desde comienzos del siglo XX hasta el año 2015.

5º: Material pertinente, es decir, que pueda aportar datos para la reconstrucción de las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo con los criterios seleccionados.

Criterios de selección de autores

1º: Que los autores tengan desarrollos teóricos específicos sobre la definición del término autismo y que estos desarrollos se diferencien de sus propias teorías etiológicas.

2º: Que los autores hayan producido estos desarrollos entre el siglo XX y la actualidad, el año 2015.

3º: Que los autores sean originarios o hayan vivido en Europa o Norteamérica.

4º: Que los autores fueran miembros reconocidos en la comunidad científica.

5º: Que las obras de los autores hayan tenido influencia reconocida en la comunidad científica. En el caso de los autores psicoanalíticos se van a estudiar las

producciones hasta los años 80 y en el caso de los autores de la psicología cognitiva desde los años 60 hasta la actualidad.

Así se seleccionaron los siguientes autores: Margareth Mahler, Bruno Bettelheim, Donald Winnicot, Frances Tustin, Michael Rutter y Lorna Wing.

Categorías de análisis

Una vez seleccionado la revisión de las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo como tema principal de la tesis, se han establecido dos subcategorías:

-La contribución desde el psicoanálisis.

-La contribución desde la neurociencia.

La lógica de esta división responde principalmente a que ambas disciplinas contribuyen a la historia de la psicopatología del autismo desde dos posturas epistemológicas diferentes y desde dos momentos temporales y localizaciones geográficas diferentes, aunque estos se solapan entre sí en algunos puntos.

Procedimiento de análisis

Para analizar la documentación seleccionada se usó un método crítico, comparativo, histórico discontinuista y neutral. Procedimiento:

1º Lectura sistemática, profunda y comprensiva de la bibliografía seleccionada.

2º Contextualización histórica de los autores y obras seleccionadas.

3ª Síntesis de los datos obtenidos.

4º Sistematización de la información según las categorías de análisis propuestas.

5º Elaboración de conclusiones sobre la reconstrucción del término de autismo.

6º Elaboración de una aplicación práctica: ilustración de las conclusiones mediante la exposición de un caso clínico.

Primera parte:

La contribución de la psicopatología moderna

El Autismo para la psicopatología de principios del S. XIX y finales del S. XX

Desde el punto de vista etimológico el término autismo está compuesto por las palabras griegas *auto*² e *ismo*³: “aut(o)- gr. ‘que actúa por sí mismo o sobre sí mismo’ + -ismo(s) gr. ‘proceso patológico’” (RANM, 2012). De manera que se podría ensayar

² “Auto- (gr. auto- ‘por sí mismo’, a partir del uso reflexivo del pronombre aut-ós/-ē/-ó) [ingl. auto-] 1: Elemento compositivo que denota actuación por sí mismo o sobre sí mismo. En griego dio lugar a numerosísimos compuestos; algunos de ellos pasaron al latín, como *automatus* ‘automata’ y *autochtones* ‘autóctono’; otros se reintrodujeron en lenguaje científico directamente del griego, como “autónomo” y “autopsia”. Se ha usado profusamente en lenguaje científico a partir del siglo XIX, lo que da lugar a numerosos híbridos como “autoclave” y “autodigestión”. (RANM, 2012).

³ “-ismo (lat. -ismu(s) del gr. -ismós ‘proceso’, ‘proceso patológico’) [ingl. -ism]. 1: Sufijo que denota proceso. En origen servía para formar sustantivos a partir de verbos, de ahí su significado impreciso de ‘proceso’ que podía especializarse en algunos contextos. Es un sufijo muy abundante en griego; pasó al latín en helenismos a partir del siglo II d. C.; en época tardía, a partir del siglo IV, se hace cada vez más abundante en latín y es productivo, es decir, se usa para crear palabras y no solo en préstamos del griego. En vocabulario médico existe algún término antiguo todavía en uso como “sinapismo”, pero sobre todo forma parte de neologismos como “socorrismo”, “atavismo”.

2: Sufijo que denota proceso patológico. Este valor aparece ya en griego y lo encontramos en palabras antiguas que han llegado a través del latín hasta hoy, como “paroxismo” y “priapismo”, o en otras reintroducidas como “meteorismo”. A partir de ahí se empleó para formar neologismos como “albinismo” y “nicotinismo”.

3: Sufijo especializado ya en griego para indicar pertenencia a un grupo. Después, en época moderna, se usó para doctrinas como, en vocabulario biológico, “evolucionismo” y “darwinismo” (RANM, 2012).

la composición de una definición en la que el autismo es una suerte de proceso patológico que actúa en uno mismo o en sí mismo.

Este término es elegido por Eugen Bleuler (1857-1940) y usado por primera vez en uno de los capítulos del *Tratado de Psiquiatría* (1911), coordinado por Gustav Aschaffenburg. Para Bleuler el autismo, como síntoma de la esquizofrenia, es un refugio en la vida mental de la persona, que tiene como consecuencia la ruptura de la relación con los demás y la realidad exterior. De ello escribió:

Una lesión particular y completamente característica es la que concierne a la relación de la vida interior con el Mundo exterior. La vida interior adquiere una predominancia morbosa (autismo)... El autismo es análogo a lo que Freud llama autoerotismo. Pero para Freud, erotismo y libido tienen una significación mucho más extensiva que para las otras escuelas. El autismo expresa el lado positivo de lo que Janet nombra negativamente pérdida del sentido de la realidad... El sentido de la realidad no está totalmente ausente en el esquizofrénico. Sólo le falta para ciertas cosas que están en contradicción con sus complejos (Bleuler, 1911 citado por Garrabé de Lara, 2012, p. 257).

Nótese que para el autor el significado del término autismo va de la mano del concepto de autoerotismo para Sigmund Freud (1856-1939). En *Tres ensayos de teoría sexual* Freud lo define así: “AUTOEROTISMO (...). Destaquemos, como el carácter más llamativo de esta práctica sexual, el hecho de que la pulsión no está dirigida a otra persona; se satisface en el cuerpo propio, es autoerótica (...)” (1905, p. 164). De manera que el autismo bleuleriano se puede entender como un florecimiento autoerótico y morboso de la vida interior desconectado del mundo exterior. La idea de goce emerge cuando Bleuler recalca que el autismo está del otro lado del significado negativo del concepto de pérdida del sentido de realidad desarrollada por Pierre Janet⁴.

⁴ Pierre Janet (1859-1947), psicopatólogo francés que vivió desde finales del s. XIX hasta mediados del s. XX, a lo largo de su carrera se dedicó a estudiar ampliamente los fenómenos disociativos por medio de la hipnosis. Destacó por su intento de sistematizar la neurosis, haciendo una nosografía propia en la que dividía la neurosis en psicastenia e histeria. La diferencia entre ambas, radica precisamente en el fenómeno a la consciencia. En la primera, la psicastenia, el paciente es consciente de su mal, mientras que en la histeria, definida como un trastorno somatomorfe y disociativo, se produce una reducción del campo de conciencia que da lugar a fenómenos de amnesia, anestesia y poca conciencia de enfermedad, lo que ha sido conocido clásicamente bajo el nombre de *la belle indifférence* (Janet, 1901, citado por González Ordí y Miguel-Tobal, 2000).

Para poder continuar explorando el significado del término autismo para la psiquiatría del siglo XIX y principios del XX, es necesario retroceder en el tiempo ya que lo que Bleuler llamó esquizofrenia no siempre se denominó así ni se conceptualizó del modo en el que el psiquiatra suizo lo hizo.

La historia de los orígenes de la locura hunde sus raíces hasta los inicios de la civilización occidental y puede rastrearse especialmente bien en la época de esplendor heleno, pero para lo que concierne a esta tesis basta con detenerse en el inicio de la psiquiatría moderna⁵. Emil Kraepelin (1856-1926) psiquiatra alemán, hizo del viejo concepto de *Dementia praecox* una entidad nosológica diferenciada de otras enfermedades y patologías, hazaña que le ha hecho ser considerado el padre de la psiquiatría moderna. Pero como viene sucediendo en la historia de la ciencia, ese era un concepto no del todo propio. Benedict Agustin Morel (1809-1873) un psiquiatra que pertenece al alienismo francés, usó el término por primera vez en 1890, en el *Traité des maladies mentales*. Ahí expuso una serie de casos de jóvenes alienados, diagnosticados con *Demence Stupide o stupidité aboutissant à la démence*, cuyo comportamiento se caracterizaba por presentar una "(...) marcada estereotipia de actitudes, gestos y lenguaje, así como un negativismo muy evidente; dicho cuadro evolucionaba inexorable y rápidamente hacia una pérdida de las facultades mentales y, en definitiva, hacia la demencia" (Mahieu, 2004 citado por Novella y Huertas, 2010, p. 206). Así la *dementia praecox* morelina más generalista está más del lado del

La tesis principal de Janet es que la conciencia está compuesta por "(...) una serie automatismos psicológicos; esto es, asociaciones o conjuntos de ideas, emociones y actos motores conjugados que se encontraban totalmente integrados, accesibles a la conciencia y al control voluntario de la conducta. Sin embargo, en ciertas personas vulnerables y ante condiciones de estrés intenso, uno o varios de estos automatismos puede disociarse o disgregarse de la conciencia, volviéndose inaccesibles y escapando del control voluntario (Janet, 1889). Una vez disociados, estos conjuntos o complejos adquieren independencia conformándose en estructuras cognitivas autónomas que interfieren con la personalidad principal" (González Ordi y Miguel-Tobal, 2000, p. 307).

Janet fue discípulo de Jean-Martin Charcot (1825-1893) en la Escuela de la Salpêtrière en París y estuvo presente en la época en la que Freud visitó al ilustre científico francés, motivo por el cual González Ordi y Miguel-Tobal señalan que Freud además de inspirarse en sus ideas habría eclipsado su difusión y con ello el reconocimiento del mérito debido. Los autores enumeran tres sucesos por los cuales la obra de Janet no tuvo la difusión y el éxito merecidos. El primero de ellos sería la amplia difusión de las ideas de Freud y su tesis principal en la que la escisión de conciencia es fruto de la represión, motivada por un conflicto entre representaciones inconciliables. El segundo suceso es la formulación de la esquizofrenia por parte de Bleuler, agrupando todos los fenómenos disociativos en un solo cuadro clínico. Por último, la emergencia del conductismo en el panorama científico internacional, desplazando el foco de interés de la investigación a las conductas medibles y objetivables (González Ordi y Miguel-Tobal, 2000).

⁵ Muchos historiadores de la medicina ubican en el Renacimiento el tiempo del retorno al paradigma racional de las culturas clásicas. El siglo XVIII o El Siglo de las Luces se caracteriza por el auge de la razón frente a la fe y la tradición. En lo que respecta a la historia de la medicina, una serie de progresos técnicos como la invención del esfigmomanómetro y del estetoscopio hacen que la psiquiatría y la medicina se separen. Este hecho es interpretado por muchos historiadores como la fundación de la psiquiatría como ciencia, pero otros como González de Rivera consideran que esa separación de la psiquiatría es un alejamiento de la medicina de la que la psiquiatría tardará mucho en reponerse (González de Rivera, 1998).

degeneracionismo, mientras que la kraepeliana es un análisis mucho más sistemático (Hoeing, 1983; Beer, 1996, citado por Novella y Huertas, 2010).

Kraepelin propuso dos grandes grupos para la demencia praecox: las psicosis⁶ maniaco-depresivas (curable) y la demencia precoz (incurable), esta última posteriormente dividida en progresiva y otra que cursaba con brotes. La influencia de la clasificación kraepeliana puede rastrearse hasta nuestros días, pero lo pertinente es observar la entrada en escena de otro famoso psiquiatra. Eugen Bleuler, en 1911 con su publicación *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, revoluciona la consideración psiquiátrica de la psicosis y la demencia precoz. Su innovación no es tanto el aislamiento de un ente nosográfico con signos y síntomas delimitados, sino la propuesta del mecanismo que pone en marcha la esquizofrenia: la escisión del yo, motivo por el cual compone el neologismo *esquizofrenia*⁷. El proceso consistiría en la escisión de las funciones mentales debido a la acción de representaciones afectivas que dominan la personalidad y quiebran su unidad. Según Novella y Huertas⁸ la diferencia entre la conceptualización bleuleriana y la kraepeliana radica principalmente en que la propuesta de Bleuler “(...) no se limitaba a sugerir una variación terminológica, sino que se derivaba de una nueva mirada al loco y su locura en la que la clínica -sintomatología y evolución- pasaba a un segundo plano y la interpretación psicopatológica asumía una importancia central (Novella y Huertas, 2010, p. 208).

Bleuler hizo una relectura de la obra de Kraepelin y reelaboró un listado de síntomas centrales, conocidos con el nombre de las cuatro aes de Bleuler, los cuales tenían mayor peso que la presencia de delirios o alucinaciones. Estas cuatro aes son: trastornos de las asociaciones, trastornos afectivos, ambivalencia y autismo. Los trastornos en las asociaciones están relacionados con las ideas y conceptos, los trastornos afectivos “(...) con gran tendencia al retraimiento y aplanamiento emocional o a la aparición de actividad incongruente” (Novella y Huertas, 2010, p. 208); la ambivalencia con la presencia de pensamientos actitudes contradictorias y el autismo con “(...) una manifestación particular y característica consistente en el predominio

⁶ Es importante anotar aquí que el término *psicosis* fue usado por primera vez en 1841 por el médico alemán Karl Friedrich Constatt. Usando la composición griega *psique* como mente o alma y *-osis* como condición anormal, quiso usarla como abreviatura de *neurosis psíquica* (Horgen, 2012), pero ha pasado a la historia, precisamente por la influencia de Kraepelin, de la mano de los fenómenos ligados a la demencia praecox.

⁷ Esquizofrenia, palabra compuesta del griego *esquizo-* que significa escindir y *-frenia* que significa inteligencia (RAE, 2014).

⁸ Enric Novella y Rafael Huertas son investigadores del Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC), Madrid, España.

morboso de la vida interior sobre la vida de relación” (Novella y Huertas, 2010, p. 208). Algo muy interesante y digno de resaltar para el tema de la tesis, ya que aquí el autismo no es sinónimo de retraimiento, a un lugar vacío como por ejemplo sostendrá Bruno Bettelheim, sino como se expuso anteriormente, es sinónimo de goce morboso de la vida mental privada.

Por último es de destacar que a este autor se le debe la distinción entre los síntomas primarios de la esquizofrenia y los secundarios. Además de la subdivisión en grupos como el paranoide, herbefrénico y catatónico, de inspiración kraepeliana, la forma simple, con presencia de los síntomas centrales, y la otra latente (Novella y Huertas, 2010).

La influencia de Bleuler se siguió notando en la psiquiatría de la época y al igual que la kraepeliana presente hasta nuestros días. La principal consecuencia de sus aportes es que el término esquizofrenia se extendió a todos los cuadros psicóticos haciendo que se problematizara su uso. Lo que hizo que algunos autores se dedicaran a buscar lo puramente esquizofrénico, y otros, como Kurt Schneider (1887-1967) se dedicaran a estudiar cuáles son los signos y síntomas que permiten un diagnóstico fiable. En 1950 con la publicación de *Psicopatología clínica* invirtió la jerarquía diagnóstica de Bleuler y determinó una serie de manifestaciones útiles para identificar al esquizofrénico, que podían agruparse como xenopatía, “(...) la experiencia de la propia actividad psíquica (lenguaje, pensamientos, sentimientos, intenciones, etc.)” (Novella y Huertas, 2010, p. 210). Novella y Huertas consideran que Schneider estableció uno los tres pilares de la conceptualización actual de la esquizofrenia⁹: las alteraciones de la cognición, junto con el deterioro kraepeliano y la desorganización yoica de bleuler (2012).

Hasta aquí la historia de la esquizofrenia, ¿pero qué pasa con el término autismo y su evolución conceptual? Una vez más hay que retroceder en el tiempo y retomar una de las ramificaciones de la psiquiatría, la psiquiatría fenomenológica¹⁰ o el análisis

⁹ Los autores se atreven a señalar basándose en las ideas de Colodrón, 2002 que “(...) ni la introducción de los neurolépticos a partir de la década de 1950, ni la aplicación de técnicas de neuroimagen, ni los estudios genéticos que han venido completándose desde entonces han dado lugar a modificaciones sustanciales en este sentido (Colodrón, 2002), y la esquizofrenia continúa siendo una noción eminentemente clínica, de contornos difusos y cuyos correlatos neurobiológicos distan de poder ser identificados de forma concluyente” (Novella y Huertas, 2010, p. 210).

¹⁰ “La fenomenología es un método de análisis y conocimiento de realidades complejas también aplicable, por cierto, a los hechos psicopatológicos” (Dör, 2002, p. 297). “La fenomenología no se queda, entonces,

fenomenológico, para entender el aporte que Eugène Minkowski (1885-1972) hizo en la conceptualización de la esquizofrenia. Este psiquiatra francés discípulo de Bleuler, partió de la obra de Henri Bergson¹¹ (1859-1941) y ubicó el término creado por Bleuler en el lugar protagonista en la esquizofrenia. Para él lo principal en la esquizofrenia no es el deterioro intelectual, sino el debilitamiento del instinto vital que hace que se altere la dinámica mental. Así definió el autismo como “(...) pérdida del contacto vital con la realidad” (Minkowski, 2000, p. 88 citado por Novella y Huertas, 2010, p. 210).

Crea la noción de *racionalismo mórbido*, “(...) tendencia esquizofrénica al solipsismo, la abstracción y el *esprit de géometrie* que llevaba a los pacientes a excluir de su psiquismo ‘todo lo que es irracional, todo lo que es cambio, todo lo que es progresión’ y, en definitiva, ‘todo lo que constituye la riqueza y la movilidad de la vida’ (Minkowski, 2000, p. 115 citado por Novella y Huertas, 2010, p. 211). El racionalismo mórbido es para el autor un concepto complementario al de autismo, denotando ambos una falla en la conexión espontánea e intuitiva con el mundo¹² (Novella y Huertas, 2012).

La acepción que Minkowski dibuja para el autismo da una suerte de connotación negativa haciéndola análoga a la idea de desconexión, una noción algo más negativa que la concepción bleuleriana. Pero no hay que olvidar que ambos, tanto Bleuler como Minkowski, usan el término autismo para designar un tipo particular de síntoma de la esquizofrenia de inicio a finales de la adolescencia. En líneas generales, puede afirmarse que la noción de autismo como síntoma emerge en el contexto de la Europa de principios del s.XX, en un momento en el que psiquiatría comenzaba a fundirse y enriquecerse con el psicoanálisis de la mano del propio Freud. De manera que como

en lo que está ahí delante (lo ob-vio), sino que intenta, por medio de la *epoché*, llegar hasta la intimidad de su estructura, hasta su esencia” (Dör, 2002, p. 297). Entre los psiquiatras más destacados que han hecho desarrollos en este sentido se puede citar a Karl Jaspers y Ludwig Binswanger (Dör, 2002).

¹¹ Es un filósofo francés que según Alfredo Paineira, influyó en el desarrollo de la obra de Donald Winnicott. Al respecto dice Paineira “(...) yo me he preocupado por ahondar en todos estos últimos años en los fundamentos filosóficos de Winnicott. Es curioso que él recién recordara en la vejez que el primer artículo que leyó fue ‘Ensueño y creatividad’, de Bergson. Porque el sueño y la creatividad fueron el eje de toda la teoría winnicottiana. La idea de existencia creativa, que es una idea bergsoniana, la toma Winnicott y la desarrolla y realmente la había olvidado. La recordó en una entrevista poco antes de morir con uno de los cronistas del psicoanálisis que lo entrevistó; y él recordó que sí, que como no le había dado respuesta de por qué había dejado de soñar, lo había dejado de lado, pero que lo había leído. Y la idea de creatividad ligada al sueño, al ensueño, etc., etc., y la idea de creatividad ligada con la idea de élam vital, informa toda la obra de Winnicott. Yo creo que profundizando la obra de Winnicott, no lo que Winnicott dijo, yendo más allá de lo que Winnicott dijo, nos encontramos con lo que él dice: dicho por los filósofos y los poetas de su época, que escribieron mejor que él estas cosas a las cuales él se refiere” (Lerner, Paineira, Nemirovsky y Zirlinger, 2002).

¹² Novella y Huertas aclaran que la obra de este psiquiatra fue poco conocida hasta la llegada del doctor Ronald D. Laing y los antipsiquiatras ingleses allá por los años sesenta (2012).

se advertía en la introducción el término autismo no es algo que está delimitado por una única teoría o disciplina, sino que sigue la historia del desarrollo de las ciencias que se ocupan de la salud mental.

En este punto, en el sentido cronológico, se hace importante señalar que hasta la primera mitad del siglo XX no era compartida por todos los psiquiatras la noción de psicosis infantil y la mayoría de los modelos de psicopatología infantil o bien eran una aplicación directa de las ideas de la psicopatología mental del adulto o bien se basaban en estudios sobre retraso intelectual (Garrabé de Lara, 2012). Debido que hasta el momento el término autismo va de la mano del de psicosis y esquizofrenia infantil, se hace necesario repasar la historia de la creación de estos términos.

Orígenes de la psiquiatría infantil.

Lo interesante a la hora de rastrear el origen del estudio de la psicosis infantil es que emerge de la mano de la fundación de la psiquiatría infantil y lo hace en un proceso que dura más de un siglo y medio. Tiempo caracterizado por los esfuerzos de los médicos de la época por separar ciertos fenómenos de lo que en ese momento eran entidades diagnósticas: la idiocia¹³, el cretinismo¹⁴, el retraso intelectual profundo, las demencias...etc, cuadros que caracterizaban el padecer de los infantes de la época, o al menos, esos eran los fenómenos que interesaban estudiar a los psiquiatras del momento.

La psicosis infantil, esquizofrenia infantil, demencia, idiocia y demás términos, designan fenómenos que en la historia de la psiquiatría están concatenados entre sí en una suerte de evolución en el uso. Sus límites nosográficos son más bien difusos y de alguna manera consensuados, pues dependen del énfasis que cada autor pone en la descripción de los síntomas de los entes diagnósticos y de la influencia que éste reciba de la psiquiatría del adulto. Cuando se emprende un rastreo histórico de los términos que interesaron a la paidopsiquiatría se llega a un punto, que si bien es arbitrario, al menos es ordenador, este es el origen mítico del trastorno mental. El

¹³ Idiocia es un término médico cuyo origen se pierde en los libros de los médicos y teólogos de la Edad Media. Actualmente se define como "Trastorno caracterizado por una deficiencia muy profunda de las facultades mentales, congénita o adquirida en las primeras edades de la vida." (RAE, 2001). Siendo el idiota el "que padece de idiocia" (RAE, 2001).

¹⁴ Cretinismo es una "enfermedad caracterizada por un peculiar retraso de la inteligencia, acompañado, por lo común, de defectos del desarrollo orgánico" (RAE, 2001).

problema es usarlo y entenderlo como prueba, al estilo de la historiografía clásica obviamente de corte positivista, donde se defiende una ciencia que accede a la verdad a través de la acumulación de descubrimientos. Muy lejos del objetivo de la presente tesis está el usar estos hitos históricos para demostrar la perduración en el tiempo de los fenómenos de la enfermedad mental infantil. Más cerca del objetivo es pasear por y con ellos, para lograr acercarnos al clima que dio lugar a la creación y contextualización del término autismo.

El Salvaje de Aveyrón.

La psiquiatría infantil tiene su origen mítico en la publicación del *Tratité médico-philosophique sur l'alienation mentale* por parte de Philippe Pinel¹⁵ (1801). Obra en la que se recoge el tratamiento que Jean Itard¹⁶ aplica a un joven rescatado de los bosques de Francia. El tratamiento de Víctor, o como es más conocido, el salvaje de Aveyron, tuvo una extensión de cuatro años, en los que recibía las visitas diarias de Itard. Durante ese tiempo estuvo internado en una institución al cuidado de una aya de la que recibía una serie de indicaciones educativas. Cuando llegó al internado Víctor fue descrito como:

Estaba lleno de costras, repugnantemente sucio, hacía sus necesidades dondequiera, caminaba erguido balanceándose o se pasaba el día entero en cuclillas en los rincones, entregado a interminables masturbaciones, rechazando cualquier contacto. Y sin embargo, como 150 años más tarde con los enfermitos de Kanner, parecía ser muy inteligente (Postel y Quételet, 2000, p. 367).

¹⁵ Philippe Pinnel (1745-1826) es considerado el fundador de la psiquiatría francesa. Destacó por ser un notable nosógrafo y clínico, al desarrollar el *Tratamiento Moral*. Fue un precursor de la organización psiquiátrica al plantear condiciones de estadía diferentes para los enfermos mentales (Postel y Quételet, 2000).

¹⁶ Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838) fue un médico francés que se hizo famoso precisamente por su tratamiento a Victor, el salvaje de Aveyron, así como por la publicación de los informes donde se describía este proceso terapéutico en 1801 y 1807. Éstos constituyen uno de los documentos más detallados donde se describen el tratamiento planteado por Pinel, del que fue discípulo y seguidor junto a su amigo Esquirol (Postel y Quételet, 2000).

Pero los aportes de Itard no se acaban en ese tratamietno sino que veinte años después de tanto observar pacientes sordomudos aisló un grupo de ellos que denominó "mutismo producido por la lesión de las funciones intelectuales" (Itard, 1828, citado por Postel y Quételet, 2000, p. 656), "describiendo con gran finura lo que hoy llamamos psicosis sin lenguaje y desarmonías evolutivas" (Postel y Quételet, 2000, p. 656).

El resultado del tratamiento fue según el propio Itard un fracaso, debido a que el niño no aprendió a hablar, y a pesar de tantos esfuerzos, se aisló del mundo y se refugió en sus actos estereotipados y masturbaciones. Pero otra posible lectura aparece en escena cuando se tiene en cuenta que en la época, la aparición del Salvaje de Aveyron abrió un debate que en cierto modo sigue presente hasta nuestros días: ¿Víctor es abandonado en el bosque porque ya era un retrasado o es un retrasado porque no contó con contacto social?¹⁷ Esa discusión etiológica tiene dos bandos enfrentados, uno representado en la postura de Pinel, que sostiene que la idiotez es congénita; el otro en la de Itard, que defiende el origen psicógeno (Postel y Quérel, 2000).

Este debate abierto es representado por autores tan relevantes en el campo del estudio del autismo como Uta Frith y Bruno Bettelheim, ambos de corrientes psicológicas distintas y con miradas etiológicas contrapuestas, ven en las descripciones de los niños lobo los síntomas del autismo kanneriano, llegando a afirmar ambos que, si esos niños hubiesen aparecido en la actualidad se les habría diagnosticado como tales (Frith 1989, Bettelheim, 1967). Si bien, aunque con modificaciones, se puede decir que a nivel etiológico la postura de Frith es pinneliana mientras que la de Bettelheim está más de lado de la de Itard, ambos sostienen la existencia del autismo como síndrome más allá de la historia y la cultura. Es decir, ambos defienden el autismo como un fenómeno atemporal, como un ente diagnóstico atemporal, aunque hayan variado sus criterios diagnósticos a lo largo del tiempo. Este tipo de diagnóstico histórico es practicado en la actualidad usando no solamente historiales de casos populares sino utilizando a personajes famosos de la historia como Albert Einstein o Isaac Newton (Verhoeff, 2013). Es inevitable comentar que este método de diagnóstico histórico no solamente es un tanto paracientífico sino que busca crear la falsa demostración de que el fenómeno a estudiar, en este caso el autismo, tiene una validez trashistórica.

El final de la historia del Salvaje de Aveyron dejó un sabor amargo a Itard al no poder hacer retroceder a Víctor en su idiocia. Dándose por vencido y humillado en esa

¹⁷ Si bien la cuestión de la etiología no es el objeto central de estudio de esta tesis es interesante anotar la respuesta que en los encuentros de tutoría Horacio García dio a la pregunta sobre si el autismo es psicógeno o genético: "El niño abandonado se convertirá en autista ya que el medio es imprescindible para el desarrollo del cerebro en sí. Aunque hay cargas genéticas que también impiden el desarrollo con el medio, es decir, el niño también se hace autista porque lo lleva en su genética" (H. García, comunicación personal, 12 septiembre 2015). A pesar de la sencillez del planteamiento, se convierte en clave para la psicopatología que busca la congruencia etiológica pues de hecho, en la práctica, siguen existiendo corrientes enfrentadas en psicopatología por ello.

guerra etiológica al no poder desechar la hipótesis de la congenia. Pero lo que plantean los historiadores Jacques Postel y Claude Quételet¹⁸ es que es precisamente esta resistencia frente a la versión oficial la que permitió darle un tratamiento moral a un salvaje que ya no es tal, acto que fundó la psiquiatría infantil. Así el salvaje se convierte en un enfermo mental, en un idiota, y el tratamiento moral, en un tratamiento psiquiátrico aplicable a los jóvenes (Postel y Quételet, 2000).

Con una mirada panorámica al siglo XIX uno puede darse cuenta que frente a la emergencia cuasi explosiva de la paidopsiquiatría, la ausencia de un marco teórico y conceptual hace que la psiquiatría durante casi un siglo vea sus fenómenos de interés bajo la lupa del enfoque pedagógico y ortopédico, opacando la comprensión más psicológica del enfermo y no aportando cambios sustanciales a la conceptualización de la idiocia de Pinel, Itard y Esquirol. De manera que esos años se caracterizan por un corto auge del estudio de la anatomía de la patología, y por intentos de aplicación del tratamiento moral médico-pedagógico por autores como Voisin y Falret en la Salpêtrière, Ferru en Bicêtre o Delasiauve y su discípulo Bourneville. El objeto de este tratamiento eran niños en su mayoría indigentes, por lo general abandonados por sus familias y alojados en asilos (Postel y Quételet, 2000).

Tendrá que llegarse hasta los inicios del siglo XX con la emergencia de la psicometría de la mano de Alfred Binet y Theodore Simon¹⁹, para que la psiquiatría de lente pedagógica sienta el techo en su expansión. La creación de su escala de inteligencia, que diferenciaba a los idiotas en grados, ponía en tela de juicio la asistencia pedagógica para los de menor grado.

Su proyecto consistió en establecer una escala de medición en la cual se pudiese leer en grados, como en un termómetro, la capacidad global de la

¹⁸ Jacques Postel es jefe de medicina del Centro Hospitalario Sainte-Anne de París y Claude Quételet es historiador y director del Centro de Investigaciones de Historia Cuantitativa en la Universidad de Caen y del Centro Nacional para la Investigación Científica en Francia. Son ampliamente conocidos por la obra *Nueva Historia de la Psiquiatría* donde coordinan a más de 40 historiadores para elaborar la historia de la psiquiatría desde sus orígenes griegos y hebreos (Postel y Quételet, 2000).

¹⁹ Alfred Binet (1857-1911) fue un académico francés que fue nombrado director del laboratorio de psicología experimental de la Sorbona. Estuvo interesado en diversos temas como la biología y abordó el estudio de la psicología desde el mesmerismo, hipnotismo y desdoblamiento de la personalidad. Se dedicó al estudio de la inteligencia y su correlación con el volumen craneal. En esos años comenzó su colaboración con Theodore Simon (1873-1961), médico francés miembro del asilo para niños retrasados Parray-Vaucluse. En 1905 el Ministerio de Instrucción Pública solicita un método para distinguir a los niños normales, aquellos que podían ir a una escuela común que por esos años se había hecho obligatoria. Ambos presentan en la revista fundada por el primero, *Année Psychologique* el estudio donde se habla de la necesidad de hacer diagnósticos de los estados inferiores de inteligencia, Acta fundadora del popular test (Postel y Quételet, 2000).

inteligencia (1905). Esto tuvo como consecuencia desposeer a los alienistas por los dos extremos de la escala, ya que la empresa de Binet culminó en la creación, en 1907, de las clases de perfeccionamientos, dependientes únicamente de la instrucción pública, que habrían de captar a los más inteligentes de los idiotas y los imbéciles, ya que Binet afirmaba también que los más afectados no podían obtener ningún provecho del tratamiento médico pedagógico (Postel y Quétel, 2000, p. -374-375).

La enunciación pública del fracaso de los tratamientos médicos-pedagógicos por parte de las escalas de Binet, impulsó un movimiento de renovación de la nosografía paidopsiquiátrica que llevará a la agrupación de los fenómenos similares a la idiocia bajo el rótulo de psicosis infantil, pasando primero por desarrollos dentro del grupo de las demencias (Postel y Quétel, 2000).

De la idiocia a la demencia infantil de influencia kraepeliana.

Como ya se expuso, Kraepelin ubicó un fenómeno clínico bajo el nombre de demencia precoz. Llamado precoz precisamente por su aparición temprana en la vida, en concreto en la juventud, pero no llegando todavía a sostener su presencia en la infancia. “(...) sus rasgos clínicos más sobresalientes eran la extravagancia, la ambivalencia, la impenetrabilidad y el autismo, que evolucionaban ineluctablemente hacia un estado de embotamiento y de incoherencia” (Postel y Quétel, 2000, p. 375). Esto hizo que a partir de los primeros años de 1900 se fueran moldeando y definiendo formas infantiles de esa demencia kraepeliana, siendo Weygandt el autor que la separó de la idiocia en 1905. Otros autores contemporáneos que definieron formas tempranas de la demencia kraepeliana son Ziehen en 1902, Modena en 1906 y Meyer en 1907, y hasta el propio Kraepelin en 1906 (Postel y Quétel, 2000).

Pero al que se le debe el honor de bautizar el fenómeno con el nombre de *demencias precocísimas* es a Sante de Sanctis²⁰ que en una serie de artículos publicados entre 1906 a 1909 plantea la existencia de formas tempranas de la

²⁰ Sante de Sanctis (1862-1935) fue un médico italiano que entre otros logros destaca por ser el fundador del Instituto de Psicología Experimental en Roma en 1906, temática a la que dedicó la mayor parte de su obra. Elaboró estudios sobre la psicología experimental del trabajo, de la criminología y de la educación. Como se mencionó, es creador del término demencias praecocísimas (Postel y Quétel, 2000).

demencia precoz como una entidad diagnóstica independiente de su hermana mayor: la demencia kraepeliana. El diagnóstico diferencial era el de idiocia o imbecilidad:

(...) estos niños escapan al diagnóstico de idiocia o de imbecilidad y más bien se les debe considerar bajo el concepto de demencia precoz, en el sentido de que presentan los síntomas de esta psicosis, como buena memoria, buena capacidad de percepción, cosas todas que contrastan con una inestabilidad extrema de la atención, una debilidad o ausencia de formación de pensamiento de orden superior, perturbaciones graves de la actividad voluntaria, del carácter y de las actitudes, como negativismo, tendencia a las acciones rítmicas, impulsividad (Sante de Sanctis, citado por Postel y Quérel, 2000, p. 375)

No hay que olvidar que esta propuesta de Sanctis es contemporánea al nacimiento de la psicometría de Binet y Simon y a juicio de Postel y Quérel abre un panorama de reflexión sobre la condición del sujeto, sobre el porqué del ser, dejando de lado el dilema circular de si era la idiocia la que generaba el retraso mental o era el retraso mental el que generaba la idiocia. Es por ello que se afirma que Sanctis de algún modo relativizó la psicometría pretendidamente objetiva y autoatribuida como exclusivamente científica y vuelve a instalar en la psiquiatría, por un periodo de tiempo, la lente filosófica de los fenómenos. A la par, también impulsa el cambio en los términos en los que se van describiendo los fenómenos de interés de la paidopsiquiatría, haciendo que aparezcan los diagnósticos de esquizofrenia infantil y de psicosis del niño. En síntesis, Postel y Quérel afirman que la historia de la psiquiatría es también un tanto circular:

La paidopsiquiatría es la historia de este descubrimiento, perdido y luego recuperado. Cobró impulso, forma y fuerza en París, en el Hospital General y en torno a él, a donde fueron a caer los niños idiotas, revueltos entre los indigentes. (...). Este contingente de niños gravemente perturbados, abandonados en su mayor parte por sus familias, constituyó el grueso de los servicios y de las clases para niños idiotas, y en el que, en el siglo xx, se concibió la noción de psicosis infantil; la historia de esta marcha paralela de los idiotas y de las ideas mide la apreciación de su calidad más siniestra: el desvalimiento absoluto, el autismo (Postel y Quérel, 2000, p. 365).

De regreso a la Francia contemporánea a Sanctis, otro médico, Aubry publicó en 1910 *Psychoses de l'enfance à forme de démence précoce (dementia praecox)*. Trabajo donde se describe el comportamiento de un niño de siete años. Lucien R. era un niño curioso que siguió la escolaridad común hasta que a los cuatro años vivió un espanto por la caída de un caballo que le causó pesadillas. De ese suceso hace que se vuelva violento y no preste atención. A los siete años parece ser presa de alucinaciones y le internan durante un año. En esa internación su comportamiento se caracterizaba por "(...) mutismo casi total, entreverado de insultos. Muecas, violencias sobre los demás niños. Rechazo de la alimentación. Algunas explosiones de risa inmotivada" (Aubri, 1903, citado por Postel y Quérel, 2000, p. 376).

Al cabo del año, por una mejoría, se le da el alta hasta que a las pocas semanas le dio un "(...) nuevo acceso de agitación con delirio, alucinación y violencia" (Aubri, 1903, citado por Postel y Quérel, 2000, p. 376) por lo que fue internado de nuevo presentando el siguiente comportamiento:

Desde ese momento, aspecto demencial, se ensucia casi cada día, juega con sus excrementos, babea sobre sus ropas, que desgarrar y come a jirones. Se acucilla en los rincones, metidas las manos en los bolsillos, el rostro inexpressivo, sacudido por movimientos de los ojos y de los labios. De vez en cuando sufre un acceso de agitación de breve duración, corre en círculo, golpea a los demás niños, habla solo e insulta, tiene alucinaciones auditivas²¹ (Aubri, 1903, citado por Postel y Quérel, 2000, p. 376).

En esa época aparecieron otras descripciones de demencia precoz, de inicio entre los 5 y los 10 años, realizada por autores de la época: Voigt y Raecke en 1909, Pujol y Terrien en 1914. Incluso el propio Kraepelin en 1913 plantea el lazo entre la demencia precoz y la imbecilidad o idiocia, concluyendo que la imbecilidad era un signo de un previo episodio temprano de la enfermedad (Postel y Quérel, 2000).

Después de lo planteado por Sante de Sanctis aparece la descripción de Heller (1908) en la que describe a niños de hasta tres años en los que terminan en una demencia profunda que llama *demencia infantil*. Ésta estaría acompañada con estereotipas en el gesto y el lenguaje y con manierismo de las actitudes. Al respecto,

²¹ Postel y Quérel (2000) en su análisis histórico hacen notar la similitud con la descripción del caso de Itard, pero sin embargo éste caso ya había sido renombrado como demencia precoz, una forma de la psicosis de la infancia. Anotamos estas reflexiones pues constituyen un ejemplo más de diagnóstico trashistórico que suele practicarse en psicopatología.

tanto Kraepelin como Voigt pensaron que estos pacientes de Heller debían ser dementes precoces. Zappert, 1921 publicó siete casos con observaciones similares a las de Heller y él dijo que se parecían a las de este autor y a la demencia precoz. Pero este autor ya no la llamó demencia infantil o precoz sino esquizofrenia infantil ya que seguía la propuesta terminológica de Bleuler de 1911. Los síntomas eran “(...) estereotipia, la impulsividad, las manifestaciones catatónicas, y dio sobre todo lugar destacadísimo a lo que las desasemejaba: la importancia y la precocidad de los trastornos del lenguaje” (Postel y Quétel, 2000, p. 377).

Estos desarrollos se encuadran dentro del polo demencial de la esquizofrenia, pero hay otros autores de la época que hicieron hincapié en las formas del carácter. Señalan los autores que las descripciones fluctúan en dos polos “(...) el polo demencial para insistir en la inflexión de la curva de desarrollo y el polo esquizofrénico para indicar la construcción activa del proceso patológico” (Postel y Quétel, 2000, p. 377). Por ejemplo Ssucharewar estudió las formas caracterológicas, sin apenas deficiencia intelectual. Afirmando que “lo dominante en ellas son los trastornos del carácter y el desequilibrio mental, las perturbaciones de la afectividad y de la modulación de los sentimientos y de las emociones” (citado por Postel y Quétel, 2000, p. 377). Como se verá más adelante, es de esta tradición de la que bebe Hans Ásperger.

La influencia de Bleuler: la esquizofrenia infantil.

Con la descripción de Bleuler a partir de 1911 “(...) la demencia infantil y la demencia precocísima fueron rebautizadas con el nombre de esquizofrenia infantil (...)” (Postel y Quétel, 2000, p. 377).

En 1937, Lutz diferenció la *esquizofrenia infantil* de otros cuadros esquizofreniformes como la epilepsia. (Postel y Quétel, 2000). Ésta se caracterizaría por “(...) trastornos de las relaciones (ruptura de las relaciones, modos de relaciones de sustitución, tipos de relaciones extrañas) que más tarde se transforman en una pérdida de la necesidad de relaciones” (Ajurianguerra, p. 673) el resultado de todo esto es un aislamiento típico. En lo afectivo, aparece una suerte de desestructuración de la afectividad, en el área de la actividad aparecen cambios globales como apatía o excitación. Algo interesante de Lutz es que sostiene que el diagnóstico depende de la

aparición en el tiempo, ya que el diagnóstico de esquizofrenia depende de si se ha desarrollado o no la personalidad (Ajuriaguerra, 1973). Otro aporte que habría que añadir de este autor es que hace de los trastornos de las relaciones el síntoma central de la esquizofrenia infantil, algo que posteriormente Kanner reclamará como el signo patognomónico del autismo.

Paralelamente a los desarrollos psiquiátricos, como posteriormente se mostrará, los psicoanalistas que en muchos casos también eran psiquiatras o trabajadores de la salud mental hacían sus aportes a las conceptualizaciones sobre esquizofrenia infantil, entre ellos pueden destacarse como ejemplo a Melanie Klein.

Desde Nueva York, del otro lado del charco, entre 1930 y 1937 Despert hizo la primera gran descripción de la esquizofrenia infantil (Postel y Quérel, 2000). La definió como:

(...) un proceso mórbido en el que la pérdida del contacto con la realidad o la ausencia del desarrollo de este contacto coincide con o está determinado por la aparición de un modo de pensar autista y acompañado por fenómenos de regresión y disociación (Despert, citado por Ajuriaguerra, 1973, p. 673).

Despert dio importancia a las formas que comienzan insidiosamente, muy pronto en la vida, y las que atrapan la personalidad en su desarrollo. En las primeras:

Los trastornos del lenguaje son precoces y testimonian un desconocimiento, por parte del niño, de sus fronteras con el mundo, como si yo y ambiente no se distinguiesen: el niño habla de sí mismo en tercera persona. En todos los dominios, lo que impresiona es el aspecto regresivo del comportamiento: ansiedad masiva, que se expresa mediante accesos de cólera, masturbaciones desenfrenadas, tendencia autodestructiva y comportamientos agresivos impulsivos, resistencia obstinada a la instauración de situaciones nuevas o de relaciones nuevas, mantenimiento de un lazo tiránico con la madre o con una persona privilegiada, pero lazo tanto más totalitario cuanto que se transforma y se deshace poco a poco en la disociación (Postel y Quérel, 2000, p. 378).

Por último, Despert consideró formas más precoces de esquizofrenia infantil "(...) en las cuales la retirada esquizofrénica interviene desde antes de todo contacto afectivo (Postel y Quérel, 2000, p. 378).

Como ha podido observarse en el corto desarrollo de la historia de la psiquiatría infantil, desde la idiocia hasta la esquizofrenia infantil se van localizando y reconociendo la colección de síntomas que más tarde van a pertenecer al síndrome aislado por Kanner, además de descripciones de casos que nos van a traer a la memoria los descritos por éste. Pero es precisamente por esta proliferación de términos que designan los trastornos infantiles y de síntomas similares presentes en distintos síndromes que se advierte de la complejidad del estudio del tema de la presente tesis. Más que tomar partido por intentar dirimir si esos términos designan en realidad fenómenos clínicos similares o bien si lo que hacen es describir nuevos síndromes, es decir, fenómenos clínicos diferentes, lo que se pretende destacar es que lo que Kanner hace, siguiendo la tradición psiquiátrica del estudio de la psicosis infantil en la que estaba inmerso, es agrupar una serie de síntomas bajo el paraguas del signo patognomónico, y bautizarlo con el nombre de autismo infantil precoz. Éste será el punto de partida del autismo como síndrome, pero como hemos visto su significado como término ya viene siendo cincelado por los psiquiatras estudiados.

El nacimiento del autismo como síndrome.

El momento histórico en el que apareció el famoso artículo de Kanner, era un momento políticamente convulso. Hay que recordar que por esa época, los años 40, todavía se estaba librando la segunda Guerra Mundial que devastó materialmente el continente europeo. Este conflicto supuso una migración de los científicos a los territorios de los Aliados, en su mayor parte a Gran Bretaña y Estados Unidos, haciendo que se cediera la hegemonía científica centroeuropea, a la lengua inglesa y sus territorios. El protagonista de este capítulo, Leo Kanner es un buen ejemplo de emigrado y de cómo la psicopatología centroeuropea, tradicionalmente racionalista, pasa a estar dominada por la tradición del empirismo inglés. Pero no solamente la emigración cambió la vida de Leo Kanner sino la de prominentes científicos de la época entre la que se puede citar al propio Sigmund Freud y su hija Anna Freud, que emigraron a Gran Bretaña al igual que la influyente Melanie Klein. Haciendo que sus teorías proflerasen en la Sociedad Psicoanalítica Inglesa fundada por Ernest Jones. El otro lado del charco, Estados Unidos, es la tierra que acogió tanto a Kanner, como a Bruno Bettelheim, Margareth Mahler y a Frances Tustin, aunque esta última emigró desde Gran Bretaña por motivos diferentes a la Segunda Guerra Mundial. Como se

verá a lo largo de la tesis, la mayor parte de ellos ocuparán puestos de responsabilidad en hospitales y universidades de sus países de acogida, haciendo que sus teorías fuesen ampliamente difundidas, teniendo influencia tanto en la práctica como en la elaboración de hipótesis por autores posteriores.

Aunque en general los términos psicosis infantil, esquizofrenia infantil y autismo, se usarán durante décadas como sinónimos, al menos en el caso de Gran Bretaña y Estados Unidos (Evans, 2013), se tendió a usar el término psicosis infantil por sobre los otros dos debido a que

(...) se tendió cada vez más a insistir en las investigaciones clínicas y teóricas, en el modo de ser del esquizofrénico; por eso, el nombre de esquizofrenia, que expresaba demasiado las consecuencias negativas de la fisura del mundo interior, fue cayendo poco a poco en desuso; se prefirió emplear el término menos constrictivo de psicosis, cuyo carácter vago arrastra menos connotaciones pesimistas (Postel y Quérel, 2000, p.379).

El cambio de terminología que hubo en estos 40 años es notable. Así los fenómenos que la paidopsiquiatría se encarga de estudiar comienzan a nombrarse bajo el nombre de idiotas, aparecen las demencias infantiles, ramificadas de las anteriores. El término esquizofrenia infantil es rápidamente desechado en pos del uso del de psicosis infantil por su significado más amplio y menos negativo. Aparece el término autismo infantil precoz para designar un tipo de psicosis infantil.

En lo que respecta a otros fenómenos estudiados por la psiquiatría infantil hay que añadir que después de la década de los cuarenta apareció todo el interés por la protección de la infancia, tanto en el sentido de políticas públicas post segunda guerra mundial como proliferación de centros educativos, centro psicopedagógicos y médicos. Se crearon las primeras cátedras en universidades como la cátedra de Neuropsiquiatría Infantil en Francia en 1948 (Postel y Quérel, 2000).

Es en este contexto de la post segunda guerra mundial en que coinciden en el tiempo las dos disciplinas que aportan definiciones para la psicopatología del autismo: psicología y psiquiatría²², empapadas por el psicoanálisis, el cognitivismo y

²² Gonzalez de Rivera entenede la historia de la psiquiatría como un recorrido en espiral, que por lo esclarecedor de su propuesta es recogido aquí: "Como en una espiral que se cierra, encontramos la época medieval, con su neanimismo, sus creencias demoníacas y la nueva búsqueda de fuerzas

neurociencia; y teniendo cada una de ellas recorridos históricos disímiles, diacrónicos y de mutua influencia y a la vez excluyentes entre sí.

Desde el psicoanálisis, varias décadas atrás, venía emergiendo la defensa de la legitimidad del psicoanálisis infantil de la mano de las famosas *Controversias* entre Melanie Klein y Anna Freud. Paralelamente al florecimiento del éxito del psicoanálisis como disciplina científica, la década de los cincuenta es la época del renacer de la influencia de las teorías conductistas y neoconductistas en la clínica e investigación, que con otros nombres²³ influyen en la psicología y la psiquiatría del siglo XXI. Pero son estos años, los años 50, el punto temporal en el que la investigación psicofísica estaba por fenecer, al no obtener resultados de los estudios de la anatomía patológica cerebral; cuando aparece un descubrimiento que es ubicado por muchos estudiosos como el origen de la psicofarmacología²⁴. Además es ese el momento donde se ubica el nacimiento de las neurociencias, momento también donde predomina la teoría conductista en la psicología experimental, y porque no decirlo, momento álgido de la hegemonía de la teoría psicoanalítica en la práctica clínica y en las universidades.

misteriosas extrahumanas. La superstición medieval es de un origen superior, más complejo, más elaborado que la primitiva. Tanto en los hospitales caritativos de las iglesias, como en la persecución de las brujas hay un método y una consistencia que no encontramos en los frágiles rituales prehelénicos. En una nueva vuelta de la espiral encontramos el regreso a la naturaleza en el renacimiento, la observación de lo tangible, en lugar de la especulación sobre lo invisible, el racionalismo materialista. Progresa la espiral con Mesmer, próximo todavía a los exorcistas, y los inicios de la socioterapia con Pinel. En un nuevo giro, el estudio del cerebro descubre la etiología de la parálisis general progresiva, por la escuela francesa (Bayle, Baillarger, Falret y KraftEbing). Wernicke estudia detalladamente las funciones cerebrales, y se crea el clima que Griesinger resume en su famosa ecuación: enfermedades mentales igual a enfermedades del cerebro. Casi al mismo tiempo, la hipnosis ha ido desarrollándose de la mano de Braid y Charcot. Los acontecimientos empiezan a precipitarse y la espiral se va cerrando, cada vez más vertiginosamente, Kraepelin y Freud, casi contemporáneos, desarrollan simultáneamente la psiquiatría clínica y la dinámica, los descubrimientos farmacológicos recuperan el terreno perdido en la competición terapéutica con el psicoanálisis, y el psiquiatra actual se encuentra en el vértice del helicoide, que es, justamente, donde debe estar. La proyección de esta imagen visual hace prever que existe en nuestro futuro, un punto donde todas las corrientes terminen por confluir. Ciertamente que las cosas bien pueden ser de otra manera. Sin embargo, esta es una decisión existencial, un compromiso personal, un riesgo inevitable. Sólo creando deliberadamente en el interior de nuestro propio conocimiento la espiral que observamos en el conocimiento general, podemos aspirar a participar en la fundación de la psiquiatría integral del futuro" (1998, p. 16).

²³ El origen de las teorías conductistas y neoconductistas se remontan a la corriente empirista y asociacionista de la psicología del s. XIX. La psicología experimental comienza siendo psicología psicofísica como la realizada por Weber, Fechner y Wundt. Posteriormente los principios de la psicología asociacionista y los descubrimientos realizados en el contexto del laboratorio darán lugar al conductismo y a la reflexología haciendo que la psicología se entrelace con la psiquiatría en el siglo XX por medio del cognitivismo. (González de Rivera, 1998).

²⁴ En 1952 Laborit, Delay y Deniker, unos psiquiatras franceses, publican una serie de artículos sobre la eficacia de la clorpromacina para los trastornos mentales. Años después en Montreal, Heinz Lehman divulga la farmacología de la esquizofrenia por todo el mundo. Otro de los ejemplos de este tipo de descubrimientos es el realizado en 1956 por Roland Kuhn, quien descubre las propiedades antidepressivas de la impramina, esto junto con el descubrimiento anterior, supuso que dos de los grandes cuadros diagnósticos tuvieran tratamiento farmacológico. Hechos que fundaron el comienzo de una nueva era para la orientación biológica de la enfermedad mental (González de Rivera, 1998).

La encrucijada epistemológica.

Desde la Edad Moderna existen dos tradiciones contrapuestas a la hora de posicionarse sobre cómo obtener el conocimiento en ciencia. Por un lado está el empirismo, que ha sido especialmente difundido desde las posiciones anglosajonas por autores como Francis Bacon (1561-1626), Thomas Hobbes (1588-1679), John Locke (1632-1704) y David Hume (1711-1776). Sus planteamientos defienden que el conocimiento del ser humano se extrae por medio de la experiencia -sensorial con los objetos y fenómenos de la realidad, y su ordenamiento por medio de la razón permite realizar conclusiones sobre ellos (Novella, 2002)

El otro modo de acceder al conocimiento es el racionalismo, que está más asociado en sus orígenes geográficamente a la Europa continental con autores como René Descartes (1596-1650), Baruch Spinoza (1632-1677) y Gottfried Leibniz (1646-1716). Su propuesta consiste en sostener que se puede conocer la realidad mediante deducciones partiendo de los principios de nuestro entendimiento, ya que los sentidos pueden engañarnos solo desde la razón se puede acceder al conocimiento verdadero (Novella, 2002)

Lo curioso del caso es que a pesar de que desde la época de Kant se han expuesto las limitaciones de ambos modos de acceder al conocimiento, hoy todavía se siguen defendiendo radicalmente una u otra postura como modo de acceder al conocimiento, sin integrar ambos aportes.

Así, mientras la psiquiatría post-DSM actual, con su énfasis en la cuantificación y la fiabilidad, el uso de escalas y los diagnósticos criteriológicos, se encuentra dominada por un empirismo positivista a menudo radical, otras tradiciones, como el psicoanálisis y la psicopatología fenomenológica, más preocupadas por la cualidad y la validez, el estudio exhaustivo del caso singular y la dimensión subjetiva y biográfica de los fenómenos psicopatológicos, sucumben con frecuencia a los grandes problemas de los planteamientos racionalistas, a saber, su tendencia a la especulación y su escaso interés en el control empírico de sus propuestas (Novella, 2002, p. 23).

El problema del empirismo radica básicamente en dos cuestiones. La primera es que pone el énfasis en aquello en lo que se puede conocer y no en aquello que existe. De manera que se cierra a aportes de posturas ontológicas llegando a sostener sin ser plenamente consciente posturas antirealistas. Conceptos como causa, objetividad y leyes de la naturaleza definen nociones que no pueden ir más allá de sus propias observaciones. Por ejemplo, la idea de causalidad está basada en los aportes de Hume donde se afirma que A causa B, y lo que sostienen es que simplemente B sucede a A de forma regular, pero sin la necesidad de que haya detrás un patrón que sostenga esa sucesión regular. La influencia que esto tiene en la psicopatología descriptiva propuesta por los manuales diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría es crucial ya que se sostiene que sin diagnóstico fiable no tienen sentido hablar de mecanismos subyacentes o causas del trastorno mental (Novella, 2002).

El segundo es el problema de la inducción, que también puede reconducirse en sus orígenes a los planteamientos de Hume. Recordemos que en cierto modo la inducción es una tarea pseudo-infinita ya que hay que acumular observaciones para realizar una generalización. Así el problema de la inducción se formula de este modo: “(...) la imposibilidad de obtener un conocimiento verdadero de un número potencialmente infinito de condiciones futuras a partir de un número limitado de observaciones en el pasado” (Novella, 2002, p. 24).

Para resolverlo aparece en escena el famoso Karl Popper y el principio de falsabilidad. De manera que es redefinida la tarea del científico pasando de la verificación de hipótesis a la falsación, que tiene la ventaja de realizarse en un solo experimento. Esta propuesta ha sido ampliamente respondida por autores posteriores, más interesados en describir cómo los científicos realizan su actividad y por analizar en contexto en el que se desarrolla. Así por ejemplo Imre Lakatos, formuló *programas de investigación científica* donde dijo que muchos sistemas teóricos han sido defendidos y promovidos dogmáticamente mucho después de que se hayan tenido pruebas de su refutación. También Thomas Kuhn cuestiona el carácter acumulativo y evolutivo del conocimiento científico con la idea de que el avance en la ciencia se produce más bien por medio de revoluciones entre los paradigmas científicos. Para este autor los paradigmas no son comparables entre sí, y la adhesión a uno u otro o su éxito está más relacionado con cuestiones no relacionadas con lo científico. Posteriormente otros autores han radicalizado esta afirmación, como es el caso del constructivismo, donde se proponen afirmaciones de clara influencia subjetivista y

relativista y se acerca a los peligros del racionalismo y en la actualidad está muy de moda entre las afirmaciones de la psicoterapia e influye la lógica de esta tesis (Novella, 2002).

En suma, si tratamos de hacer balance, y recordando la célebre sentencia kantiana según la cual «los pensamientos sin contenido son vacíos, las intuiciones sin conceptos son ciegas», parece que toda concepción de la ciencia que no admita que la observación empírica y la intuición teórica alternan y se complementan en una dialéctica inagotable, que no asiente en planteamientos realistas en el plano ontológico y que no someta su praxis a un cuidadoso análisis contextual, corre un serio peligro de caer en reduccionismo o especulación (Novella, 2002, p. 25).

Pero desgraciadamente para el lector, y para quien redacta, lo que seguirá en las siguientes páginas es precisamente el recorrido en paralelo por esas dos posturas, que al menos en la definición del término autismo no se han reconciliado.

El autismo para Leo Kanner.

Leo Kanner²⁵, en 1943 publica el artículo *Autistic disturbances of affective contact*, en el journal *Nervous Child* donde expone once casos de niños que no superan los once años de edad, ocho varones y tres mujeres que considera “ejemplos puros de trastornos autistas innatos del contacto afectivo” (Kanner, 1943, p.36). De las características comunes entre ellos, afirma que “conforman un único 'síndrome'²⁶, no

²⁵ Leo Kanner (1896-1981) fue un psiquiatra ucraniano que obtuvo en Berlín su doctorado en psiquiatría antes de la Segunda Guerra Mundial. Por su condición de judío y ante la escalada del Partido Nazi en Alemania, decidió emigrar a Estados Unidos en 1924. En ese país, y seleccionado por Adolf Meyer, dirigió la *Behavior Clinic for Children* en la *Johns Hopkins University* en Baltimore. Además de haber tenido un papel importantísimo en la psiquiatría infantil norteamericana con la publicación de la obra *Child Psychiatry* en 1935, un manual de referencia de la época que ha sido reeditado hasta 40 años después de su primera publicación; hay un acuerdo científico en ubicarlo como el descubridor del autismo, motivo por el cual es más conocido.

²⁶ En el Diccionario de la Real Academia Nacional de Medicina se define Síndrome como: (lat. cient. syndromē del gr. syndromē [sýn 'con', 'unión' + drom(o)- 'carrera' + -ē] 'acúmulo de síntomas'; docum. desde 1519 en traducciones de Galeno) [ingl. syndrome] 1 s.m. Conjunto de síntomas y signos que configuran un cuadro clínico bien definido que tiende a aparecer con características similares en diversos pacientes y que puede obedecer a diferentes causas, por lo que su identificación (diagnóstico sindrómico) debe ir seguida del esclarecimiento de la causa (diagnóstico etiológico). Conforme ha avanzado el conocimiento médico, se ha ido conociendo la causa de numerosos síndromes que han pasado a constituir enfermedades específicas, aunque hayan conservado la denominación tradicional de síndrome. SIN.: complejo sintomático. OBS.: En griego era sustantivo femenino, pero en español se usa solo con género masculino. || Es incorrecta la acentuación antietimológica llana síndrome, relativamente frecuente

referido hasta el momento, que parece bastante excepcional, aunque probablemente sea más frecuente de lo que indica la escasez de casos observados” (Kanner, 1943, p.27).

Para el autor, “el desorden fundamental, 'patognomónico' sobresaliente, es su incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de su vida” (Kanner, 1943, p. 28). El origen de este signo se encuentra en la “soledad autística extrema” (Kanner, 1943, p. 28) en la que estos niños se encuentran inmersos desde el principio de la vida. Lo que hace que sean impermeables a cualquier influencia del mundo externo, pudiendo observarse en ellos cómo los ruidos o movimientos del entorno, o bien son completamente ignorados, o bien son sentidos penosamente como dolorosos (Kanner, 1943).

Esta relación peculiar con las personas, se pone de manifiesto cuando por ejemplo, al entrar a un lugar nuevo, no prestan atención alguna a las personas presentes en ese espacio, sino que la centran enteramente en los objetos. Por lo que si no se entra en contacto con ellos, muestran indiferencia, no entrando en contacto con las personas. Del mismo modo parece estar reglada la relación con los miembros de la familia, no notando la presencia o ausencia de su madre. Así mismo, cuando se les dirige la palabra, o bien no responden, o bien, si se les insiste, responden para que no les moleste el interlocutor. Si algún adulto toca alguno de los juguetes con los que juega, el niño se enoja con la mano o el pie del actor como tomados de manera independiente a la persona. No dirige la mirada o una palabra al que le quita los juguetes, pero cuando se le devuelve regresa al estado de placidez. En el momento de estar con otros niños no juega con ellos. Juega solo mientras están alrededor, no mantiene contacto corporal, no participa en juegos grupales, aunque puede familiarizarse con los nombres de todos (Kanner, 1943).

Las otras características centrales del síndrome tienen que ver con la ausencia de ajuste motor anticipatorio, un uso particular del lenguaje, la necesidad de no ser molestado, la limitación en el número y variedad de actividades realizadas espontáneamente y fisionomía inteligente (Kanner, 1943). (Ver Tabla 1, ANEXO I).

El bebé a los cuatro meses de edad, cuando es levantado o colocado en una superficie, realiza un ajuste corporal respecto al adulto que se caracteriza por

en el Cono Sur. || Los términos "síndrome", "enfermedad" y "trastorno" se confunden con frecuencia entre sí. (...)" (RANM, 2012).

tensión facial y tensión en los hombros (Gesell, s.f., citado por Kanner, 1943). Kanner afirma que este ajuste motor anticipatorio es una respuesta universal que puede observarse en toda ocasión en la que el bebé es alzado. Cosa que no ocurre con los niños autistas, cuya ausencia de respuesta ante esta acción del cuidador, se caracteriza más bien por la pasividad corporal en la que se dejan alzar sin anteponer tensión al gesto del cuidador, casi como si se tratara de un muñeco de trapo. Es con la llegada del segundo o tercer año de vida que son capaces de asumir este ajuste motor anticipatorio (Kanner, 1943).

La habilidad de hablar es adquirida por estos niños con una gran variabilidad en su ocurrencia. Pueden alcanzarla a una edad normal, con retraso, o bien permanecer mudos muchos años. Pero lo interesante es que a nivel del uso comunicativo de la misma, no existen diferencias entre ninguno de ellos, ya que el lenguaje no les sirve para transmitir significados, sino que su uso se centra en la repetición. "(...) desde el principio, el lenguaje -que los niños no usaban con propósito comunicativo- fue desviado en gran medida hacia un ejercicio de memoria, autosuficiente, semántica y conversacionalmente sin valor o muy distorsionado" (Kanner, 1943, p. 29). Reforzando la afirmación anterior, es destacable que por lo general el significado de las palabras queda inflexiblemente unido al primer significado aprendido, quedando impedido el uso con otra connotación diferente a la adquirida originalmente (Kanner, 1943).

Por lo general, no tienen dificultades en la articulación de las palabras ni en la fonética de las mismas. Cuentan con un amplio vocabulario que materializan en una gran habilidad por nombrar objetos y por emitir palabras de uso poco habitual. Esto, unido a su gran memoria mecánica, hace que puedan retener grandes listas de palabras e incluso de otros idiomas. No suelen usar la palabra sí como signo general de asentimiento y en sustitución usan la repetición literal de la pregunta. Muestran también literalidad en el uso de las preposiciones, pero no tienen dificultades en el uso de tiempos verbales o plurales. Sin embargo, la adquisición de los conectores de palabras y frases es mucho más tardía, limitándose a repetir frases previamente escuchadas en una suerte de ecolalia demorada. (Kanner, 1943).

"(...) la ausencia de formación de frases espontáneas y la reproducción ecológica, han hecho surgir, en todos y cada uno de los niños que hablan, un fenómeno gramatical peculiar" (Kanner, 1943, p. 30). Éste se caracteriza por la inversión de los pronombres personales, donde el "tu" designa al hablante y el "yo" al

oyente. Es interesante además hacer constar que la retención de las palabras y frases va unida a la entonación originaria que realiza el emisor. Así, algo adquirido en forma de pregunta es repetido con la misma forma para afirmar la observación. Además, pareciera que existe una frase estándar, fija, para cada acción específica que es repetida religiosamente en cada acto (Kanner, 1943).

Todos estos niños manifiestan una imperiosa necesidad de no ser molestados, ya que “todo lo que le llegue del exterior, todo lo que cambie su ambiente externo, e incluso interno, representa una terrible intrusión” (Kanner, 1943, p. 30). La alimentación puede considerarse la intrusión externa más temprana a la que el niño tiene que hacer frente. Observada en el frecuente y temprano rechazo a la comida como muestra de su deseo de mantener alejado el mundo exterior. Otra de estas intrusiones, es la presencia de objetos en movimiento y ruidos fuertes a las que los niños reaccionan con terror. Pero “con todo, no es el ruido o el movimiento en sí lo que se teme. La perturbación proviene del ruido o del movimiento que amenaza estorbar la soledad del niño” (Kanner, 1943, p. 31). Es habitual observar a estos niños haciendo mucho ruido o moviendo objetos a su antojo sin que esto les perturbe, pero con la peculiaridad de que éstos son tan repetitivos como lo que se observa en el uso del lenguaje (Kanner, 1943).

Manifiestan también una marcada limitación en el número y variedad de actividades que se realizan de manera espontánea. “Su conducta está gobernada por un deseo ansiosamente obsesivo por mantener la igualdad, que nadie, excepto el propio niño, puede romper en raras ocasiones” (Kanner, 1943, p. 30). Esto, junto a su gran capacidad memorística, hace que sean mal tolerados los cambios de rutina, la alteración de la secuencia de acontecimientos que suceden en un día, los cambios de mobiliario de los lugares que frecuentan y no terminar las actividades comenzadas; entre otras cosas. “El miedo al cambio y a lo incompleto parece ser el factor principal en la explicación de la repetitividad monótona, y en la resultante limitación en la variedad de las actividades espontáneas” (Kanner, 1943, p. 32). Lo anterior, va apareado al gusto por los objetos que se mantienen estáticos en su posición y apariencia y que no suponen una amenaza que rompa la soledad del niño. Todo ello les otorga una sensación de control y poder que puede observarse en el regocijo con el que contemplan como sus objetos giran, se caen...etc. Del mismo modo, puede observarse como este control se ejerce también sobre el propio cuerpo, haciéndolo girar y balancear con movimientos rítmicos (Kanner, 1943).

Por último, añadir que su fisionomía muestra inteligencia. Suelen tener expresiones faciales de seriedad que en presencia de otros se tornan tensas y ansiosas, pero que en soledad recobran una sonrisa apacible e incluso expresión de beatitud. De muestran inteligencia si se le aplican pruebas como el tablero de formas de Seguin, pero no con los test de Binet (Kanner, 1943).

La cuestión sobre la etiología del autismo.

La polémica que se ha ido labrando sobre la etiología del autismo tiene su origen en las confusas y cambiantes posiciones que Kanner ha sostenido a lo largo de su obra. Como ejemplo de esto se va a citar el primer artículo de 1943, donde da a entender la base biológica del síndrome por medio de la palabra innato. Pero no tardará en desdecirse, ya que en 1954 se pronunció sobre el tema afirmando que este síndrome no era heredado y que no se podía subestimar la refrigeración emocional a la que eran sometidos estos niños y cómo esta podría ser la causa de este tipo de desórdenes. Esto dio lugar a una gran polémica que dura hasta nuestros días y que hizo que sus seguidores acuñaran el término de madres heladera o refrigerador para referirse a este tipo de progenitores. Kanner se retractó años después y entonces la noción de madres heladera es atribuida sistemáticamente a la obra de Bruno Bettelheim (Silverman, 2012).

Por los años 60, según Silverman²⁷ (2012), Kanner se dio cuenta del gran sufrimiento que había causado con su teoría etiológica psicogénica, retractándose en público de la adhesión a la misma. Ruth Christ Sullivan, la primera presidenta de la Sociedad Nacional de para Niños Autistas, recuerda que en 1969 Kanner encandiló a los padres de dicha sociedad por pronunciar en público una frase como como “por la presente absuelvo a los padres” despidiéndose de las teorías de Bettelheim y su libro vacío, obviamente refiriéndose al título *La fortaleza vacía*. A partir de ese momento Kanner se separa de las teorías psicogenéticas y regresa a sus creencias originales en las que el síndrome era innato y biológico y se producía antes del nacimiento.

²⁷ Cloe Silverman es profesora asociada y miembro del Programa de Ciencia, Tecnología y Sociedad del Departamento de Historia y Política de la Universidad de Drexel.

Las acepciones del término autismo.

En los años 50, Kanner junto con Eisenberg amplió a dos los signos del autismo, de los que dijeron que ambos debían estar presentes para darse el diagnóstico. Estos son el aislamiento afectivo extremo y la insistencia obsesiva en la preservación de la igualdad (1956 citado por Verhoeff, 2013). Este cambio hace que en un primer momento haya una suerte de insistencia en lo central del aislamiento afectivo de este síndrome, para después pasar a añadir la necesidad de preservar la igualdad en el entorno junto con esa soledad extrema. Nótese que la primera acepción es la que ha pasado al lenguaje popular y sigue presente su imaginario²⁸.

Es importante aclarar el tema a cerca de la elección del término autismo, ya que mucho se ha hablado sobre esto y la mayoría de las veces se la ha calificado como un error, especialmente por parte de los autores que contribuyen a la definición de autismo desde la óptica del cognitivismo y la neurociencia. Pero esto no era lo que

²⁸ Para la Real Academia Española la palabra autismo tiene tres acepciones: “1. m. Repliegue patológico de la personalidad sobre sí misma. 2. m. Med. Síndrome infantil caracterizado por la incapacidad congénita de establecer contacto verbal y afectivo con las personas y por la necesidad de mantener absolutamente estable su entorno. 3. m. Med. En psiquiatría, síntoma esquizofrénico que consiste en referir a la propia persona todo cuanto acontece a su alrededor”. (RAE, 2001). Puede observarse al respecto que la acepción dos es heredera de la conceptualización kanneriana de la época. Lo interesante al respecto es que parece ser que estas definiciones, al igual que las definiciones psiquiátricas, no están exentas de polémica para los familiares de los afectados.

En 2009 en España comenzó un movimiento encabezado por asociaciones de padres y madres de niños con autismo para cambiar la segunda y tercera acepción propuesta por la RAE, por una única segunda que dijese: “Med. Trastorno del desarrollo que afecta a la comunicación y a la interacción social, caracterizado por patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados” (Luna García, 2012, p. 36). La motivación principal de esta propuesta se basa en hacer que la RAE recoja la definición propuesta por los principales manuales psiquiátricos, en detrimento de otro tipo de propuestas. El problema central con las definiciones que aparecen en la actual edición es que utilizan términos falsos, desterrados de los estudios médicos desde la década de los cincuenta y sesenta, según afirman los miembros de dichas asociaciones. Los cambios operados en la nueva definición son totalmente pertinentes y proactivos, en tanto que se modifica la marca especializada Psiquiatría por Medicina, se cambia síntoma esquizofrénico por trastorno del desarrollo, no presenta a la persona como incapaz de comunicarse y demostrar afecto, sino como alguien que tiene afectadas las áreas comunicativa y social, y describe las características más saltantes sin generalizar la autoreferenciación del sujeto (Luna García, 2012, p. 36).

Pero a pesar que este cambio ha sido aprobado y reflejado en la 23 edición del Diccionario de la Lengua Española (2014) parece ser que la polémica no termina con esa palabra. En la mencionada edición del 2014 el Diccionario de la Lengua Española agrega dos acepciones más que molestan a la comunidad de asociaciones de padres y madres de niños autistas en España. En la 22 edición autista significaba: “Dicho de una persona: Afecta de autismo” (RAE, 2012). Mientras que en 2014 se agrega: “2. Propio o característico de una persona autista. Síntomas autistas. 3. Dicho de una persona: Encerrada en su mundo, conscientemente alejada de la realidad”. (RAE, 2014). Donde lo que principalmente se critica es que se haga hincapié en la retirada consciente de la realidad como sinónimo de voluntaria (Gijón, 28 octubre 2014).

En esta serie de movimientos puede observarse al menos tres cuestiones, la primera ilustra un ejemplo de cómo un movimiento político puede llegar a cambiar un término psicopatológico. La segunda es la fuerte influencia y gran acogida de las propuestas de la *American Psychiatric Association* en las asociaciones de padres y madres de afectados, y la tercera es el rechazo y por otro lado la fuerte presencia que se deduce de ese fuerte rechazo, a la definición kanneriana que aunque se quite del diccionario sigue permaneciendo en el lenguaje popular.

Kanner pensaba ya que en primer lugar eligió el término porque denotaba para él el signo patognomónico. En segundo lugar, el término autismo era muy común en la psicología alemana de la época, y lo demuestra el hecho de que estaba presente en la obra de otros autores como por ejemplo Bleuler (1911), sino que además, un contemporáneo suyo Hans Ásperger, eligió el término psicopatía autística para designar el síndrome aislado por él.

A pesar de ser un término conocido Kanner desoye la tradición bleueriana, y en cierto modo desoye también la tradición de la psicopatología infantil de la época, ya que en su artículo se limita a describir los síntomas u observables del síndrome sin interesarse por los mecanismos internos que lo sostengan. Para Bleuler el autismo significa una retirada al mundo propio de fantasía que caracteriza la ruptura con la realidad que hace el esquizofrénico, pero Kanner no está interesado en conceptos como fantasía o realidad. Sobre la relación de su síndrome con el de Bleuler se posiciona de varias maneras a lo largo de su obra. En un primer momento dice que el aislamiento extremo puede ser considerado como una posible manifestación temprana de la esquizofrenia en la infancia (Silverman, 2012). Posteriormente se aleja de la afirmación anterior al puntualizar que los pacientes de Bleuler en algún momento de su vida tuvieron contacto con la realidad, mientras que los suyos nacen con la incapacidad realizar este tipo de respuestas al y en el entorno (Kanner, 1949 citado por Verhoeff, 2013). De manera que concluye que si bien el autismo de Bleuler y el suyo pueden estar relacionados, sus casos no podrían ser clasificados dentro de la descripción que Bleuler hace del autismo (Kanner, 1973 citado por Verhoeff, 2013). Pero como se verá a continuación Kanner nunca dejó de relacionar el autismo con la idea de esquizofrenia y de psicosis.

Sobre la nosología: Autismo y psicosis infantil.

Aunque desde el comienzo de su descripción del síndrome, Kanner intentó separar el autismo infantil precoz de la esquizofrenia, ya que sino no existiría un síndrome diferenciado, pareciera ser que lo hizo a nivel de diagnóstico diferencial más que en un intento de negar que el autismo se encuadrara dentro de una categoría más amplia como la de psicosis infantil. Al respecto, afirmó que éste difería de la esquizofrenia infantil en el síntoma patognomónico y en la edad de inicio. Él sostiene

el innatismo en el sentido de la presencia del síndrome desde el nacimiento y en particular en el síntoma de dificultad de ser cogidos en brazos, ya que los demás son difíciles de observar en ese periodo precoz de la vida.

Otro hecho que apoya la afirmación anterior es que treinta años después en su célebre manual *Psiquiatría Infantil* el cuadro *autismo infantil precoz* aparece dentro del capítulo *La esquizofrenia* bajo el título *psicosis infantiles*. Es más, aparece junto a la psicosis infantil simbiótica de Margaret Mahler de la que dice que “aunque hay niños simbioticoparásitos que pueden pasar posteriormente al autismo, y niños autistas que pueden en algún momento entrar en simbiosis, creo que la distinción de Mahler, claramente trazada, puede ser muy útil” (Kanner, 1972, p. 741).

Además, como se verá a continuación, él fundó una revista llamada *Autismo y Esquizofrenia Infantil*, por lo que no se puede sostener que Kanner divorció el autismo de estos términos.

El legado de Kanner.

A pesar de todo, Kanner es considerado el descubridor del autismo, siendo el artículo de 1943 un artículo de referencia en el tema del autismo. Es citado hasta nuestros días en la mayoría de artículos sobre el tema de autismo aunque solo sea para mencionarlo en la introducción histórica. Se dice que uno de los factores que han colaborado a que este artículo haya sido citado constantemente hasta nuestros días, es que el artículo a penas desarrolla hipótesis teóricas del porqué se llega a tener dificultades de contacto afectivo. De manera que esta ausencia de posicionamiento teórico habría permitido ser la base de hipótesis de varias posiciones teóricas incluso contrapuestas entre sí, especialmente en lo que se refiere a las causas. Otro de los factores que permitieron al artículo pasar la prueba del tiempo es que Kanner con la época cambió de parecer de acuerdo a la etiología del trastorno y sosteniendo además una postura abierta respecto a que otros autores se posicionasen sobre ello (Silverman, 2012).

Lo anterior puede observarse en la fundación por parte de Kanner del *Journal de Autismo y Esquizofrenia infantil*, en 1971, donde se cruzaban disciplinas como psiquiatría infantil, psicología, psicometría y neurología. El estaf de la editorial original estaba compuesto por: "(...) Leon Eisenberg, Carl Fenichel, Michael Rutter, Laretta Bender, Stella Chess, Bernard Rimland, Edward Ritvo, D. Arn Van Kreevelen, and Eric Schopler," (Silverman, 2012, p. 39). Éste incluía psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, haciendo que el journal fuera de abierta ideología. De hecho, el propio título hablaba de la flexibilidad diagnóstica que Kanner deba a su síndrome. El hecho de que pusiera autismo y esquizofrenia infantil hablaba de la flexibilidad diagnóstica que Kanner daba. De hecho en la revista los términos psicosis, esquizofrenia infantil o autismo infantil eran intercambiables y aparecían tanto explicaciones neurológicas como psicodinámicas. A pesar de esto, cuando fundó la revista ya no sostenía que el autismo podía preceder a la esquizofrenia como lo había hecho antes. Cosa que no se reflejó en el contemporáneo manual de diagnóstico DSM-II, donde se decía que la esquizofrenia de tipo infantil se manifestaba con autismo, atípico o retirada de comportamiento, fallando en desarrollar la identidad separada de sus madres y general desigualdad, inmadurez y desarrollo inadecuado. Especificando que esos defectos del desarrollo pueden producir retraso mental que también deberá ser diagnosticado (Silverman, 2012).

Desde el entendimiento de quien escribe el legado de Kanner debería ser el aporte original realizado por la ruptura etimológica, es decir, por la ruptura con la tradición psicopatológica que aportaba significado al término autismo, pasando a ser el autismo sinónimo de aislamiento afectivo. Además, obviamente por su contribución a la ascensión del autismo a la categoría de síndrome. Pero esto no es lo que ha sucedido; en la actualidad, a pesar de que se le cita obcecadamente como descubridor del autismo, su definición no tiene relación semántica con la aportada en la actualidad por los manuales diagnósticos. Eso sí, hay que reconocer que otra cosa sería estudiar si el fenómeno clínico autismo aislado por Kanner como se ilustrará en la última parte de esta tesis, donde se verá como el fenómeno clínico puede ser interpretado desde diferentes disciplinas y definido desde diferentes posiciones teóricas ya que cada una de ellas da importancia a síntomas diferentes.

Segunda parte: La contribución del psicoanálisis

Pensamiento psicopatológico post Segunda Guerra Mundial

Como se señaló, tras la Segunda Guerra Mundial el centro de producción científica general cambió de localización, pasando de la Europa continental a Norte América y Gran Bretaña. En particular, lo que se refiere al estudio de la infancia, y en concreto, la discusión sobre la conformación del pensamiento infantil, en Estado Unidos es personificado en la figura de Laurette Bender, mientras que es Melanie Klein la que lo hace en Gran Bretaña. Como ya se dijo, en estos años “los diagnósticos de la esquizofrenia, la psicosis y el autismo en los niños eran en gran parte intercambiables (...)” (Evans, 2013, p. 10), por lo que hay que introducir el tema haciendo este repaso.

En Estados Unidos en los años cuarenta es Laurette Bender (1897-1987) la pionera en la explicación de la mente del niño y del lactante. Desarrolló un test de percepción en la infancia después de un estudio realizado a 100 esquizofrénicos que acudían al Departamento de Niños de Bellevue, usado todavía en la actualidad aunque con algunas modificaciones. Su base teórica es el modelo kleiniano y como éste, toma la esquizofrenia como el problema central en la infancia, así la define como patología del comportamiento que afecta a todo nivel y área de integración y de funcionamiento del sistema nervioso central, ya sea en sus áreas vegetativas, motoras, perceptuales, intelectuales o sociales. Con ello afirma que la esquizofrenia afecta a la etapa en la que los objetos se internalizan (Bender, 1947 citado por Evans, 2013). Ella sostiene que en esos pacientes el simbolismo está restringido a lo concreto y su pensamiento se caracteriza por estar muy estructurado. Inspirada en Arnold Gessel y su libro *Embriología de la Conducta* de 1945, elabora la hipótesis de que estos niños tendrían funciones motoras embriológicas que bloquean el establecimiento del contacto con la realidad (Evans, 2013).

Paralelamente, en Gran Bretaña, la nueva generación de profesionales de la salud entre los que destacan figuras tan destacadas como Melanie Klein, Susan Isaacs, Elwyn J. Anthony y Milfred Creak, introdujeron en el país y en la Sociedad Psicoanalítica Británica, creada por Ernest Jones en 1913, el pensamiento de Sigmund Freud, Eugen Bleuler, Carl Jung y Pierre Janet. Se puede sostener que desde los años 20 a los años 50, todos los teóricos británicos sostenían que el pensamiento alucinatorio precedía a la relación con las personas y los objetos, y en definitiva al contacto con la realidad. A pesar de que cada uno de ellos elaboraba teorías propias, todos ellos usaban una metodología similar basadas en el estudio individual de casos que o bien habían sido observados por ellos mismos o que ellos mismos habían realizado el proceso terapéutico y usaban además estadísticas básicas para probar sus teorías. De modo que la comprensión que ellos tenían de la psicosis infantil, autismo o esquizofrenia infantil, tenía una metodología de estudio compartida y estaba fundamentada en un marco teórico común en coherencia con la psicología del desarrollo que era dominante en esa época (Evans, 2013).

Por ejemplo Elwyn James Anthony (1916-2014) y Kenneth Cameron en el Hospital Maudsley, usan ideas similares para entender la esquizofrenia infantil y el autismo. A Anthony debemos la idea de que la edad en la que un niño desarrolla autismo o psicosis afecta a la forma en la que el trastorno toma. En 1953 abrieron una

sección especializada en psicosis recibiendo los casos más graves de toda Gran Bretaña afirmando que estas observaciones podrían utilizarse para hacer una teoría del pensamiento infantil y contribuir a la psicología en general²⁹(Evans, 2013). De hecho este curioso modo de pensar será sostenido también autoras como Margaret Mahler en la que el modo de pesar autista, será una fase muy temprana del desarrollo normal.

La propuesta de Anthony está basada en un modelo desarrollado por Sigmund Freud en su artículo *Más allá del principio del placer*, donde Freud postula la existencia de una barrera antiestímulo. Así dice Anthony que durante el desarrollo normal hay una barrera que protege al bebé, lo que además le permite concentrarse y no distraerse con los estímulos del entorno. Pero en los casos de autismo primario los niños desarrollan una barrera anormalmente gruesa que no les permite salir de su narcisismo primario. En el narcisismo secundario la barrera es muy delgada por lo que se vuelve muy permeable al entorno y es sobreestimulado por este, por lo que desarrolla su propia barrera psicótica secundaria que bloquea toda estimulación. Para Anthony lo que caracteriza el autismo y la esquizofrenia infantil es: “la incapacidad para formar un sentido coherente y estable de uno mismo; la incapacidad de catectizar las experiencias internas con precisión; y una confusión del yo y no-yo y alteraciones en la percepción de uno mismo” (Anthony, 1958 citado por Evans, 2013, p.11-12). Además usó ciertas pruebas de Piaget y el concepto adualismo para confirmar sus teorías. Lo que dice Evans³⁰ es que Anthony integra las teorías de Piaget con las teorías psicoanalíticas para poder describir el pensamiento infantil normal y anormal. En ese sentido entiende que las primeras etapas del desarrollo infantil se caracterizan por un narcisismo primario o egocentrismo donde el yo y el medio son uno. Para él el psicótico no logra distinguir la fantasía interior de la realidad exterior dando como resultado una mente autista (Evans, 2013).

²⁹ Michel Foucault en un célebre texto sobre la historia de la psicología señala sagazmente como la psicología de la normalidad se ha hecho a base del estudio de la anormalidad. Concretamente señala: “sin forzar los términos se puede decir que la psicología contemporánea es, en su origen, un análisis de lo anormal, de lo patológico, de lo conflictivo, una reflexión sobre las contradicciones del hombre consigo mismo. Y si se transformó en una psicología de lo normal, de lo adaptativo, de lo ordenado, es de una manera secundaria, como un esfuerzo por dominar esas contradicciones” (Foucault, 1957, p. 122).

³⁰ Bonnie Evans es una investigadora postdoctoral del Centro de Humanidades y Salud del King's College of London. Su tesis PhD en 2010 presentada por el Departamento de Historia y Filosofía de la Universidad de Cambridge, examina el origen de la psiquiatría de niños y las investigaciones de esquizofrenia infantil y su influencia en las teorías actuales británicas de autismo. Por ello obtuvo un premio de la Sociedad Internacional para la Historia de las Neurociencias. Actualmente realiza investigaciones sobre la historia del tratamiento psiquiátrico y las investigaciones en el Hospital de Maudsley de Londres y la relación entre la historia de éste y el autismo. Actualmente colabora en el libro *The Brain and de Mind* con Lisa Appignanesi y Lara Feigel (Evans, 2013).

La aportación de Melanie Klein (1882-1960) a la cuestión de la psicopatología infantil merece ser destacada por varias cuestiones, a pesar de que no habló ni teorizó directamente sobre autismo. La primera de ellas, es que su obra fue la base teórica de referencia para varias generaciones de profesionales de la salud mental. La segunda es que en 1929 en su artículo *La personificación en el juego de los niños* argumentó que la satisfacción de deseos infantiles predomina sobre el reconocimiento de la realidad, por lo que hay algo que el niño normal experimenta como un tipo de psicosis sin necesidad de que esto sea un fenómeno patológico. La tercera es que un año más tarde, en 1930, argumentó que la psicosis debería ser diagnosticada con más frecuencia en niños y que esto tendría mucha utilidad para entender el pensamiento infantil. Y la cuarta, por último, es que es que fundó la técnica del psicoanálisis infantil, al equiparar el juego con el proceso de libre asociación. (Evans, 2013).

Susan Isaacs (1885-1948) seguidora y defensora del pensamiento kleiniano destacó por su producción teórica sobre fantasías y pensamiento infantil. Debido a los puestos laborales y proyectos políticos en los que trabajó fue muy influyente en la psicología en gran Bretaña³¹(Evans, 2013).

Mildred Creak (1898-1993) es otra de las profesionales de la psicología infantil de esta generación que merece ser destacada. Estudió en el *University College Hospital* de Londres y fue jefa de psiquiatría infantil del Hospital Maudsley en 1931. En 1937 sostuvo la idea de que a una temprana edad los procesos normales del pensamiento recapitulan las formas arcaicas y primitivas que tantas veces se han visto en la esquizofrenia. Para esta autora la esquizofrenia infantil debe pensarse como una reacción que obstaculiza el desarrollo del pensamiento infantil teniendo como consecuencia problemas en la inteligencia y en la coordinación motora. Añade que en este tipo de niños se observa una tendencia a la fragmentación e interrupción del pensamiento de la misma manera que Bleuler postuló para el pensamiento autista. El estudio que él realizó en 1937 fue uno de los primeros que presentó las descripciones esquizofrénicas de niños preadolescentes (Evans, 2013). Es de ahí de donde sintetizó

³¹ Entre este tipo de trabajos destacan su labor como docente y supervisora en el University College de Londres, más tarde en 1933 se desempeñará como jefe del Departamento de Desarrollo infantil del University College of Education de Londres. Colaboró también en el *British Journal of Educational Psychology* y el *British Journal of Psicología Médica* (Sayers, 2001 citado por Evans, 2014). Durante casi una década tuvo influencia en la política gubernamental en el área de cuidado de niños y de educación, como ejemplo es haber formado parte del Comité Hadow del Lactante y Escuelas Infantiles en 1933 o en 1945 haber participado en el Comité de Atención Infantil del Ministerio del Interior (Sayers, 2001, Wooldridge, 1994 citado por Evans, 2013).

los famosos nueve puntos de la esquizofrenia infantil, de los que se hablará más adelante.

Es importante señalar que la Segunda Guerra Mundial aportó un contexto idóneo para la investigación de la infancia, ya que el conflicto bélico hizo que más de un millón de niños quedasen bajo tutela del Estado. Por ejemplo Anna Freud ayudó a crear guarderías de guerra para los niños que no se pudieron evacuar (Evans, 2013). En ese momento Klein, Isaacs y John Bowlby realizaron una encuesta en Cambridge para evaluar la influencia de estos cambios ambientales. Es en este contexto en el que aparece la idea de privación materna para explicar porque unos niños desarrollan pensamiento patológico y otros no. Paralelamente en EE.UU. Laurete Bender y William Goldfarb, del Center of Reserach Itteleson Child en Nueva York, realizaron estudios similares sobre la privación materna, llegando a conclusiones similares (Evans, 2013). Estos niños manifiestan una marcada incapacidad para mantener relaciones con el entorno afectando a sus capacidades para conceptualizar, afectando también a sus procesos mentales inconscientes, colaborando a la retracción del mundo exterior (Bowlby, 1951 citado por Evans, 2013).

La década de los 40 no solo destaca por la proliferación de teorías sino por los desacuerdos entre teóricos, que en el caso del ambiente psicoanalítico son conocidas como las *Controversias*. Ésas discusiones giraban en torno a cómo exactamente se causa la patología en el niño. Klein y sus seguidores sostienen que una serie de complejos mecanismos mentales en el bebé podría hacer que se reprimieran los impulsos instintivos en los primeros años de vida. Susan Isaacs describe como los niños en sus primeras experiencias pueden experimentar fantasías, pudiendo ser éstas desviadas o reprimidas. Dentro de este modelo es plausible que los bebés empleen las alucinaciones de manera patológica y a su vez esto les impida el contacto con la realidad. En palabras de Evans, para Klein e Isaacs los bebés no son todo autoeróticos o autistas, ya que algunas formas de alucinación pueden estar incluidas las relaciones con los demás (Evans, 2013).

Los críticos de esta postura sostenían que es imposible afirmar la existencia de esos procesos avanzados en los bebés sin tener ninguna prueba de ello. Así Anna Freud (1895-1982) defiende que desde el nacimiento hasta los seis meses, el niño es inherentemente narcisista y autoerótico. Así concluye que es más bien el ambiente el que influye en el niño a la hora de generar lo patológico. Si bien el término autismo

rara vez es mencionado en estas discusiones, nociones como autoerotismo, narcisismo primario, regresión...etc., se discutieron con frecuencia afectando posteriormente a la conceptualización especialmente psicoanalítica del autismo (Evans, 2013).

Estos modelos y posturas teóricas de corte psicoanalítico influenciarán a la psicopatología infantil hasta la década de los 80, siendo en general más proclives al modelo anafreudiano los psicoanalistas norteamericanos, mientras que serán más kleinianos los isleños. Es en este contexto en el que Kanner como trabajador del Hospital de la Universidad de Johns Hopkins en Baltimore afirmó que había aislado a un grupo de niños con un trastorno psicológico único: los trastornos autistas innatos del contacto afectivo. La diferencia de este con la postura de Klein o Isaacs es que este no atribuía pensamientos inconscientes ni una vida simbólica a los niños, lo que hace simplemente es describir el comportamiento de un grupo de niños. Su descripción se hizo eco en todos los psiquiatras de la época y fundó una nueva manera de pensar el pensamiento infantil. Usó el término autista para hablar del aislamiento afectivo del entorno, pero como no estaba estandarizado el término muchos colegas en EEUU y Gran Bretaña usan ese y otros términos similares (Evans, 2013).

En un intento un tanto arriesgado de interpretar la producción de Kanner dentro de las elaboraciones psicoanalíticas se puede decir que, aunque si bien él no se manifestó al respecto, está más cerca de la postura autoerótica y narcisista defendida por Anna Freud para los primeros meses de vida del bebé. Es en esta línea en la que teoriza Margaret Mahler y Frances Tustin, en la primera parte de su obra. Como veremos, desde los 40 hasta los años 80, la descripción de Kanner hará desbordar ríos de tinta en los teóricos de corte psicoanalítico de la época, sosteniendo cada uno de ellos sus definiciones y teorías explicativas particulares como se expondrá a continuación. Pero este término no será aceptado por todos y se hace imprescindible señalar también la postura de aquellos teóricos que como Donald Winnicott, afirmarán que la invención del término autismo trajo más inconvenientes que ventajas.

El autismo como modelo de lo normal y lo patológico: Margareth Mahler.

Margareth Schonberger³² (1897-1985), más conocida como Margareth Mahler, fue una destacada psicoanalista centroeuropea que, como muchos de los colegas contemporáneos, tuvo una vida atravesada por migración a la que forzaba la Segunda Guerra Mundial, así como por el éxito académico y científico. El recorrido de la obra Margareth Mahler hace concluir que ésta usa el término autismo en tres sentidos: como un tipo de psicosis infantil, como una fase del desarrollo normal y como un mecanismo de defensa³³.

El autismo como una fase temprana del desarrollo normal.

En el comienzo de su práctica privada en la condición de Consultora del Servicio de Niños del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y de la Universidad de Columbia se encontró frente a muchos niños con padecimientos que no podrían ser encuadrados en ninguna de las categorías nosológicas que había en ese momento. Estas eran: “(...) trastornos de la conducta primarios, trastornos neuróticos, desviaciones psicopáticas del carácter, perturbaciones de los impulsos” (Mahler, 1965, p. 133). Añadía además que tampoco obedecían a la lógica de las lesiones orgánicas del tipo de las amencias. Para ella estos fenómenos estaban más relacionados con la psicosis infantiles, que en el caso de Estados Unidos habían sido estudiadas por Loretta Bender, pero desgraciadamente esa teoría aunque muy avanzada a ojos de Mahler era poco aceptada en el campo de la psiquiatría. Y es que tuvieron que llegar los años 40 y la formulación del autismo infantil precoz por Kanner para que “(...) la

³² Nació en 1897 en Sopron, Hungría, en el seno de una familia judía. A los 16 años dejó su pequeño pueblo y fue a estudiar a Budapest, ciudad en la que conoció a personas tan destacadas en el psicoanálisis como Michael Balint y Sándor Ferenczi. Este contexto propició que se empapase de la lectura de las obras de Sigmund Freud y que participase en las discusiones de ese grupo conocido bajo el nombre del Círculo de Budapest. En esos años, decidió cambiar de área de estudios y se trasladó a Munich para formarse como pediatra. En 1936 se casó con Paul Mahler y debido a la amenaza de anexión al III Reich de Austria, decidieron probar suerte en Estados Unidos. País que sirvió de trampolín para el éxito de Margareth Mahler. Casi en su llegada, desde 1941 hasta 1955 enseñó en la Universidad de Columbia. Por los años 50 entró a formar parte del Instituto Psicoanalítico de Filadelfia y en 1957 creó, junto con Manuel Furer, el Masters Children Center, un centro de investigación y tratamiento de las perturbaciones graves en la infancia. En esos años de la vida de Mahler se destacan por la publicación de numerosos artículos con sus descubrimientos y propuestas, versándose primero en la patología, para pasar después a elaborar una teoría del desarrollo normal. Éstos fueron publicados luego en tres volúmenes: *Simbiosis Humana: las vicisitudes de la individuación*, *Separación-individuación* y *El nacimiento psicológico del infante humano*. Con el análisis de su obra y la influencia posterior, se puede decir que fue la pionera en el psicoanálisis infantil en Estados Unidos (Bond, 2008).

³³ El término mecanismo de defensa es un término complejo en la obra de Sigmund Freud ya que irá cambiando a medida que cambia su teorización sobre el aparato psíquico. Pero en general se lo puede entender como: “(...) la designación general de todas las técnicas de que el yo se vale en sus conflictos que eventualmente llevan a la neurosis, mientras que «represión» sigue siendo el nombre de uno de estos métodos de defensa en particular (...)” (Freud, 1926 citado por Ballesteros, 2014, p. 15-16).

idea de una perturbación psicótica grave en niños pequeños resultara algo más aceptable para quienes trabajaban en este campo” (Mahler, 1965, p. 133). De hecho añade, que si bien esto supuso una ventaja por el hecho de reconocer la existencia de psicosis infantiles, trajo consigo varios inconvenientes. Entre ellos una detención del progreso de la nosología y clínica infantil, ya que solo se admitía la existencia de este síndrome como manifestación psicótica y una suerte de Pangea diagnóstica donde “(...) cualquier cuadro clínico de psicosis infantil en el que se detectaba algo que se pareciera a mecanismos autísticos y en el que se comprobaba una ruptura psicótica con la realidad en un niño pequeño era automáticamente designado como autismo” (Mahler, 1965, p. 133).

Mahler, como el resto de sus coetáneos de formación psicoanalítica, estaba preocupada por dar una respuesta teórica al modo en el que el ser humano progresivamente va poniéndose en contacto con la realidad. Siguiendo a Freud (1923 citado por Mahler, 1965), este afirma que el bebé no cuenta con el instinto de autoconservación como el resto de animales, por lo que es el yo el que tiene que encargarse del papel de adaptación a la realidad y también de la supervivencia. Debido a su inmadurez, las respuestas que el bebé ofrece son casi exclusivamente biológicas, automáticas y reflejas, es decir, no comandadas por un yo maduro. Es por ello que se afirma que el aparato mental del recién nacido no está capacitado para lidiar con las estimulaciones internas y externas en lo que se refiere a su propia supervivencia. Función que realiza la madre humana, al brindar cuidados que complementan psicobiológicamente el yo no diferenciado del neonato. La herramienta de la que se vale la madre es la empatía con su hijo, sin la cual éste no sobreviviría. A esta particular relación dual Mahler lo llama una especie de simbiosis social (Mahler, 1965).

Hasta que el yo pueda ser autónomo y procurarse su propio cuidado, el niño pasará por tres fases de desarrollo. La primera de ellas se denomina autista, absolutamente normal y sucedida por las otras dos, comienza desde el nacimiento hasta aproximadamente el segundo mes de vida. Se caracteriza por la ausencia de la conciencia del mundo exterior así como por la conciencia exclusiva del propio cuerpo, además “(...) ni parece reconocer una diferencia entre el mismo y las cosas inanimadas que lo rodea” (Mahler, 1965, p. 136).

Nuestros anteriores trabajos desembocan en la hipótesis de que los niños pasan en su desarrollo a través de la fase autística normal, simbiótica y de separación-individuación. Postulamos que en la fase autística normal, el bebé no tiene conciencia de nada más que de su propio cuerpo. En la fase simbiótica, el niño parece adquirir vaga conciencia de sus separación; primero, la separación de su cuerpo y luego gradualmente la identidad de su sí-mismo. Ulteriormente establece las fronteras de su sí-mismo (Mahler y Furer, 1960, p. 180).

Después de la fase autista, pasando esos dos meses, se adentra en la fase simbiótica donde paulatinamente va tomando conciencia de que lo que alivia sus tensiones es del mundo exterior y la acumulación de estas, es decir, lo que las acumula pertenece a su interior y de la división interior exterior:

“En la fase autística normal, así como en la fase simbiótica, la madre complementa la innata y más o menos deficiente barrera contra los estímulos, cumpliendo las funciones yoicas vitalmente importantes que el yo primitivo del bebé no puede cumplir y sirviendo de amortiguador contra el exceso de estimulación” (Mahler, 1965, p. 137).

Autismo como un tipo de psicosis.

En términos generales las psicosis son perturbaciones que pueden remontarse a periodos del desarrollo, o como se expresa en terminología psicoanalítica, a fijaciones a fases del desarrollo. En algunos niños estas perturbaciones fueron rastreadas a alteraciones tempranas del ritmo de alternación de las tensiones de que aparece con la necesidad (expresadas en fenómenos de descarga motora y afectiva) y estados de saturación: sueño y placidez. Lo que comprobó es que estos niños no habían superado el aumento de tensiones propioceptivas y enteroceptivas, y las experimentaban como un difuso malestar. Es decir, no pueden aprender que la tensión de la necesidad procede del propio cuerpo y que el alivio a esta procede del exterior. Por ello no pueden esperar (la espera como primer signo rudimentario del yo). Así la respuesta de estos pequeños a la tensión instintiva del hambre solo produce una actividad aleatoria, violenta que si no es saciada en el instante produce “(...) la retracción de todo contacto afectivo, es decir una regresión que en unos pocos casos culminó en un retraimiento apático” (Mahler, 1965, p. 134). Habría otro periodo al que

se remontan esas perturbaciones y es a una etapa posterior de la niñez donde la relación simbiótica con la madre que satisface las necesidades del niño va tornándose cada vez más mutual y consolidada. (Mahler, 1965).

En general, considera que el origen de la psicosis tiene una dificultad central que es la incapacidad de usar el objeto simbiótico para formar el yo:

(...) desde los puntos de vista genético, dinámico y estructural, la dificultad capital (...) es la incapacidad del niño psicótico para utilizar el yo materno exterior en la estructuración de su yo rudimentario, en rápida maduración y, por lo tanto, sumamente vulnerable (Mahler, 1965, p. 138).

Cuya consecuencia es que “(...) perjudica las funciones de integración, síntesis y organización del yo” (Mahler, 1965, p. 135). Lo que para ella es la diferencia fundamental con las hipótesis que la época³⁴.

Mahler postula la existencia de dos tipos de psicosis infantil temprana. Uno de ellos es la Psicosis infantil autística, que consiste básicamente en que el niño no supera la primera fase del desarrollo. El segundo la psicosis simbiótica consiste en un proceso de retroceso en el desarrollo conseguido:

(...) el niño psicótico primariamente autista nunca se desarrolló más allá de la fase autística, en tanto que el niño psicótico simbiótico, en respuesta a su funcionamiento separado durante la fase de separación-individuación, sufre un proceso de regresión a un estado simbiótico parasitario dominado por el pánico (...), la supervivencia del niño exige que la regresión defensiva avance aún más. Por eso (...) los niños psicóticos primariamente simbióticos recurren secundariamente a mecanismos autísticos (Mahler y Furer, 1960, p. 180).

En la psicosis autística se corresponde con lo que Kanner llamó autismo infantil precoz donde no se observa la conexión afectiva con los demás. Y añade que lo que también falta es la percepción del niño del afecto presentado por el mundo exterior, la madre. Como ejemplo de ello se puede citar que en la anámesis de estos niños, en

³⁴ Mahler sostiene que la “(...) alienación o interrupción de esa simbiosis fue la causa primaria de la fragmentación psicótica del yo” (Mahler, 1965, p. 135). Y esta ausencia del yo se torna como causa fundamental de la psicosis. Además añade: “creemos que todas las otras perturbaciones son accesorias respecto de esta ausencia del faro humano que orienta en el mundo de la realidad exterior y en el mundo interior” (Mahler, 1965, p. 135). Lo curioso del caso es que algo similar pensará Uta Frith a acerca de que lo que falla en el autismo es la capacidad de síntesis del yo, con su teoría del homúnculo (1989).

sus primeros años no adoptan posturas que pidan maternaje como sonrisas o gestos. (Mahler, 1960).

La madre como representante del mundo exterior, parece que nunca fue percibida emocionalmente por el bebé, y la primera representación de la realidad exterior (la madre como persona, como entidad separada parece no haber sido nunca catectizada). La madre continúa siendo un objeto parcial, aparentemente desprovisto de una catexia específica y no diferente de los objetos inanimados. (Mahler, 1952, p. 119).

La otra clase de psicosis infantil y no hay que confundirla con la autística es "(...)" en la que la relación simbiótica temprana de madre e hijo es bien marcada, pero no progresa hacia la etapa de catexia libidinal objetal de la madre. La representación mental de la madre se mantiene unida a la del sí-mismo (o se fusiona regresivamente con ésta), es decir, no se separa del si-mismo. Esa imagen participa en la delusión de omnipotencia del niño" (Mahler, 1952, p. 121).

Las diferencias entre ambas es que la psicosis simbiótica rara vez se da antes del año de vida, manifestándose como bebés llorones o muy sensibles. La representación del cuerpo es confusamente marcada y en la transferencia estos niños suelen querer fundirse con el de la terapeuta mientras que "(...)" el cuerpo del niño autista es extraordinariamente inmovible y firme y uno lo siente en sus propios brazos como un cuerpo sin vida" (Mahler, 1952, p. 122).

Otra de las diferencias acuciantes es que a la vez que el pánico caracteriza la psicosis infantil simbiótica, una marcada autosuficiencia caracteriza al niño autista. De manera que cualquier cambio en el ambiente o cualquier acercamiento es vivido como una terrible intrusión y mediante acciones agresivas que no parecen ser destinadas a la persona que interfiere sino a la parte del cuerpo. Es más, "el niño autista aparta "la mano" que se encuentra en su camino como si se tratara de un pedazo de madera" (Mahler, 1952, p. 126).

A pesar de estas separaciones teóricas, la diferencia entre las psicosis simbiótica y la psicosis autística se da solo en el comienzo, ya que por lo general evolucionan en cuadros mixtos (Mahler, 1952).

El término autismo como mecanismo de defensa.

Mahler se pregunta cuál es la función de esta falsa suficiencia que caracteriza al autismo, a lo que se responde que es el autismo su defensa fundamental de los niños, para quienes no existe lo que orienta sus emociones y sentidos con lo exterior: la madre. Es por ello que es incapaz de manejar los estímulos internos y externos. “El autismo es entonces el mecanismo en virtud del cual esos pacientes tratan de excluir, de eliminar alucinatoriamente (alucinación negativa) las fuentes potenciales de percepción sensorial, en especial aquellas que exigen una respuesta afectiva” (Mahler, 1952, p. 126).

Las defensas psicóticas son “(...) modos autísticos delusorios de ajuste” (Mahler, 1965, p. 138). La finalidad de las defensas autísticas es conseguir “(...) la restauración de la omnipotente unidad con la madre simbiótica, aunque este empeño va acompañado por un pánico a la fusión y a la disolución del sí-mismo” (Mahler, 1965, p. 138).

Por otro lado, los mecanismos de la psicosis simbiótica son la proyección y la introyección. Que apuntan a restituir la delusión simbiótica con la madre en el momento que se pensaba que era una unidad, de manera que son opuestos a los del autismo pues en este por lo que destaca es por “(...) su espectacular lucha contra toda demanda de contacto humano (social) que pudiera interferir en su necesidad delirante alucinatoria de gobernar un fragmento muy restringido y estático de su ambiente inanimado, en el cual ellos se comportan como magos omnipotentes” (Mahler, 1952, p. 126).

La invención del autismo: Donald Winnicott.

Como ya se aclaró, no todos los psicoanalistas van a estar de acuerdo con el uso del término autismo ni con su conceptualización como síndrome autónomo. Donald Winnicott³⁵, como conocedor de la obra de Leo Kanner, como lo demuestra su

³⁵ Donald Winnicott (1896-1971) fue un médico pediatra licenciado en la Universidad de Cambridge que durante cuarenta años supo conjugar esta profesión con el psicoanálisis. En 1927 ingresó a la Sociedad Psicoanalítica Británica donde es analizado primero por James Strachey y después por Joan Riviere, además supervisó con Melanie Klein a la que atendió a uno de sus hijos. Fue presidente de esta sociedad de 1956 a 1959 y de 1965 a 1968 (Painceira, 1997). Es precisamente por esta época en la que se va a pronunciar sobre el término autismo exponiendo como pediatra los inconvenientes que éste ha causado.

reseña al libro *Child Psychiatry* (Winnicott, 1938), considera que la creación del término autismo trajo ventajas e inconvenientes a la comunidad psiquiátrica. Al respecto señala:

A mi entender, la invención del término "autismo" fue una bendición a medias. Sus ventajas son bastante obvias, pero tiene desventajas menos obvias. Quisiera decir que una vez que el término fue inventado y aplicado, se preparó la escena para algo que es ligeramente falso, a saber, el descubrimiento de una enfermedad. (Winnicott, 1966, parr. 3).

Las ventajas a las que alude se desprenden básicamente de la practicidad para los médicos de orientación orgánica de poseer un cuadro psicopatológico detallado que permita exponer con facilidad síntomas, hipótesis etiológicas y los tratamientos propuestos. Pero para el autor esta ventaja se convierte en una falacia, especialmente para la enseñanza en psicología, ya que para él lo primero que uno tiene que conocer en profundidad para tener una visión de la psicopatología psicológica infantil es una teoría del desarrollo emocional del bebé y del niño. Así lo crucial en este tema no es el autismo ni sus raíces tempranas concretas "(...) sino más bien toda la historia del desarrollo emocional humano y la relación del proceso de maduración de cada niño con la provisión ambiental, que en cada caso particular puede o no facilitar dicho proceso de maduración" (Winnicott, 1966, p. 379).

La clara desventaja, a decir de la opinión de los pediatras y médicos, es que estos piensan que el autismo en realidad es un cuadro bien definido, pero lo cierto es que no tiene límites claros (Winnicott, 1967). Es por ello que Winnicott afirma que "(...) es muy artificial hablar de una enfermedad llamada autismo" (1966, p. 379), y lo es ya que para él designa uno de los extremos del desarrollo emocional del niño. "Dicho de otro modo, lo que quiero señalar es que no existe una enfermedad como el autismo, sino que éste es un término clínico para designar los extremos menos comunes de un fenómeno universal." (Winnicott, 1966, parr. 30).

Uno de los argumentos que esgrime para defender que el autismo no es un cuadro bien definido y por ello no es una enfermedad como tal es que "cualquiera de sus numerosos elementos descriptivos pueden examinarse por separado y encontrarse en niños que no son autistas, y aun en los que llamamos sanos y

normales” (Winnicott, 1967, p. 870). Varios ejemplos han sido recogidos en la síntesis contextual de la psicopatología infantil.

De hecho, Winnicott explica que los errores en la conceptualización del cuadro se deben al:

(...) hecho de que muchos estudios clínicos fueron escritos o bien por personas que se ocupan de niños normales y no están familiarizadas con el autismo o la esquizofrenia infantil, o bien por aquellas que debido a su especialidad sólo ven a niños enfermos y por la naturaleza de su trabajo no están al tanto de los problemas corrientes de la relación madre-bebé (Winnicott, 1966, parr. 30).

En este sentido se expresa con el tema del aumento de la prevalencia, que parece ser que ya era un tema polémico en los años sesenta,

Desde mi punto de vista, después de haber atendido a gran cantidad de niños de todo tipo, no hay pruebas de que el número de niños autistas haya aumentado o de que exista al respecto nada nuevo, salvo acerca de la denominación y, lo que es importante, la resolución de ciertos grupos de indagar en el asunto y ver hasta qué punto el autismo puede prevenirse y hasta qué punto puede ser tratado (Winnicott, 1966, p. 378).

Por último aclara que él en su obra ha llamado al autismo "esquizofrenia de la infancia o la niñez" (Winnicott, 1966, p. 380) y que para una clasificación diagnóstica prefiere ese término. Pero para poder arribar a una clasificación y comprensión psicoanalítica desde la óptica winnicottiana más profunda sería necesario que se recorra la conceptualización del autor sobre la naturaleza humana, a la par que hacer un recorrido por las fases más tempranas del desarrollo emocional, pero esto excede el objetivo del presente trabajo.

El autismo como incapacidad para relacionarse con el mundo: Bruno Bettelheim

Bettelheim y su relación con la obra de Leo Kanner

Bettelheim³⁶ explica que el motivo por el cual se interesó y estudió en profundidad la obra de Leo Kanner fue por haber trabajado en 1932 con una paciente³⁷ que ahora podía decir que era autista y muda. Aunque si bien considera acertadas las descripciones que Kanner hace de este trastorno, no está de acuerdo en su teoría principalmente en dos puntos: la definición y la cuestión de lo innato (1967).

Definir el autismo como “una incapacidad innata para establecer contactos afectivos” (Kanner, 1943 citado por Bettelheim, 1967, p. 536) o su posterior modificación en “una deficiencia para relacionarse de la forma normal con personas y situaciones desde el comienzo de la vida” (Kanner, 1944 citado por Bettelheim, 1967, p. 536) para el autor no es acertado. Los motivos por los que sostiene lo anterior son que para él los niños autistas sí pueden mantener contactos afectivos con los demás y esta dificultad para relacionarse es mucho más amplia abarcando el entorno entero. Además tampoco está de acuerdo con que este trastorno se despliega desde el comienzo de la vida, sino que sostiene que eclosiona aproximadamente a los dos años de edad (Bettelheim, 1967).

En mi opinión, que vengo explicando a lo largo de la presente obra, el autismo está esencialmente relacionado con todo lo que sucede desde el nacimiento; tampoco podemos descartar la posibilidad de que alguna desviación prenatal en el desarrollo actúe como factor contribuyente. Mas, como también creo firmemente que el autismo es, en esencia, una perturbación de la capacidad de

³⁶ Bruno Bettelheim (1903-1990) nació en Viena, lugar donde recibió el doctorado en Filosofía y Estética. En 1939, tras ser prisionero de los nazis en varios campos de concentración emigró a Estados Unidos, país del que se hizo ciudadano en 1944. La mayor parte de su carrera científica está relacionada con la Universidad de Chicago, donde ejerció como profesor desde 1944 hasta 1973, primero como profesor de psicología de la educación y después como profesor de psiquiatría. De 1947 hasta su retiro, fue director de la Sonia Shankman Orthogenic School otra sección de esta universidad, trabajo que ilustra en su famoso libro *La Fortaleza Vacía: Autismo infantil y el nacimiento del yo* (1967), uno de los libros sobre autismo que más ha cautivado al público durante décadas. A pesar de que no tenía formación específica sobre psicología infantil y formación formal sobre psicoanálisis, popularizó la psicoterapia psicoanalítica en los Estados Unidos de la postguerra. Su obra está influida por el trabajo de René Spitz, y las teorías de Dewey y Erick Erikson (Silverman, 2012), además de Freud, Piaget y Winnicott, autores que referencia en la obra del 67. Según Silverman (2012), después de que Bettelheim se suicidara en 1990, tras una profunda depresión relacionada con un ataque de apoplejía que padeció, su reputación cayó por los suelos y fue hasta acusado de maltrato verbal y físico a los niños de la Escuela Ortogénica. Pero estas cuestiones no pueden ensombrecer la marcada influencia de sus posturas teóricas y clínicas durante más de veinte años desde la publicación del artículo de Kanner, especialmente en Estados Unidos.

³⁷ Esta paciente es de la que habla en la entrevista realizada por Catherine Dreyfus en 1974 para ilustrar cómo se inspiró para crear el medio terapéutico de la escuela Ortogénica: “En Viena, donde vivíamos antes de la guerra, habían llevado a Anna Freud una niña que parecía demasiado enferma como para ser sometida con provecho a un tratamiento analítico clásico. Cabía, sin embargo, alguna esperanza si se conseguía que pasase las veinticuatro horas del día en un ambiente en el que incluso los gestos más cotidianos estuviesen perfectamente calculados sobre la base de las enseñanzas del psicoanálisis. Con el consentimiento de mi mujer, propuse acogerla en mi casa, se quedó con nosotros siete años y realizó progresos que superaron todo lo previsto. Al mismo tiempo me convencí de la eficacia de un ambiente terapéutico total y de la imposibilidad de exigir semejante esfuerzo a una familia media” (2006).

relacionarse con el mundo, tenderá a hacerse más aparente hacia el segundo año de vida, cuando normalmente se habrían de producir contactos más complicados con el mundo (Bettelheim, 1967, p. 537-538).

Añade que, Kanner se ve en la necesidad de distinguir el autismo como una perturbación diferenciada para alejarse de la conceptualización de Bleuler que ve que el autismo como “un síntoma secundario de la esquizofrenia” (Bettelheim, 1967, p. 529). Si bien Bleuler considera el deterioro emocional como lo característico del cuadro clínico de las diferentes formas de esquizofrenia define el autismo poniendo énfasis en la perturbación del contacto con la realidad y no tanto en la perturbación del contacto afectivo: “Los esquizofrénicos más graves, que han perdido todo contacto con el mundo exterior, viven en un mundo propio. Se han encerrado con sus deseos y anhelos (que consideran realizados) o se ocupan en los pormenores y milagros de sus ideas persecutorias; se han aislado cuanto han podido de cualquier contacto con el mundo exterior. El apartamiento de la realidad, junto con el predominio relativo y absoluto de la vida interior, es lo que nosotros llamamos autismo” (Bleuler, 1950 citado por Bettelheim, 1967, p. 529). Por su parte Bettelhiem, más cercano al postulado de Bleuler, considera el autismo como “la forma más grave de las psicosis infantiles” (Bettelheim, 1967, p. 557).

Respecto a la controversia del origen innato o adquirido del autismo, Bettelheim se posiciona del lado de la epistemología psicoanalítica freudiana. Ésta se interesa, sin desoír los argumentos biológicos, en averiguar la psicogénesis de las enfermedades mediante el método psicoanalítico. Así Bettelheim propone, como Freud lo hizo con otros trastornos, investigar el autismo desde la óptica de la investigación psicoanalítica de la enfermedad con participación del enfermo:

Si Freud estaba en lo cierto, entonces aprenderemos a comprender el autismo infantil si somos capaces de tratar a los niños autistas de formas paralelas al método de Freud, un método que le permitió tratar y explorar la naturaleza y la causa de la perturbación en un proceso simultáneo (Bettelheim, 1967, p. 554).

Siendo este método que el paciente pueda encontrar lo latente dentro de lo que le pasa en superficie. El autor sostiene firmemente que los niños autistas pueden conseguirlo y beneficiarse de ello:

Yo creo que el camino real que conduce a la comprensión de la enfermedad mental es el descubrimiento por parte del enfermo del sentido oculto y de la causa de su comportamiento manifiesto. (...) uno de los principales objetivos de este libro es demostrar que el niño autista es capaz de realizar este descubrimiento. También en él, el saber es desalienador (Bettelheim, 1967, p. 553).

Puede observarse que la propuesta de Bettelheim no es antiinnatista³⁸ sino que sostiene que el radicalismo innatista obtura la comprensión psicológica por impedir la formulación de la pregunta que desde la época de Freud se considera básica para la comprensión del comportamiento. Esta pregunta es: “¿por qué un sujeto se ha de comportar de esta manera precisamente y no de otra?” (Bettelheim, 1967, p. 530). Sin esta pregunta no se puede saber nada sobre los motivos del sujeto y conduce irremediabilmente al pensador hacia la argumentación de lo innato y quizá esto tenga consecuencias para el tratamiento³⁹ (Bettelheim, 1967).

Pero a los que pretenden salir de esta controversia entre lo innato y lo adquirido mediante la solución racional y políticamente correcta de la interacción entre ambos factores, el autor les responde que su propuesta no solamente es obvia, sino que es insuficiente por no postular causas o factores concretos:

Dado que todo el desarrollo de la personalidad, normal o anormal, proviene de las interacciones de un determinado capital hereditario con un ambiente concreto, decir que la interacción causa el autismo es una perogrullada, a menos, por supuesto, que aceptemos la hipótesis simple de que el autismo lo causa única o principalmente una deficiencia orgánica *sui generis*. Con eso no contestamos a la pregunta: ¿cuál es la herencia concreta y el factor ambiental específico que, en su interacción, crea el autismo? (Betteheim, 1967, p. 548).

Lo que el autor analiza es que sostener una causa neurológica específica tampoco descarta la hipótesis psicógena, principalmente porque es hartamente conocido que

³⁸ “En realidad, pienso que soma y psique están tan poco diferenciados al comienzo del desarrollo, que la controversia entre las hipótesis orgánica y psicogenética será y parecerá inútil en alguna otra época más ilustrada” (Bettelheim, 1967, p.552).

³⁹ Una de las cuestiones que más parece preocupar al autor sobre la radical postura innatista es que: “Siempre que se aborde el autismo infantil como una deficiencia innata, sea cual sea su variedad, las actitudes resultantes hacia el tratamiento serán derrotistas. En cambio, los que atribuyen el origen del autismo, al menos en parte, a la influencia del medio, serán más optimistas, pues admiten la hipótesis convincente, aunque no siempre válida, de que los daños provocados por el medio, el mismo medio podrá también repararlos” (Bettelheim, 1967, p. 554-555).

puede haber lesiones orgánicas por la falta de estimulación y además porque se ha demostrado que el tratamiento psicoterapéutico puede revertir cierta perturbación orgánica. Hace toda una declaración de principios afirmando que “si esta afección fuese un día curable mediante la farmacología o cualquier otra terapéutica no psicológica del sistema nervioso central, pondríamos entonces punto final a nuestros esfuerzos para curarla según principios psicológicos, pero no, ciertamente antes” (Bettelheim, 1967, p.551).

Teoría del desarrollo del psiquismo: la experiencia hace al hombre.

Bettelheim expone que las teorías psicoanalíticas del desarrollo infantil están ordenadas de acuerdo al mito de que la lactancia es la época de oro del ser humano. En ella la satisfacción de las necesidades iría por cuenta de otros, de manera que el bebé no necesitaría hacer nada por ni para sí mismo. Sin embargo el autor ve en el bebé y en el acto de lactancia mucha mayor actividad que autores psicoanalíticos clásicos como René Spitz y Donald Winnicott. Señala que para el bebé “lo que cuenta no es su dependencia real, sino la convicción de que sus esfuerzos son monumentales” (Bettelheim, 1967, p. 34). Como ejemplos de esta actividad o este amamantamiento activo son los movimientos de manos para agarrar el pecho o los movimientos de cabeza para encontrar el pezón. “Estos ejemplos muestran que el lactante es todo lo activo que le permiten el medio y su equipo biológico” (Bettelheim, 1967, p. 38). Para el autor este acto de lactancia supone un intercambio que puede generar o impedir la actividad autónoma del bebé. En este sentido lo importante es respetar las acciones del bebé sin dejar de dar los cuidados que este requiere. Y esto lo que va a determinar el complicado y delicado proceso de desarrollo del sí mismo donde la relación de mutualidad precede a la actividad autónoma (Bettelheim, 1967).

Lo que Bettelheim se pregunta en la introducción a su teoría es qué es lo que humaniza al ser humano, al bebé. Y partiendo de dos acciones básicas del bebé como es la sonrisa y el llanto afirma que la mera acción sobre el medio no es suficiente sino que “tiene que añadirse la capacidad de comunicar sensaciones y afectos y de experimentar una réplica emocional apropiada” (Bettelheim, 1967, p.48). Además tiene que añadirse una cierta influencia sobre la realidad (Bettelheim, 1967).

Es por ello que sostiene que la experiencia hace al hombre en tanto que:

Lo específico del hombre, creo, es sentir con convicción las experiencias concretas, como “yo he hecho esto, y mi acción ha cambiado las cosas”. Esta convicción conduce a la elaboración espontánea de la experiencia aprendida y de la personalidad, hasta que se llega finalmente a modificar, dominar, detener o controlar, según las decisiones de la personalidad en cuestión, series complejas de acontecimientos (Bettelheim, 1967, p. 84).

De modo que si se ha impedido el actuar del bebé y con ello la adquisición de la noción de relación causal, puede adquirirse el convencimiento de que no se controla el propio destino. Lo que solo da lugar a dos salidas: no hacer nada o crear un mundo imaginario donde sí se pueda controlar el propio destino. Otra posibilidad es que como en la época de lactancia no se conoce la causa y el efecto y se desconoce quién hace el acontecimiento, solo se perciben las emociones que este acontecimiento causa. De manera que si el bebé cree que los acontecimientos que generan algo penoso y destructor son suyos dejará de actuar. Pero en suma, la existencia de motivos para dirigirse a la inactividad hay muchos (intenciones suicidas, autoprotección por abandono o desafío al medio...etc.) el problema central es que esta inactividad hace que el sí mismo⁴⁰ pierda el contacto con el mundo exterior y se empobrezca de manera casi irreversible (Bettelheim, 1967).

El origen del autismo: La situación extrema.

Bettelheim encuentra un elemento común a todos los niños esquizofrénicos con los que ha trabajado en su carrera, y es el “miedo permanente por su vida” (1967, p. 101) cuyo origen estaría ubicado en una experiencia dolorosa de peculiares características.

“(…) todos los niños psicóticos sufren a causa de la experiencia de haber sido sometidos a unas condiciones de vida extremas, y que la gravedad de sus

⁴⁰ Bruno Bettelheim distingue entre sí mismo, yo, ello y superyó así como lo expone el traductor en la nota a pie de página que se va a reproducir a continuación: “El autor de la presente obra distingue entre el Self (“individualidad o esencia de la persona o la cosa”, como lo define el Oxford Dictionary, que nosotros traducimos como *sí mismo*, y que equivale al *Selbst* alemán y al *Soi* de los autores franceses, que a partir de 1927 reservaron el *Ça* para *Das Es*); el ego (“yo” castellano, *Ich* alemán, *Moi* francés); el id (“ello”, *es, ça*) y el Superego (“superyó”, *Überich, supermoi*). (...). El lector tendrá en cuenta, pues, para la presente obra, nuestras versiones de las formas inglesas del yo, a saber *Self* (sí, el individuo total), *ego* (yo, sujeto de la conciencia), *I* (yo, sujeto de la oración), *me* (yo, como acusativo o complemento en la oración)” (Bettelheim, 1967, p. 17-18).

perturbaciones está directamente relacionada con el momento en que aparecieron esas condiciones, su duración y el mayor o menor grado en que afectaron al niño” (Bettelheim, 1967, p. 101).

Esta experiencia de particular clima psicológico es denominada situación extrema y se caracteriza por “(...) imposibilidad de sustraerse de ella; su duración incierta, pero potencialmente para toda la vida; nada se podría predecir sobre ella; la vida misma estaba constantemente en peligro, sin que se pudiera hacer nada por impedirlo” (Bettelheim, 1967, p. 101). Este es el punto donde se anuda la experiencia de los prisioneros en los campos de concentración Nazi y el autismo para el autor. La experiencia vivida en los campos de concentración en la que los prisioneros desarrollaban toda la gama de reacciones esquizofrénicas, lleva a pensar que es la personalidad del reo la que determina la respuesta diferente al medio, ya que todos ellos habrían estado sometidos a la misma situación estresante. Lo mismo, señala el autor, se podría suponer para los niños estudiados por René Spitz (Bettelheim, 1967).

Pero lo que para el prisionero es el mundo exterior para el niño autista se puede suponer que representa el mundo interior y en cierto modo el mundo en general, ya que en las fases tempranas del desarrollo no habría una división tajante entre el interior y el exterior. Y si suponemos que el ambiente de estos niños está plagado de emociones negativas su correcta interpretación del medio les llevaría a concluir sobre lo inhóspito del mismo. Pero con una lamentable desventaja: no contar con otras experiencias positivas que contrarresten esta visión negativa del mundo. Lo que les arrastra a apartarse a la posición autista.

(...) la tragedia de los niños destinados a volverse autistas es que esa visión del mundo es, precisamente, correcta respecto a su mundo; y esto les ocurre a una edad en la que todavía no tienen otra experiencia más benigna que compense la negativa. Este hecho es la causa de la posición autista que adoptan, (...)” (Bettelheim, 1967, p. 105-106).

Así Bettelheim plantea: “la tesis que proponemos, pues, consiste en que el autismo infantil es un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir en una situación extrema y totalmente sin esperanza” (1967, p. 109).

Los orígenes de la situación extrema en la primera infancia pueden estar ligados a una patología grave de la madre, “pero esto no prueba ni que la madre cree el

proceso autista ni que los elementos específicos de su patología expliquen los de su hijo” (Bettelheim, 1967, p. 109) de manera que la atribución del origen del autismo a la teoría de una madre heladera⁴¹ debe quedar descartada. Señala que esta creencia procede del mito de que en el origen hay una perfecta simbiosis madre bebé y en consecuencia su ruptura es generadora de patología. Pero por el contrario Bettelheim sostiene que el proceso de individuación, de diferenciación, comienza en el momento del nacimiento (1967), teoría que como se puede entender se opone a la planteada por Mahler.

Una respuesta autista inicial puede tener un origen múltiple, pero es la cronificación de esta reacción autista la que va a depender de las respuestas del medio y con ello las respuestas de la madre, especialmente si se ve impelida a rechazar el rechazo de su bebé. Aunque sin dejar de resaltar que es la respuesta del niño la que determina la cualidad autista de la reacción (1967).

(...) la reacción autista inicial del niño se podría deber a una variedad de condiciones, pero el que la reacción temporal se haga perturbación crónica depende de la respuesta del medio. No obstante, la reacción original y el posterior comportamiento autista son respuestas espontáneas por parte del niño (Bettelheim, 1967, p. 111).

Pero para que se de el autismo como respuesta es necesario algo más que la negligencia paterna en el cuidado, es necesaria la experiencia de la situación extrema.

(...) su sintomatología era no solo una reacción a actitudes generalizadas de los padres, tales como el rechazo, la negligencia o repentinos cambios de estado de ánimo; además, en efecto, había una cierta actitud específica o un acontecimiento concreto, diferentes en cada niño, que creaban en ellos el convencimiento de que estaban amenazados de una total destrucción, la

⁴¹ La noción de madre heladera o madre nevera (*Refrigerator mother*), no tiene un origen muy cierto, pero ha sido atribuida a Bettelheim por la mayoría de los comentaristas de su obra (Artigas-Pallarès y Paula, 2010; Tustin, 1972) hecho que es cuestionado por la autora de la presente tesis ya que ese concepto no aparece como tal en ninguna parte de la obra de 1967. Esta teoría afirma básicamente que la causa del autismo se debe a un ambiente emocionalmente frío, en particular al aportado por los padres en contacto con el hijo. Silverman (2012), en la misma línea que la autora de la presente tesis, sostiene que fue una suerte de rumor o mito que se atribuyó al autor.

La noción más parecida sobre madre heladera que aparece en la obra de 1967 es la idea de refrigeración afectiva, pero Bettelheim la atribuye a Kanner y su colaborador diciendo: “en el mismo simposio (1955) en que yo sugerí que la esquizofrenia infantil podría ser una reacción a situaciones extremas, ellos (Eisenberg y Kanner) observaron que “la refrigeración afectiva ha sido una lotería que les ha tocado a todos los niños autistas (...)” (Bettelheim, 1967, p. 532).

impresión subjetiva de que vivían en una situación extrema (Bettelheim, 1967, p. 111).

Para el autor lo importante es que la esquizofrenia infantil es una reacción autónoma y su lógica es que si fuese inducida por una causa exterior cualquiera, esta reacción no tendría la autonomía ninguna. Además “(...) sería un grave error suponer que un padre cualquiera ha deseado crear una cosa como el autismo en su hijo” (Bettelheim, 1967, p. 112).

La dinámica del autismo: ¿por qué y cómo se instala una retirada autista tan masiva?

Vista desde afuera, la dinámica del autismo puede ser considerada una perturbación de la comunicación con los demás⁴². Una de las primeras comunicaciones se da en la época del amamantamiento y puede haber ya en este momento perturbaciones en el interactuar. Por diversos motivos como la angustia, malestar o incomodidad, el bebé puede decidir retirarse de la madre y del mundo y de por parte de la madre frustrada por esta retirada puede responder con ira o con indiferencia. Lo que a su vez provoque angustia en el bebé y que genere que el bebé construya un mundo que está basado en la indiferencia y la ira. En este punto lo grave del desequilibrio va a depender de la cualidad del desarreglo de la comunicación con el afuera. Según el autor, las razones de esta comunicación fallida es por un lado la interpretación incorrecta de las señales hostiles o angustiosas, o bien quizá, lo que se produzca es una interpretación de estas señales demasiado correctamente. El receptor puede emitir señales confusas como manera de devolver a los demás esta confusión que sienten o también es una manera de esconder sus verdaderos pensamientos (Bettelheim, 1967).

Visto desde dentro del sujeto, la perturbación en la comunicación se debe a una fuerte angustia. Esta angustia les llevaría primero a disminuir el contacto con el mundo exterior para posteriormente evitar el contacto con el mundo exterior y ya se pierde la confianza de poder relacionarse con el mundo. Así aparece un círculo vicioso donde la

⁴² Como se verá a continuación, en la tercera parte de la tesis, esta idea de definir o entender el autismo como una deficiencia en la comunicación será sostenida por Michael Rutter.

angustia lleva a la retirada de la realidad pero a su vez genera una angustia mayor que hace que la retirada sea mayor (Bettelheim, 1967).

El problema circular que se genera que si se corta la comunicación no se tiene un referente para interpretar la realidad y se tiene que basar en aspectos interiores. Pero esto a su vez le lleva a tener cada vez un juicio más restringido ya que no hay contacto con el exterior. Y si se abandona toda la comunicación se queda sin capacidad de obtener alguna guía que le ayude a orientarse a juzgar. “Una vida interior que no es convalidada por la experiencia exterior y organizada después gracias a dicha convalidación, será siempre caótica” (Bettelheim, 1967, p.123).

Tres estadios de la alienación de la realidad interior y exterior.

Por último Bettelheim plantea tres tipos de alienación de acuerdo al nivel que el niño tenga de contacto con la realidad y de capacidad de acción que haya logrado mantener. Para el autor “(...) según la edad y la fase de desarrollo en que se encuentre la retirada autista masiva, este abandono del contacto con el mundo sigue un orden inverso del que indicamos al enumerar los tres estadios de la alienación de la realidad interior y exterior” (Bettelheim, 1967, p. 119).

En el primero, el nivel más básico de funcionamiento mental, el sujeto habría abandonado toda la acción no reaccionando a su medio. Son niños que padecen de marasmo infantil y los niños autistas mudos, niños que “(...) ha retirado cualquier catexia de todos los aspectos de la realidad, interior y exterior” (Bettelheim, 1967, p. 118).

En el nivel intermedio se describe a un niño que todavía actúa pero no tiene interacciones con su medio, no teniendo más motivación para la acción que la propia angustia. “Ha retirado su catexia del medio, pero no de sus procesos psíquicos internos, pese a que también éstos están subcategorizados” (Bettelheim, 1967, p. 118). Esta descripción concuerda con niños autistas que conservan el habla pero que tienen a su vez una conducta colérica y destructiva.

En el nivel inicial, sería aquel en el que el niño está encerrado en una lucha a muerte con su entorno que le parece agresivo, hostil, negativo. “Aunque sigue

actuando, lo hace principalmente según sus procesos psíquicos internos, que ha supercatectizado” (Bettelheim, 1967, p. 119). La visión que estos niños tienen de la realidad está deformada y su personalidad herida, pero han mantenido la capacidad de actuar. Aunque si bien sus acciones no son efectivas ya que al basarse únicamente en su interior desorganizado no hay eficiencia a la hora de modificar la realidad. Dice que los niños característicos en este nivel son los esquizofrénicos.

**El autismo como reacción traumática frente a la separación temprana:
Frances Tustin.**

El autismo como sinónimo de autismo secundario encapsulado.

Frances Tustin⁴³ en su libro *El cascarón protector en niños y adultos* (1990) deja de dar importancia a las distinciones clasificatorias anteriores⁴⁴ y centra su producción

⁴³ Frances Tustin (1913-1994) es una maestra y psicoanalista que destaca por su trabajo clínico con niños diagnosticados como autistas. Su interés en el tema comenzó en 1954 cuando hizo una estancia anual en el centro James Jackson Putnam de Boston donde entre, otras tareas, visitó las casas de niños diagnosticados con autismo. Allí es donde conoció a Margareth Mahler y a Leo Kanner, así como a sus respectivos equipos. Años antes en los 50 había comenzado su formación clínica en la Clínica Tavistock de Londres. Para cumplir con el requisito de formación en psicoanálisis, emprendió un análisis personal con Wilfred Bion, con el que prolongará su análisis por más de catorce años. También contó con Donald Meltzer y H. Rosenfeld como analistas supervisores (Balbuena Rivera, 2014).

⁴⁴ Es importante precisar que Tustin en su primera parte de producción teórica, muy altamente influenciada por Mahler, usa el término autismo en el sentido de fase normal del desarrollo, incluso directamente como sinónimo de narcisismo; y como síndrome patológico. Laplanche y Pontalís definen el narcisismo como “El narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo. El narcisismo secundario designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objétales. Estos términos tienen, en la literatura psicoanalítica, e incluso en la misma obra de Freud, acepciones muy diversas, lo que impide dar una definición unívoca más precisa que la que proponemos” (1967, p. 230). Ella consideraba la existencia de un autismo primario normal como la primera fase de desarrollo del bebé. Si algo bloqueaba el desarrollo aparecía el autismo primario anormal del que podía derivar o bien un autismo secundario encapsulado, o bien, un autismo secundario regresivo; el primero análogo al autismo descrito por Kanner y el segundo al fenómeno de esquizofrenia infantil. Esta teoría fue planteada en el libro *Autismo y Psicosis Infantiles* (1984). Posteriormente ella centra su teoría en el autismo psicógeno, lo que en un primer momento de su obra llamó autismo secundario encapsulado pero de base psicológica, es decir reduce sus explicaciones teóricas a este fenómeno y desatiende los fenómenos externos que lo causan. En esa parte de la obra considera el autismo como la reacción frente al trauma de apercibirse tempranamente de la separación de la unidad madre bebé. Además en esa segunda parte de su obra postula la existencia de un caparazón autista que se forma como resultado de ese reacción al trauma y el encapsulamiento como mecanismo muy primitivo, es decir como una reacción

teórica en el autismo secundario encapsulado de origen psicógeno, lo que para Kanner es el autismo precoz infantil, y que ahora para ella describe el autismo propiamente dicho. Es decir el término autismo pasa a denotar únicamente lo que antes llamaba autismo secundario encapsulado. Quizá este cambio sea debido a que por esta época ya se vislumbraban las dificultades que el diagnóstico psiquiátrico atraviesa a la hora de hablar de autismo. La confusión y dificultad de distinguir entre autismo y el resto de diagnósticos diferenciales están provocados por el error de sostener el diagnóstico únicamente en base a características externas. Para la autora lo crucial es “estudiar las reacciones subyacentes que dan origen a las características externas” (Tustin, 1995, p. 677), para aportar una hipótesis que ordene y unifique los fenómenos externos que parecen no tener relación y a su vez permita explicar la naturaleza de los bloqueos del desarrollo psicológico que provoca el autismo (Tustin, 1995).

Tustin sostiene que “el autismo patológico es una reacción psico-química, neuromental, frente al trauma. (...). Como ocurre con todas las psicosis, el autismo patológico es un uso exagerado y aberrante de procesos normales” (1995, p. 683). Ese trauma consiste en “(...) una reacción frente a la percatación traumática de separación respecto de la madre amamantadora y dadora de sensaciones” (Tustin, 1987, p. 34).

Si bien Tustin coincide con Kanner en la observación de ciertas características descriptivas externas como mutismo, ecolalia o la evitación de la relación con los demás, sostiene que todas ellas constituyen una fachada defensiva frente a ese trauma temprano (Tustin, 1995).

Es por esa hipótesis que sugiere que la psicoterapia con estos pacientes se orienta a:

(...) ayudarlos a recorrer procesos primitivos de duelo que remedien la herida de su prematuro sentimiento de pérdida, y a aflojar las tensiones asociadas al trauma, de suerte que empiecen a aplicar sus capacidades, de las que tienen buena dotación por lo común. Se trata de un procedimiento muy realista y no sentimental (Tustin, 1987, p. 35).

psicofísica de protección. Otra de los elementos que constituye ese caparazón autista son los objetos autistas y las figuras autistas de sensación.

El caparazón autista: objetos autistas y figuras autistas de sensación.

Las consecuencias psicológicas de la reacción autista al trauma temprano son el desarrollo de sensaciones corporales autogeneradas que constituyen lo que se conoce como caparazón o coraza autista. Este permite mantener un ambiente estable y predecible, junto con una sensación de protección, pero disminuyendo la percepción del medio y de sí mismo así como del cuerpo propio. Traen como consecuencia la reducción de los pensamientos y los sentimientos y en general un retardo en el desarrollo (Tustin, 1987).

No hay conciencia de estar dentro del caparazón; la sensación importante es la de estar escondido, cobijado y protegido. (...). El caparazón autista impide la entrada de toda la conciencia de otros cuerpos, como también del propio. De esta manera se impide el tener conciencia de la separación corporal (Tustin, 1995, p. 683).

Otra de las consecuencias psicológicas de ese trauma temprano es la pérdida del sentido de ser y el acecho insoportable del no ser, que se vivencia como un agujero negro.

Toda esta amenaza de no ser, de aniquilación, es contrarrestada por los niños autistas por medio de las prácticas autogeneradas que constituyen el caparazón autista. "(...) he definido estas prácticas reactivas no conceptualizadas aún como "objetos autistas" y "figuras autistas", o "sensación objeto" y "sensación figura"" (Tustin, 1995, p. 681).

Los objetos autistas son objetos que son sentidos como partes del cuerpo del sujeto, con la peculiaridad de taponar el desarrollo.

Una de las principales funciones del objeto autista es la de excluir la conciencia de la separación corporal. Se usa su cualidad, por ejemplo la consistencia, para aferrarse a ella con fuerza y sentirse fuerte, impermeable, a salvo y seguro (Tustin, 1990). Así el modo de relacionarse con ellos hace que las sensaciones

que generan como “la dureza, la impenetrabilidad, y la girabilidad de los objetos va a volverse parte de su cuerpo (...)” (Tustin, 1995, p. 681).

Su origen comienza como “un racimo duro de sensaciones táctiles, obtenidas de sensaciones en el cuerpo del propio sujeto, tal como heces en el ano, la lengua dura enrollada, o puñados duros de carne del interior de las mejillas” (Tustin, 1995, p. 681).

Son el prototipo de objetos que se usarán después en el desarrollo, objetos duros como locomotoras o cochecitos, juguetes que los niños autistas van a sentir como parte de su cuerpo (Tustin, 1995).

Otro procedimiento autogenerado que constituye el caparazón autista son las figuras autistas o figuras autistas de sensación. Éstas son sensaciones táctiles generadas por diferentes actividades táctiles sobre superficies del cuerpo del sujeto o sobre objetos externos, y son sentidas además como parte de la superficie corporal del sujeto con la función de hacer desaparecer la conciencia de la individualidad de los cuerpos (Tustin, 1995).

Debido a que las figuras tridimensionales devuelven a estos niños la noción de separación corporal, viven en términos de superficies planas en el sentido de experiencias en dos dimensiones. Por ese motivo no hay conciencia del interior de los objetos, ni de la tridimensionalidad de los mismos.

Las figuras autistas están creadas a partir de la sensación de los bordes alrededor de superficies planas. Espirales de sensaciones táctiles son sentidas flotando alrededor de superficies corporales de manera consoladora y calmante. Son tranquilizantes. De este modo se evita el doloroso reconocimiento de la individualidad de los cuerpos (Tustin, 1995, p. 682).

El origen de estas sensaciones táctiles autogeneradas procede de manierismos nerviosos como hamacarse, moverse con inquietud, y de actividades táctiles como “(...) acariciar, pincelar, frotar, encastrar y hasta dibujar y pintar, sobre superficies lisas, tanto las del propio cuerpo del sujeto, como la de aquellos objetos externos sentidos como partes de la superficie corporal del sujeto” (Tustin, 1995, p. 681-682).

Estas figuras autistas no tienen relación con los objetos reales, sino que son idiosincráticas. Siguiendo la lógica winnicottiana podrían llamarse figuras subjetivas ya que "(...) no son figuras clasificadas, asociadas con objetos específicos, ni son sentidas en términos de relaciones espaciales como lo son las figuras objetivas" (Tustin, 1995, p. 682).

La diferencia con los objetos autistas, estáticos y rígidos, es que las figuras autistas se caracterizan por ser evanescentes, por fluir, por tener contornos pegajosos o resbaladizos (Tustin, 1990). Unos se caracterizan por "generar sensaciones de dureza como la de objetos, y sensaciones de blandura como la de figuras" (Tustin, 1995, p. 125).

"Los objetos y las figuras autistas, son ambos alucinaciones táctiles" (Aulagnier, 1985, citado por Tustin, 1995, p. 682). Sirven para generar la ilusión de estar resguardado en un caparazón protector que protege contra el miedo o terror de no ser pero con la desventaja de bloquear el desarrollo psicológico (Tustin, 1995).

Funciones y consecuencias del caparazón autista

Una de las funciones del caparazón protector está inspirada en las reflexiones de David Rosenfeld y Yolanda Gampel. Ellos plantean que el encapsulamiento psicológico que caracteriza a los supervivientes del Holocausto, sirve para guardar la experiencia traumática para ser elaborada en otro momento más propicio para ello (s.f., citado por Tustin, 1995). Usando esta propuesta Tustin señala que el caparazón autista "(...) preservó el trauma de la separación corporal con la madre que amamanta. Esto significa que puede ser re-evocada en la transferencia infantil, y elaborada en psicoterapia" (1995, p. 682).

El fenómeno característico de los supervivientes estudiados es el estrechamiento de conciencia y no la represión del suceso traumático. La reducción voluntaria de la atención sobre los estímulos y situaciones del medio, preservaba su salud mental al

excluir la amenaza de daño físico a la que continuamente se veían expuestos. Algo similar puede observarse en el comportamiento de los niños autistas cuando fijan su atención en los objetos autistas, aunque en la analogía habría que excluir la voluntariedad de este proceso. Así el estrechamiento de conciencia se convierte en una forma de protección, en un recurso psíquico. De manera que “una encapsulación y no una represión es la convocada para socorrer a un cuerpo que se siente vulnerable a tal punto que lo amenaza su extinción” (Tustin, 1990, p. 173).

Lo que le lleva a concluir que “la encapsulación autista parece ser una precursora concretizada elemental de la “represión”, de la “desmentida” y del olvido. La veo como una reacción protectora psico-física, más bien que como un mecanismo de defensa psico-dinámico” (Tustin, 1990, p. 174).

Otra de las consecuencias del uso de las prácticas autogeneradas que caracterizan el caparazón autista (objetos y figuras de sensación), es la alteración en la percepción y la formación de conceptos. La percepción se ve alterada por la configuración anormal de la percepción a distancia, la visual y auditiva, debido a la predominancia del sentido del tacto. Esto trae como consecuencia directa el uso no habitual de la percepción auditiva y visual, haciendo que en muchas ocasiones sean diagnosticados como ciegos o sordos (Tustin, 1995).

A lo largo del desarrollo, todo bebé percibe una tensión sobre la separación corporal con su madre, que se torna crítica a lo largo del crecimiento. En el desarrollo normal, los símbolos mitigan y contienen esa tensión, pero este recurso es bloqueado en los niños autistas por no tener ninguna conciencia de la separación corporal. Las prácticas autistas, objetos y figuras, parecen bloquear los modos protomentales de experimentar la falta o la pérdida. Lo que impide la realización de un duelo por los objetos perdidos y anula cualquier estímulo que permita la construcción de símbolos para representar aquello que ya no está. El problema es que “el simbolismo es la base de todos los talentos” (Klein, 1930, citado por Tustin, 1995, p. 124) por lo que el bloqueo de esto es casi el bloqueo del desarrollo de la persona.

La dinámica que pone en marcha aquello que Tustin describe como autismo recuerda a la dinámica de un círculo vicioso donde el caparazón que se usa para protegerse de la conciencia de separación corporal, impide, con el uso de objetos y figuras autistas, desarrollar capacidades perceptivas y cognitivas que le ayudarían a

salir de ese estado autista y a progresar en el desarrollo. Por lo que pagan un precio muy alto por la autoprotección.

Recapitulación de aportes y efectos en el DSM

La aportación que en general hacen los autores psicoanalíticos a la psicopatología del autismo es la de desarrollar sus propias definiciones y teorías explicativas siguiendo la línea que deja Kanner. A nivel terminológico, no todos usan de forma estricta la palabra autismo para hablar del fenómeno clínico que pretenden desarrollar. Por ejemplo Bettelheim la usa de manera indistinta con esquizofrenia y psicosis infantil. En el caso de Winnicott es especial, ya que prefiere usar solo la denominación esquizofrenia infantil. Mahler y Tustin son un tanto más originales pues combinan el término con otras palabras para usar su propia denominación: psicosis autística y autismo secundario encapsulado, respectivamente. Respecto a los significados del término autismo vemos que cada uno de los autores propuestos elabora el suyo propio.

En general a la hora de clasificar el síndrome patológico que designaría el término autismo, los cuatro respetan la clasificación del fenómeno clínico patológico dentro de las psicosis, es decir no lo ubican en las perversiones o por ejemplo en las alteraciones del carácter. Aunque Winnicott y Bettelheim no ven necesarias la distinción entre psicosis y autismo como fenómenos clínicos diferentes, Mahler y Tustin, son en ese sentido un tanto más kannerianas, y se decantan por ubicar la psicosis autística en una fase del desarrollo previa a la psicosis o esquizofrenia infantil clásicas.

Otro de los aportes en este sentido es que si bien no todos descartan el origen genético o biológico del síndrome, por lo general aclaran que del tipo de autismo al que se refieren o del que se van a ocupar es psicógeno⁴⁵. En este sentido por muy alocado que suene hoy, ellos teorizaron en la época de la Segunda Guerra Mundial

⁴⁵ Michael Rutter en 1999 hizo una serie de observaciones y estudios en orfanatos en Rumanía donde encontró a niños seriamente privados en los 6 primeros meses de su desarrollo. Con estos datos publica un estudio donde habla de la presencia de un fenómeno muy similar a las manifestaciones sintomáticas DSM-IV del autismo, que él denomina quasi-autismo, un fenómeno clínico de origen puramente ambiental. (Evans, 2013). Más allá de la ejemplificación de la existencia de teorías actuales sobre los efectos que producen en el desarrollo la privación ambiental, lo que llama la atención es la lógica del autor. Él sostiene que la privación ambiental puede afectar en los 6 primeros meses de su desarrollo, y a la vez rechaza radicalmente la idea de que esto pueda ser una posibilidad en el autismo.

donde especialmente Europa fue un territorio donde se vio y vivió mucho sufrimiento. Tampoco olvidemos que en su mayoría proceden de familias judías y estaban al tanto de lo que había pasado en los campos de concentración y las consecuencias que esto producía. Por lo que no es de extrañar que centrasen sus aportes haciendo estos énfasis. Al respecto, hay que aclarar que otra cosa es lo que opinan los psicoanalistas en la actualidad tras el descubrimiento de que todo lo relacionado con lo psicológico puede tener su correlato cerebral y genético.

En síntesis se puede sostener que por la propia base epistemológica del psicoanálisis, los autores tienden a hacer sus aportes más orientados hacia la psicopatología dinámica más que a la descriptiva, mezclando un poco ambas, ya que la descripción de los síntomas en muchos de ellos es una tarea que no tiene tanta importancia como la explicación de cuál es el mecanismo que los genera. Esta necesidad explicativa se ve reflejada especialmente en los autores que sostienen que la los desarrollos en psicopatología deben estar sustentados dentro de una teoría del desarrollo normal, por lo que no sorprende que algunos de ellos hayan usado el término autismo como sinónimo de fase muy temprana del desarrollo del niño, así como el hecho de usar el término como un mecanismo de defensa.

El autismo en el DSM-I y DSM-II.

La primera y segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales, estaba influido por la tradición psicopatológica de la época. Esta influencia se refleja en que el término autismo tanto en la primera y segunda edición del manual, es usado como sinónimo de síntoma de la esquizofrenia como se verá a continuación.

La primera versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM)*, se publicó en 1952. Esta edición denomina autismo infantil a “reacción esquizofrénica de tipo infantil” (APA, 1952 citado por Artigas-Pallarès y Paula, 2012, p. 578), entendiéndola como un síntoma y no como una categoría diagnóstica con entidad propia.

La segunda versión, el *DSM-II*, publicada en 1968 contempla al autismo como un rasgo de la esquizofrenia, la llamada “Esquizofrenia infantil” (Acta, 1969, p.57). La

modificación conceptual para la noción de autismo entre ambos manuales es mínima aunque otorga al autismo una suerte de entidad en la aparición ligada a la de la esquizofrenia. Se pasa de considerarlo como una simple reacción esquizofrénica, a catalogarlo como un rasgo, una propiedad de la esquizofrenia. En el *DSM-II* se describe como:

(...) casos en los cuales los síntomas esquizofrénicos aparecen antes de la pubertad. La entidad puede manifestarse por conducta autista atípica y retraída; incapacidad para desarrollar una identidad separada de la materna; desigualdad general; inmadurez grosera y desarrollo inadecuado. Estos defectos del desarrollo pueden conducir a retardo mental, en cuyo caso debe agregarse el diagnóstico correspondiente (Acta, 1969, pp. 57-58).

De ambas ediciones es rescatable la poca influencia que la definición que Kanner hace del autismo aporta a la psicopatología descriptiva. A continuación, en la tercera parte de la tesis, se seguirá la línea temporal a partir de los años 60, pero explorando los aportes de la psicología cognitiva y la neurociencia.

Tercera Parte: La contribución de la neurociencia

Según Erick Kandel⁴⁶ y colaboradores “la tarea de la Neurociencia es aportar explicaciones de la conducta en términos de actividades del encéfalo, explicar cómo actúan millones de células nerviosas individuales en el encéfalo para producir la conducta y cómo, a su vez, estas células están influidas por el medio ambiente, incluyendo la conducta de otros individuos” (Kandel, Schwartz & Jessell, 1996, p. 5-6).

⁴⁶ Erick Kandel es graduado en historia y literatura por la Universidad de Harvard así como médico por la Universidad de Nueva York. Entre muchos de sus logros destaca por habersele concedido el Premio Nobel en el año 2000 en el área de Fisiología y Medicina, por sus descubrimientos respecto a la transducción de señales del sistema nervioso.

Los orígenes de esta colaboración de disciplinas pueden remontar hasta la frenología de Joseph Gall (1757-1828), pero para el tema que concierne aquí basta decir que la neurociencia es la “convergencia de la psicología cognitiva moderna y de las ciencias del cerebro” (Kandel, Schwartz & Jessell, 1996, p. 19), como la farmacología, la bioquímica y la patología, que permite establecer las bases biológicas de la conducta, y en este caso particular, las del autismo.

Esta nueva disciplina científica colorea la mayoría de los experimentos científicos que están relacionados con la psicopatología y el autismo y tiene:

(...) un nuevo entusiasmo en la convicción de que al menos tenemos los conceptos idóneos y los instrumentos metodológicos (psicología cognitiva, técnicas de neuroimagen y nuevos métodos anatómicos) para explorar el órgano de la mente. Con estos instrumentos y esta convicción llega el optimismo de que los principios subyacentes a la biología de la función mental se comprenderán con el tiempo (Kandel, Schwartz & Jessell, 1996, p. 20).

Pero para la presente tesis se hace imprescindible responder a la pregunta de cómo se llegó desde la psicopatología descriptiva de corte racionalista, a la psicopatología neurocientífica de la actualidad, tal como acaba de exponerla Kandel. Para comprenderlo, hay que regresar a la época de los cincuenta a la isla de Gran Bretaña y estar abiertos al salto de continentes, pues esta historia se desarrolla entre los EE.UU. y el Reino Unido.

Como la epidemiología cambió la noción de autismo

La aparición de la Ley de Salud Mental en Gran Bretaña de 1959 inauguró una era de desinstitucionalización de personas con problemas mentales. Impulsando un proceso que traería consecuencias inesperadas para la psicopatología de la época, demostrando una vez más en la historia como lo que llaman ciencia puede ser influido y casi determinado por factores externos a ella. Este caso se constituye como un buen ejemplo de cómo una disciplina ajena a la psicopatología, el derecho, influyó de manera determinante en lo que se refiere a la práctica de la disciplina y las exigencias en la nosología.

Este proceso de desinstitucionalización dio lugar a una suerte de caos en tanto que abruptamente surgió una exigencia de integración en la comunidad de estas

personas, por lo que para una asignación de recursos de manera eficaz hubo un esfuerzo científico-social centrado en realizar una epidemiología psiquiátrica. En 1958 se inaugura la unidad de Investigación de Psiquiatría social del Hospital Maudsley, lugar que se convirtió en un centro pionero de la investigación en salud mental y especialmente en investigación en esquizofrenia y autismo. En esta época, la mayoría de la investigación estaba influenciada por la línea teórica de Hans Eysenck (1916-1997), en ese momento director del departamento de psicología. Este psicólogo sostuvo que la investigación en clínica debe ser experimental y basada en la observación y no en análisis de casos o autoanálisis, ya que esto para él son meras especulaciones. Recordemos que es Eysenck el que publica el famoso experimento en el que dice demostrar que no recibir ningún tipo de terapia es mejor que ser tratado por el psicoanálisis. Por la época, hay otros investigadores destacados como Jack Tizard, Beate Hermelin y Neil O'Connor⁴⁷, los cuales realizaron análisis estadísticos midiendo únicamente el comportamiento y convirtiéndose en pioneros de la elaboración de modelos teóricos usando datos estadísticos (Evans, 2013).

Por esos años Mildred Creak, de la que se habla en capítulos anteriores como contemporánea a la línea de teóricos británicos como Klein, Anthony, Isaacs... etc., presidió la llamada *British Working Party* de 1961 una reunión de profesionales en la que se establecieron una serie de criterios diagnósticos para la esquizofrenia infantil. Estos fueron:

1. Deterioro grave y sostenido de las relaciones afectivas con personas.
2. Aparente falta de conciencia de su propia identidad personal.
3. Preocupación patológica con objetos particulares.
4. Resistencia sostenida al cambio en el medio ambiente.
5. Experiencia perceptiva anormal.
6. Ansiedad aguda, excesiva y aparentemente ilógica.

⁴⁷ Hermelin y O'Connor son conocidos por aplicar por primera vez medidas estadísticas para realizar hipótesis psicopatológicas en niños. Así en 1963, basándose en los criterios de Creak para identificar el autismo o esquizofrenia infantil y en los test de inteligencia para diferenciar en la muestra el retraso mental, hicieron experimentos de manejo sensorial. Algunos de los resultados obtenidos son que los niños psicóticos tenían mayores dificultades para integrar la información sensorial, que los controles, los que padecían retraso mental. Además, estos niños desarrollaban una preferencia por lo táctil y lo visual y tenían dificultad para delegarla en lo auditivo, sin embargo, los niños con retraso no tenían ninguna preferencia. Por ello concluyeron que los niños autistas/esquizofrénicos quedaron anclados en las primeras etapas del desarrollo en lo sensorial, no estando esto relacionado con el nivel de desarrollo de la inteligencia (Evans, 2013).

7. Lenguaje que puede haber sido perdido o nunca adquirido.
8. Distorsiones en los patrones de motilidad.
9. Un fondo de retraso grave en la que islotes de la función normal o excepcional pueden aparecer (Creak, 1961 citado por Evans, 2013, p. 14).

La innovación de Creak es proponer que los científicos, investigadores y psiquiatras se pusieran de acuerdo para tener unos criterios diagnósticos compartidos en esquizofrenia, con los que se facilitara el camino para los estudios de población (Evans, 2013).

Victor Lotter⁴⁸ es conocido en el ámbito de la psiquiatría infantil por realizar la primera investigación en masa para obtener un porcentaje de la tasa de autismo en la población general en Gran Bretaña en 1966. Para lo que nos interesa en la presente tesis, será el precursor del cambio de la definición del término autismo usando criterios de la investigación epidemiológica. Para realizarla, usó los criterios de esquizofrenia de Creak, porque como se viene señalando a lo largo de la presente tesis por esta época esquizofrenia infantil y autismo eran usados como sinónimos. De ellos realizó unas modificaciones, por considerar que esos puntos debían ser adaptados, ya que por un lado no eran puramente observaciones del comportamiento de los niños y además consideraba que incluían opiniones subjetivas sobre los sentimientos de los niños. Frente a estas correcciones Creak respondió que es imposible usar criterios netamente comportamentales si se quiere llegar a la esencia de lo planteado por Kanner, o sea, a la incapacidad de relacionarse afectivamente con los demás. Pero Lotter, siguiendo la lógica teórica de Michael Rutter, en el sentido de que considera que es más importante unos buenos criterios de corte, descartó el criterio 2 “aparente inconsciencia de su propia identidad personal” y dijo que se podía dar como sobreentendido con los otros criterios. Además reemplazó el criterio 9 “islotes de capacidad” por no poder medirse cómodamente. Así elaboró 24 ítems para la medición, que él mismo consideró como descriptores conductuales adecuados para la condición de autismo⁴⁹. En este mismo estudio él dice que el adjetivo autista se ha

⁴⁸ Victor Lotter trabajó en el Medical Research Council Social Psychiatry Unit en el Instituto de Psiquiatría de Londres (Wing, 1993).

⁴⁹ Los descriptores se dividían en: habla (lenguaje no usado para la comunicación, reversión de pronombres, ecolalia, repetición de frases), comportamiento social (evitación social, soledad, ignora niños, distante, camina a través de la gente), todos los movimientos particulares (girarse a sí mismos, saltos, aleteo, caminar de puntillas, otros marcados manierismos), audición (se comporta como sordo, se cubre oídos, angustia ante el ruido), rituales o repeticiones (modas complicadas de alimentos, hace líneas y patrones con objetos, gira objetos, otro ritual complicado, llevar golpear girar o objetos, insistencia en la

utilizado como una etiqueta descriptiva y que intencionalmente autismo no indica el autismo de Kanner. Advierte que usará la palabra autismo sin el adjetivo infantil para los niños que cumplan los criterios comportamentales usados para seleccionar los casos. Los resultados que obtuvo fueron una prevalencia de 4.5 por 10.000 (Evans, 2013).

Este estudio fue histórico ya que la necesidad de crear criterios medibles de comportamiento hizo que los ítems que conforman la descripción del término autismo cambiasen oficialmente la definición del síndrome original descrito por Kanner, ya que como puede verse en la tabla 5 (Ver Tabla 5, ANEXO I) desaparecen los criterios: aislamiento afectivo e insistencia en la igualdad; además estas cuestiones son reconocidas por el propio Lotter como se indicó anteriormente. La paradoja es que el primer estudio científico epidemiológico en masa que pretendía hacer una medición de la prevalencia de autismo en la población, desligó el significado del término autismo del original descrito por Kanner, por un significado ampliado conformado por una serie de ítems puramente comportamentales.

Es interesante resaltar en este momento que una de las consecuencias que las investigaciones poblacionales del autismo generaron son, la difusión y proliferación de teorías del desarrollo basadas únicamente en el comportamiento, convirtiéndose en la puerta de entrada a la psicopatología de corte empirista, que con sus correspondiente evolución derivará en la actual neurociencia. Obsérvese que este planteo es absolutamente diferente a la tradición científica que se estaba haciendo en la época, por ejemplo por autores como Klein, Isaacs y Anthony. Éstos intentaban observar cómo el concepto de relación con la realidad emergía en la infancia, por lo que intentaban comprender cómo cada niño se relacionaba con los objetos y con las personas de su entorno. Mientras que estudios del tipo de Lotter, miden el desarrollo infantil y sus anormalidades en términos de variables de comportamiento dentro de una población total. Haciendo que por ejemplo la población de Gran Bretaña haga de norma, hace de lo normal. Del mismo modo, el estudio de cómo un niño responde a ciertos estímulos es sustituido por cómo una población responde a esos mismos estímulos. Es por ello, que las preguntas de cómo, por qué o cuándo las relaciones humanas o las capacidades del niño de imaginar y fantasear se vuelven patológicas,

igualdad con objetos o insistencia en la igualdad con eventos). (Ver ANEXO II). (Lotter, 1966, citado por Evans, 2013, p. 16).

desaparecen de este modelo lo mismo que lo hacen las alucinaciones, por ser no ser estas últimas una conducta observable.

Otra de las consecuencias fundamentales de las investigaciones poblacionales es que no solamente se deshacen de la definición original del autismo realizada por Kanner, como según afirman el propio Lotter, por no ser estos signos observables. Si no que como señala Bonie Evans (2013), se deshacen de toda la tradición de la psicopatología basada en los desarrollos de Bleuler, que habían sido seguidos por Klein, Anthony y hasta la propia Creak, desde los años 20 hasta los 60. La diferencia entre estos últimos es que Bleuler usa el término autismo para indicar la retirada esquizofrénica a una florida fantasía, mientras que Klein y Anthony sostienen la presencia de fantasía en el bebé como parte de su pensamiento temprano normal. La otra postura, la defendida por Lotter y Michael Rutter, se abstiene de sostener la presencia de fantasía, imaginación o alucinaciones en la mente del niño, entre otros motivos por no poder ser observado en los experimentos. Diferente a esto es lo sostenido por la corriente psicoanalítica norteamericana, donde si bien no apoyan la presencia de la fantasía del bebé, sí consideran que esta irá apareciendo a lo largo del desarrollo del niño y que el autismo es más bien una detención del desarrollo en esas primeras etapas de indiferenciación y repliegue.

En los 60 y los 70 muchas estadísticas analizaron y evaluaron la esquizofrenia y sus causas, excluyendo el pensamiento alucinatorio de bebés. Israel Kolvin (1971) intentó testear la hipótesis de Anthony en la que sostenía que los trastornos psicóticos dependen de la edad del comienzo del proceso. Así separó a los psicóticos en dos grupos y dividió la fenomenología de acuerdo con la edad. Kolvin estableció una regla investigativa en la que no se puede atribuir fantasías en niños que no tienen palabras para describirlas. Así sus conclusiones no sorprenden demasiado pues fueron que los niños más grandes tienen alucinaciones, mientras que los menores de tres años de los que sufren es de un severo retraso y otras anomalías del lenguaje así como pobres relaciones con los demás, más que alucinaciones. Las consecuencias del difundido estudio son que se excluyeron las posibilidades de que los niños con autismo y otros niños jóvenes tuviesen pensamiento alucinatorio. Rutter y otros importantes investigadores del hospital Maudsley, sostienen que se deben eliminar las alucinaciones no tanto porque no crean que están en el síndrome e influyan, sino porque habrían interferido las investigaciones epidemiológicas.

La nueva línea de investigadores poblacionales se vio muy influida por el trabajo de Kolvin y sus estudios fueron replicados llegando a conclusiones similares (Rapoport, 2009 citado por Evans, 2013). De hecho, su estudio es citado generalmente como prueba de que no hay alucinaciones en niños, e incluso su influencia llegará a la redacción del DSM-III (APA, 1980), como se verá en el siguiente capítulo. Pero para lo que atañe al término autismo, hay que resaltar que la desaparición de la alucinación infantil del panorama psicopatológico, se convierte en otro de los motivos por el cual esos investigadores comenzaron a ver en el autismo un trastorno de la comunicación, en lugar de un trastorno psicótico. Aparece la búsqueda de déficits relacionados con el autismo, haciendo que por un lado emerja el estudio de los déficits y trastornos del lenguaje específicos, tanto por su similitud como en su diferenciación con el autismo. La necesidad de que el niño tenga que hablar de alucinaciones para que sean consideradas en los experimentos, cosa que no ocurre en la psiquiatría de adultos, determinó y transformó los derroteros de la psiquiatría infantil desde mediados del siglo XX. Metodología que abre la brecha histórica entre psicólogos y psiquiatras influidos psicoanalíticamente y los que comienzan a adherirse al incipiente cognitivismo y sus modelos del procesamiento de la información, que a la postre van a constituir el modelo teórico explicativo para el autismo⁵⁰ (Evans, 2013).

El autismo como un trastorno del lenguaje: Michael Rutter

⁵⁰ Esta brecha nosológica y etimológica se refleja muy claramente en las acepciones recogidas por el *Diccionario de la Real Academia Nacional de Medicina* para la palabra autismo: “1 [ingl. autism] s.m. Trastorno fundamental de la esquizofrenia que consiste en un retraimiento extremo de la vida social y de sí mismo, y en el que el pensamiento se hace egocéntrico, subjetivo y se separa del reconocimiento del realismo y de la objetividad del mundo exterior. 2 [ingl. infantile autism] s.m. [CIE-10: F84.0] Discapacidad compleja del desarrollo que normalmente aparece durante los tres primeros años de vida y que es el resultado de un trastorno que afecta al funcionamiento cerebral normal e incide en el desarrollo de áreas de interacción social y habilidades de comunicación. Se caracteriza por un tipo de comportamiento anormal que modifica la interacción social, la comunicación verbal y no verbal y la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. Son bastante frecuentes las autoagresiones, sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave. El trastorno predomina en los varones con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que presenta en las niñas. Sin.: autismo infantil, autismo infantil precoz, autismo de Kanner, autismo precoz, síndrome de Kanner, trastorno autista, trastorno generalizado del desarrollo [2]. Obs.: No debe confundirse con → trastorno generalizado del desarrollo [1]. SIN.: trastorno autista.” (RANM, 2012).

En 1965 aparece en escena Michael Rutter⁵¹ al hacerse profesor titular de Psiquiatría Infantil en el Instituto de Psiquiatría del Hospital Maudsley, cargo que anteriormente ocupaba Anthony. Rutter junto con Pasamanick usó métodos epidemiológicos para determinar la causalidad de enfermedades en lugar de únicamente la prevalencia de las mismas en la población. Según Rutter, los estudios epidemiológicos pueden reunir el número suficiente de individuos con características similares que permitan determinar las causas del autismo, a diferencia de las especulaciones que para él caracteriza al psicoanálisis. En ese mismo año, en 1965, publicó un manifiesto donde defendió que un trastorno tiene que ser identificado por medio de sus características básicas observables, ya que sino no puede ser estudiado. Como siempre estuvo interesado en la clasificación llegó a trabajar para la OMS en el sistema multiaxial de clasificación de las enfermedades psiquiátricas (Rutter, 2001, citado por Evans, 2013).

La postura de Rutter es conocida por abogar por la centralidad de los trastornos del lenguaje dentro del cuadro descrito por Kanner, sosteniendo que éstos deben ser una tercera característica diagnóstica junto con las otras dos propuestas por Kanner y Eisenberg en 1956, criterios que aparecerán en el DSM-III de 1980. Posteriormente en una revisión de términos que Rutter y Bartak hace en los años 1968 dice:

“contrary to earlier views, infantile autism is not anything to do with schizophrenia, and is not primarily a disorder of social relationships’. Language and cognitive defects were thought to constitute the primary handicap in autism, with ‘the social and behavioral abnormalities arising as secondary consequences. “Kanner’s cardinal resistance to change and insistence on routines were also thought to be secondary and were explained by deficits in processing and integrating visual perceptual information (Wing and Wing, 1971).” [Contrariamente, a las primeras miradas, el autismo infantil no tiene nada que hacer con la esquizofrenia, y no es principalmente un desorden de las relaciones sociales. El lenguaje y defectos cognitivos, como se pensaba, constituían la discapacidad primaria en el autismo, con las anormalidades sociales y conductuales que surgen como las consecuencias secundarias (Rutter y Bartak,

⁵¹ Michael Rutter (1933-Actualidad) es considerado el padre de la psiquiatría infantil en Gran Bretaña. Estudió medicina en Birmingham y se especializó en psiquiatría en el Hospital Maudsley bajo la dirección de personas tan relevantes como Eysenck y Lewis. En 1961 estudió con Herb Birch un famoso psicólogo y Ben Pasamanick, un epidemiólogo con el que va a trabajar posteriormente en importantes desarrollos (Evans, 2013).

1971: 29). La cardinal resistencia de Kanner al cambio y la insistencia sobre rutinas también, como se pensaba, era secundaria y fue explicada por déficits en el tratamiento y la integración de la información visual perceptual (Wing y Wing, 1971).] (Verhoeff, 2013, p.450).

Los investigadores que sostenían la hipótesis de la relación entre los trastornos del lenguaje y el autismo, se basaban en las descripciones hechas por Kanner y Eisenberg sobre las alteraciones de desarrollo del lenguaje causadas por las dificultades de contacto afectivo. Pero los años 60 y 70 éstos dieron la vuelta a la lógica anterior sosteniendo la hipótesis de que el defecto básico en el autismo es la incapacidad de desarrollar un lenguaje normal, además de tener un defecto global en la integración de estímulos sensoriales. Por ejemplo, se puede citar el primer estudio longitudinal de autismo de Lockyer y Rutter en 1969 donde mostraron que la perturbación del contacto afectivo y el aislamiento disminuían con la edad y que eran los síntomas del lenguaje y la inteligencia los que perduraban en el tiempo (Verhoeff, 2013).

En general, si bien no se encontró la forma exacta en la que el trastorno sensorial produce el autismo, lo que sí lograron es descartar la influencia de las reacciones emocionales o las alucinaciones, haciendo centrales los déficits lingüísticos. Los resultados concretos fueron que encontraron un habla particular en los autistas como ecolalia, reversión pronominal, expresiones estereotipadas y alteración del lenguaje gestual en comparación con los niños con trastorno del habla (Evans, 2013). Aunque lo importante en este sentido es que, más allá de los resultados, un nuevo discurso estaba emergiendo:

“A new discourse, profoundly influenced by the cognitive and computer sciences which were emerging at that time (see Gardner, 1987) and using terms like codes, processing, stimuli and sensory modalities, became dominant in investigating, recognizing and thinking about autism. Furthermore, in addition to the familiar observations and parents’ descriptions of the child’s behaviour, (neuro)psychological tests and experiments became an integral part of the diagnostic process”. [Un nuevo discurso, profundamente influenciado por las ciencias cognitivas y del ordenador que surgían en aquel tiempo (ver a Gardner, 1987) y usando términos que como códigos, tratamiento, estímulos y modalidades sensoriales, se hicieron dominantes en la investigación, el

reconocimiento y el pensamiento sobre el autismo. Además, las observaciones familiares y las descripciones de los padres del comportamiento del niños, test y experimentos (neuro)psicológicos se hicieron una parte incorporada del proceso diagnóstico.].(Verhoeff, 2013, p. 450).

Además, lo que postulaban era que había una suerte de dificultad en el manejo de símbolos y que esto repercutía en las alteraciones del lenguaje (Wing y Rick, 1975 citado por Verhoeff, 2013). Pero la teoría básica es que lo que va a determinar como el autismo se detecta y se define y como estos niños son imaginados, es el defecto en el uso del lenguaje combinado con alteración en el uso de estímulos sensoriales, ocasionados por los déficits del procesamiento y de la integración de la información procedente de la percepción (Verhoeff, 2013).

Estas cuestiones aunque todavía de una forma liviana van a poder observarse en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 1980), en el que aparece por primera vez el término “autismo infantil” (APA, 1980 citado por Artigas-Pallarès y Paula, 2012, p. 578) como categoría diagnóstica con entidad propia. La descripción inaugural incluye seis criterios diagnósticos, descritos en la Tabla 6 (ANEXO II).

Después del criterio B “déficit generalizado de receptividad hacia otras personas (autismo)”, relacionado con el criterio de Kanner pero sin mencionar la cuestión afectiva, aparece como segundo más importante el criterio C, “déficit importante del desarrollo del lenguaje”, así como el criterio D que también versa sobre lenguaje. Mientras que el segundo criterio de Kanner queda relegado a un ejemplo dentro del criterio E: “respuestas extrañas a varios aspectos del entorno”. Pero debido a que este manual va a traer muchas más consecuencias, como la desaparición de la esquizofrenia infantil y la emergencia de los Trastornos Generales del Desarrollo, se retomará a posteriormente.

Para poder comprender la lógica argumentativa que se va a seguir en las siguientes páginas, es necesario realizar un paréntesis, para explicar cómo en palabras del propio Kanner tiene importancia los signos patognomónicos.

El autismo deja de ser un sinónimo de las dificultades del contacto afectivo.

El motivo por el que se sostiene que el término autismo deja de aludir a la definición de Kanner es porque como se está mostrando, progresivamente deja de aludir al significado original propuesto por Kanner: el aislamiento afectivo. Brecha que se irá haciendo cada vez más grande con las nuevas teorizaciones y las nuevas publicaciones del manual psiquiátrico de referencia. A ésta afirmación suele contraargumentarse que si bien Kanner no dispuso esos criterios como diagnósticos, los posteriores, podían encontrarse en las descripciones generales de sus 11 casos. La primera respuesta a esto es que hay que diferenciar entre el término y su definición y el fenómeno clínico, por lo que no es justificable cambiar la definición aludiendo a que se puede encontrar en el fenómeno, porque por fuerza el fenómeno a recortar será diferente con una nueva definición.

La segunda respuesta está relacionada con las consecuencias que tiene en psicopatología el deshacerse del signo patognomónico⁵² de un síndrome, ya sea “la dificultad innata del contacto afectivo” o el posteriormente sostenido “la soledad autística extrema” (Kanner y Eisenberg, 1956 citado por Bettelheim, 1967; Postel y Quérel, 2000). La primera de ellas es que el autismo deja de tener especificidad nosológica en tanto síndrome, ya que el signo patognomónico no solo organiza el cuadro sino que para Kanner explica el síndrome. La segunda es que se diluye la diferencia con la esquizofrenia. La “soledad autística extrema” (Kanner, 1943, p. 28) es una de las claves a la hora de diferenciar ambos fenómenos, ya que en el caso de la esquizofrenia se observa un viraje caracterizado por el retraimiento del mundo exterior, mientras que en el autismo está presente desde los primeros tiempos (Kanner, 1943).

Mientras el esquizofrénico intenta resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado parte y con el que ha estado en contacto, nuestros niños se comprometen gradualmente, acercándose cautelosamente a un mundo en el que han sido completamente extraños desde el comienzo (Kanner, 1943, p. 35).

Aunque en la presente tesis se tomase por válido la hipótesis de que Kanner describe el mismo fenómeno del que se habla en la actualidad, lo que no se puede

⁵² Según la Real Academia Nacional de Medicina, patognomónico es un adjetivo “aplicado a un signo o a un síntoma: característico y específico de una enfermedad determinada, suficiente por sí solo para identificarla y diagnosticarla” (RANM, 2012).

argumentar en contra del argumento principal aquí sostenido es que él pone énfasis en distintos observables de ese fenómeno llamado autismo al igual que lo hace otros autores posteriores que estudian el tema y los propios manuales diagnósticos. La otra dificultad que se les añade a los que sostienen que el fenómeno que vio Kanner es el mismo fenómeno que describe el DSM5 es que la colección de descripciones que aparecen en estos manuales o en el propio artículo de Kanner ya habían sido de un modo u otro detalladas por diversos autores de la época pero recibiendo otros nombres. Como ejemplo se puede citar cómo Despert habla de los trastornos del lenguaje y del contacto afectivo, denominándolo esquizofrenia infantil. Pero por suerte, esa es una dificultad que no compete a la presente tesis.

El autismo como un Trastorno General del Desarrollo

La revista de Kanner.

En 1970 Kanner dirigía en Estados Unidos junto con Rutter, como editor asociado en Gran Bretaña, el journal que el mismo fundó, llamado *Autismo y esquizofrenia de la infancia*. En 1979, año en el que Eric Schopler⁵³ sustituye a Kanner en la edición de la revista en norte América, pasa a llamarse *Autismo y Trastornos del Desarrollo*. Del cambio alega lo siguiente: “*The new name responded to a revised understanding of the distinction between autism and schizophrenia and the growing recognition that autism was a developmental disorder that affected individuals throughout their lives*”. [El nuevo nombre respondió a una comprensión revisada de la distinción entre el autismo y la esquizofrenia y el reconocimiento creciente que el autismo era un trastorno del desarrollo que afectó a individuos en todas partes de sus

⁵³ Eric Schopler (1927-2006) fue un psicólogo de origen alemán, que fue una importantísima figura dentro de la psiquiatría norteamericana y en particular dentro del desarrollo de tratamientos para el autismo. Coetáneo y conocedor de la obra de Bettelheim, al que cuando era estudiante le ofreció para investigar las bases biológicas del autismo, propuesta que obviamente Bettelheim rechazó. Años más tarde fundó junto con Robert Reichler la División TEACCH, son las siglas de “Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children”. [Tratamiento y educación de autistas y niños con trastornos de la comunicación] (Silverman, 2012, p. 115). Es un programa que se puso en marcha en 1971 convirtiéndose en el primer programa de tratamiento de autismo, ofrecido por la Universidad de Carolina del Norte. El objetivo de este programa fue únicamente testear la eficacia del uso de padres como los promotores de la educación de niños con autismo. Pero su éxito hizo que los padres pidieran al Estado de Carolina del Norte que lo convirtiese en una fundación. Este sistema se organizó en torno a tareas educativas, pero a diferencia del programa de Lovaas, estos había enfatizado en metas individuales basadas en el diagnóstico extenso, las capacidades cognitivas y la comprensión del entorno familiar del niño. Ole Ivar Lovaas (1927-2010) fue un psicólogo noruego americano que trabajó en la Universidad de California. Es conocido por ser el padre del programa ABA (Applied Behaviour Analysis) que suele usarse para modificar la conducta de niños con autismo. (Silverman, 2012). (Silverman, 2012).

vidas] (Silverman, 2012, p. 40). Esta comprensión revisada a la que alude se refiere a que durante los ocho primeros años de publicación de la revista, en los que estaba Kanner, los artículos reflejaban la pluralidad teórica en el estudio del autismo, que a su juicio también reflejaban la confusión y el conflicto entre el diagnóstico y modalidades de tratamiento de distintos marcos teóricos.

Por otro lado añade que los editores notaron que el autismo estaba conformado por diferentes subtipos y asociado a otros desórdenes como retraso mental, problemas de lenguaje, problemas motores y desórdenes genéticos; lo que para ellos era importante pues podría suponer una demanda de tratamiento diferente.

“The editors also nodded to the growing recognition that the category of autism consisted of different subtypes, including groups with mental retardation, a family history of language disorders, problems with motor control, or genetic diseases regularly associated with autism such as Lesch-nyhan syndrome, each of which might have different educational and treatment needs.” [Los editores también asintieron al reconocimiento creciente que la categoría de autismo consistió en subtipos diferentes, incluyendo grupos con el retraso mental, una historia de familia de desórdenes de lenguaje, problemas con el control motor, o enfermedades genéticas con regularidad asociadas con el autismo como el síndrome Lesch-nyhan, cada uno de cual podría tener diferentes necesidades educativas y de tratamiento.] (Silverman, 2012, p. 40-41).

Así el cambio en el nombre del journal refleja la hipótesis de que el autismo es un trastorno del desarrollo, desvinculado del concepto de fantasía, de alucinación y por supuesto del de esquizofrenia infantil. De modo que el nuevo objetivo del journal era aclarar cuáles eran los factores del desarrollo relacionados con el autismo y los factores que en el desarrollo forman los síntomas autistas. El cambio de foco del journal reflejaba el cambio de foco que había experimentado la psiquiatría en general. Ya a mediados de los años 60 con la disponibilidad de los psicofármacos, muchos psiquiatras habían empezado a ver los trastornos de la conducta como un desorden neuroquímico y neurológico, aunque no tuvieran ninguna evidencia concreta al respecto. Así lo que pasa es que el autismo se convierte en el concepto perfecto para esta nueva manera de hacer psicopatología donde las teorías intrapsíquicas de corte racionalista no caben más (Silverman, 2012).

Para los padres y el público en general, los años 70 fueron años de cambio en la manera de comprender el autismo. Las teorías psicoanalíticas se sustituyeron por teorías neurológicas y genéticas, de manera que los padres y profesiones tuvieron que aprender a entender que la discapacidad de sus hijos se debía a alguna alteración cerebral. Es por esa época en la que el sistema educativo cambió también la conceptualización del autismo como un trastorno del desarrollo, desechando el trastorno emocional. Cambios acompañados en general, con el decline del pensamiento psicoanalítico en los Estados Unidos (Silverman, 2012).

De este movimiento de padres, llámesele lego, se hace interesante mencionar dos logros obtenidos mediante presión política que afectaron a la definición del término autismo que pasa a ser ahora una discapacidad⁵⁴ oficialmente reconocida y que demuestra cómo la modificación del significado del término autismo no solamente se debió a pujas entre científicos. En 1975, la NSAC (*National Society for Autistic Children*) y sus abogados realizaron una campaña de presión política para que el autismo fuera considerado una de las discapacidades del desarrollo cubiertas en los programas educativos del *All Handicapped Act*. Como tuvieron éxito en sus presiones, el autismo y los otros trastornos del desarrollo fueron incluidos programas educativos gratuitos. Además la NSAC pidió que el autismo fuera considerado dentro de la *Developmental Disabilities Act* que autorizaba tratamientos y otra serie de servicios. Este mismo grupo gracias a sus éxitos de presión política lograron que en 1981 con su presencia en Washington que el Departamento de Educación de los Estados Unidos sacase el autismo de la categoría “Trastorno Emocional Severo”, lo que a juicio de la asociación solo había servido para que los profesionales tuvieran actitudes negativas contra los padres de los niños con autismo (Silverman, 2012).

El autismo en el DSM-III.

En 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría publica la tercera edición de su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III). En el que se

⁵⁴ La historia de la conversión del autismo en una discapacidad legal y con ello el goce de beneficios económicos que ofrecen los Estados merecería un estudio a parte debido a la influencia potencial que esta podría ejercer en el aumento de los porcentajes de diagnóstico de autismo en la actualidad. En la práctica clínica es frecuente observar la presión totalmente lógica que los padres suelen ejercer sobre los médicos para que estos usen categorías diagnósticas que estén avaladas por los programas educativos y terapéuticos gratuitos en cada Estado, y sería interesante emprender un estudio al respecto.

van a recoger algunos de las modificaciones que se han ido comentando hasta el momento. Por ejemplo, una de ellas es el cambio en la denominación de la categoría diagnóstica, apareciendo oficialmente el término Trastornos Generales del Desarrollo (TGD) y desapareciendo oficialmente la psicosis en la infancia como se anticipó cuando se habló del trabajo de Kolvin.

“In the past, children with these disorders have been described by many terms: Atypical Children, Symbiotic Psychotic Children, Childhood Schizophrenia, and others. Since these disorders apparently bear little relationship to the psychotic disorders of adult life, the term "psychosis" has not been used here in the name of this group of conditions. The term Pervasive Developmental Disorder has been selected because it describes most accurately the core clinical disturbance: many basic areas of psychological development are affected at the same time and to a severe degree.” [En el pasado, los niños con estos trastornos han sido descritos con muchos términos: Niños Atípicos, Niños Simbiótico Psicóticos, Esquizofrenia de Niñez, y otros. Ya que estos trastornos parecen tener poca relación con los desórdenes psicóticos de vida adulta, el término "psicosis" no ha sido usado aquí en nombre de este grupo de condiciones. El término Trastornos Generales del Desarrollo ha sido seleccionado porque describe con mayor exactitud la perturbación clínica principal: muchas áreas básicas de desarrollo psicológico son afectados al mismo tiempo y en un diverso grado]. (APA, 1980, p. 86).

Otro de los cambios es que el término esquizofrenia infantil se quitó del DSM apareciendo el de TGD. Incluyendo como subcategorías: “*infantile autism*’, *childhood onset pervasive developmental disorder*’, *residual autism*’ and an *atypical form*.” [el autismo infantil, 'trastorno general del desarrollo de inicio en la niñez', 'autismo residual' y una forma atípica]. (Evans, 2013, p.21). Por otro lado y quizá menos comentado es que el término autismo desaparece en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia adultos. De modo que el término autismo pasa a ser un concepto clave en la psicopatología infantil, apareciendo como un trastorno diagnosticable, y desapareciendo como síntoma de la psicopatología de adultos (Evans, 2013). Otra cosa son los síntomas que clásicamente se conocen como “características esquizofrénicas”, tal como aparece en el DSM-III. De ellas la propia Lorna Wing, de la que hablaremos en el siguiente capítulo, argumenta que si éstas son las que exponen Cialdella y Mabelle (1989) como por ejemplo: actitudes de escucha, desórdenes formales del pensamiento y risa y llanto incongruente o inmotivado; no se pueden

excluir porque son comunes en el autismo, y dice que son tan comunes que si uno quita esos síntomas de la revisión de los estudios de prevalencia las tasas de prevalencia caen a la mitad (Wing, 1993).

El autismo como un déficit en la interacción social: Lorna Wing

El autismo definido como un déficit en la interacción social es una teoría propuesta por Lorna Wing y colaboradores. Es desarrollada en base a un estudio poblacional que comenzó en 1972, el estudio de Camberwell, que como se viene observando en las teorías de la psicopatología de la época en Gran Bretaña, la idea base es que un estudio epidemiológico aporta material para hacer teoría.

Este estudio de prevalencia, contó con una muestra de 132 niños de dicho distrito, conformado por niños con discapacidad física, de aprendizaje o anomalías en la conducta, graves o leves, con el objetivo de ver qué síntomas presentaban a nivel social, cognitivo y del lenguaje. Los resultados que obtuvieron fueron que los déficits o alteraciones de la interacción social se producen en 21.2 de cada 10.000 niños, de los que solo el 4.9 tuvo un historia de autismo (Evans, 2013). La hipótesis que Wing y Gould manejaron es que las áreas que se encargan de la interacción social y de la imaginación están deterioradas en el autismo (en el sentido de Rutter y DSM-III), no registrándose en patologías como el Síndrome de Down, donde estas funciones están intactas. Es por ello que postularon que el deterioro social es la mejor manera de comprender los problemas de los niños de la muestra y era lo que más sentido tenía a nivel etiológico (Evans, 2013).

Gould y Wing concluyen que esta triada de síntomas⁵⁵ es más descriptiva para la muestras que la patología infantil que el síndrome de Kanner. Además sostienen que a nivel práctico no hay límites claros entre ese síndrome y los subtipos: autismo típico, el atípico... etc. A nivel teórico concluyen que se puede considerar el síndrome de Kanner como un subtipo. Además sostuvieron que esta triada que ahora van a pasar

⁵⁵ Para el estudio Wing y Gould redefinieron las características que Rutter había propuesto como definitorias del autismo y las denominaron triada de deterioro social, estaba compuesta por: deterioro en la interacción social recíproca asociada al deterioro de la comunicación y de la imaginación y que después resultaba que derivaba en un patrón repetitivo de actividades (Wing, 1993).

a definir el autismo está relacionada con niños con diferentes niveles de inteligencia o a otras condiciones médicas.

Las principales conclusiones del estudio fueron, en primer lugar, que los síndromes de Kanner y Asperger son subgrupos de un amplio abanico de trastornos que afectan a la interacción y a la comunicación social; segundo, que éstos se podían asociar a cualquier nivel de inteligencia; tercero, que a veces estaban asociados a diversos trastornos físicos y otras discapacidades del desarrollo (Wing, 1998, p. 27-28).

Años más tarde Wing opina que puede haber una deficiencia psicológica más fundamental que podría encontrarse en el fondo de la triada de síntomas del autismo, como por los años 90 sugerirá Uta Frith⁵⁶ y colaboradores, pero admite que en la actualidad no hay otro modo de realizar el diagnóstico⁵⁷ que con la identificación en la conducta de la triada de deficiencias de la interacción social. Otra cuestión destacable es que los déficits de la interacción social no son sinónimo de aislamiento, por lo que una vez más Wing se aleja de la definición original Kanneriana. Para ella, existirían cuatro grupos de interacción social alteradas: el aislado, el pasivo, el activo pero extraño y el pedante. El primero, el grupo aislado no tienen interacción con los demás y pareciera que para ellos los demás no existen. El segundo, el grupo pasivo, si bien no están completamente apartados de la interacción social, no toman iniciativas autónomas para iniciar la interacción. El grupo activo pero extraño, se caracteriza por hacer aproximaciones sociales pero normalmente dirigidas a personas de edad diferente y normalmente "(...) lo hacen de una forma peculiar, unidireccional, para

⁵⁶ Uta Frith (1941-Actualidad) es una psicóloga que junto a Simón Baron-Cohen desarrollaron la teoría etiológica que ha tenido mucha difusión, sobre la falta de teoría de la mente en los niños con autismo (Frith, 1989).

⁵⁷ En lo referente al diagnóstico Wing señala que no hay pruebas físicas para efectuarlo, en el sentido de pruebas de laboratorio, por lo que solo puede realizarse por medio del análisis de la conducta: "(...) el diagnóstico se efectúa identificando los patrones de conducta presentes desde temprana edad. Todos los sistemas de diagnóstico que se han propuesto, incluyendo los de la ICD y el DSM, están de acuerdo en que las deficiencias de la interacción social, la comunicación y la imaginación, y un patrón de actividades repetitivo y rígido, son rasgos cruciales para el diagnóstico" (Wing, 1998, p. 36). Pero señala que a pesar de haber una suerte de consenso en el diagnóstico y por ende en la definición del término, surgen desacuerdos por: deficiencias que se manifiestan de múltiples formas, variabilidad respecto al nivel de inteligencia, presentarse junto a cualquier otra discapacidad o TGD, cambios en la conducta con la edad, el entorno y la educación (Wing, 1998). Manifiesta su poco acuerdo son los subgrupos propuestos por CIE-9 y DSM-IV y DSM-IV-TR, y propone que bajo el término TEA se diagnostiquen los subgrupos como el kanneriano o de Ásperger. Pero a pesar de ello opina que "(...) desde el punto de vista de ayudar a la persona en cuestión, es de poco valor el gastar el tiempo en asignarlos a un subgrupo. La principal tarea clínica es decidir si tienen un trastorno del espectro autista y después evaluar su patrón de capacidades" (Wing, 1998, p. 40). La idea que ella sostiene es que existe diferentes intereses en el ámbito clínico y el investigativo, ámbito este último más interesado en estudiar e identificar los subgrupos (Wing, 1998).

pedir algo o para continuar una y otra vez con las cosas que les interesan” (Wing, 1998, p. 47). El cuarto y último grupo, el grupo hiperformal, pedante, que se da sobre todo en la adolescencia o en la vida adulta está caracterizado por ser “(...) excesivamente educados y formales en su conducta. Tratan con todas sus fuerzas de comportarse bien y se manejan ciñéndose rígidamente a las normas de interacción social” (Wing, 1998, p. 47), pero que en realidad no comprenden bien (Wing, 1998).

Además de las deficiencias en el lenguaje verbal y no verbal, la triada está compuesta por los déficits en la imaginación, que no son otra cosa que la contracara de las actividades repetitivas. Estas se caracterizan por usar objetos solo por las sensaciones físicas que ofrecen, el uso de secuencias repetitivas...etc. “Los placeres de la imaginación creativa de la niñez les están negados a las personas autistas, y así les va en la vida adulta. Tienen una comprensión limitada o nula de las emociones de los demás, por lo que les resulta agotador compartir las alegrías o las penas” (Wing, 1998, p. 55). Las actividades estereotipadas repetitivas son “(...) la otra cara de la moneda de la deficiencia de la imaginación.” (Wing, 1998, p. 55) lo que hacen es repetir actividades que le proporcionan placer. Pudiendo ser estas actividades simples relacionadas con la estimulación de los sentidos: tocar, oler, sentir, golpear, arañar, escuchar ruidos, mirar luces brillantes...etc. O rutinas más elaboradas que recuerdan a los rituales obsesivos (Wing, 1998).

Para Evans, Wing y Gould intentaron colocar a los niños anormales en un continuum, como Anthony hiciera años atrás usando las teorías psicoanalíticas y piagetianas como base. Sin embargo éstas usan su propia triada de síntomas basándose en las teorías del comportamiento. Las consecuencias fueron que las patologías más graves de la infancia fueron leídas bajo la óptica de la interacción social y las teorías cognitivas, leyendo estos fenómenos de la anormalidad infantil como deterioro social (Evans, 2013).

“In doing so, they helped to transform the problem of childhood psychosis and ego development into a problem of social behaviour and management. As Rutter’s work has already distanced the concept of autism from hallucination and severe adult psychopathology, Wing then took the liberty to redefine all forms of psychopathology in infancy as forms of ‘social impairment’”. [Al hacerlo, ayudaron a transformar el problema de la psicosis infantil y desarrollo del yo en un problema de la conducta social y la gestión. Como el trabajo de Rutter ya ha

distanciado del concepto de autismo de la alucinación y severa psicopatología adulta, Wing entonces se tomó la libertad de redefinir todas las formas de psicopatología en la infancia como formas de "deterioro social." (Evans, 2013, p. 23).

Es por este motivo que cuando en 1981 Wing publica la traducción del artículo de Ásperger, argumenta que este síndrome forma parte del continuum del autismo junto con el síndrome de Kanner, pero como se expondrá a continuación, a juicio de quien escribe, esta categorización apresurada no es tan fácil de sostener y no pasará la prueba del tiempo, como demuestra su omisión en el DSM-5.

El autismo de Hans Ásperger.

Hans Ásperger (1906-1980) fue un psiquiatra austriaco que durante su dirección del Hospital de la Universidad de Viena publicó un artículo donde decía haber aislado un síndrome que Wing en los años ochenta llamó síndrome de Asperger. El motivo por el que se menciona en este estudio sobre el autismo, es porque Ásperger llamó a su síndrome psicopatía autística, debido a que entendía que la clave estaba en la anormalidad en la personalidad. Según Ásperger, el síndrome aparecía entre los 4 y 5 años y se caracteriza por "(...) un contacto muy perturbado pero posible de forma superficial en niños inteligentes que no aceptan nada de los demás en los cuales la mímica y el gesto están también alterados y las actividades lúdicas estereotipadas" (Ajuriaguerra, 1979, p. 674). El autor afirma que no hay trastornos del lenguaje, del pensamiento y no hay progresividad. Esta descripción hace que otros psiquiatras como Spiel lo consideren como una subclase de la psicopatía esquizoide, no relacionada etiológicamente con la esquizofrenia. (Ajuriaguerra, 1979). Es decir que el término autismo es usado por Ásperger en el sentido de aislamiento, como mandaba la tradición bleueriana de antes de la segunda guerra mundial.

Pero la tradición psicopatológica británica y en especial Wing, llevó a poner al rebautizado síndrome dentro del continuum de los déficits de interacción social, que se llaman autismo. Lo curioso del hecho es que Wing tuvo la oportunidad de entrevistarse con Ásperger y este siempre sostuvo que su síndrome era diferente al descrito por

Kanner, ya que pensaba que el autismo de Kanner estaba muy vinculado con la psicosis.

“Kanner’s early infantile autism is a near psychotic or even a psychotic state, though not identical with schizophrenia. Asperger’s typical cases are very intelligent children with extraordinary originality of thought and spontaneity of activity though their actions are not always the right response to the prevailing situation.” [El autismo infantil temprano de Kanner está más cerca de lo psicótico o de un estado psicótico, aunque no idéntico con la esquizofrenia. Los casos típicos de Asperger son niños muy inteligentes con la originalidad extraordinaria de pensamiento y espontaneidad de actividad aunque sus acciones sean no siempre la respuesta correcta a la situación predominante]. (Ásperger, 1979 citado por Verhoeff, 2013, p. 452).

Pero Wing siempre sostuvo que lo que el síndrome de Kanner y Asperger tenían en común eran los déficits de la interacción social. De hecho, quedará recogido en el DSM-IV y DSM-IV-TR, donde el Síndrome de Asperger estará dentro de los “Trastornos generalizados del desarrollo” y junto al “Trastorno autista”. De este último solo difiere en que el Trastorno de Asperger no presenta déficits en el lenguaje. La paradoja es que Wing fue quien dio vida, difundió y enterró el síndrome, ya que tras la propuesta de que los TGD se llamaran Trastornos de Espectro Autista⁵⁸ (TEA), el síndrome descrito por Ásperger perdía especificidad en ese continuum, llegando a diluirse del todo en el DSM-5. Lo que hace pensar que haber difundido el trastorno de Asperger solo funcionó con el propósito de legitimar su nueva división tripartita del autismo, ya que encontrar un síndrome descrito en el pasado que según Wing encajase en la definición daba coherencia a su propuesta explicativa, lo mismo que llamar autismo a un espectro que nada tiene que ver con el síndrome propuesto por Kanner, como se expuso en capítulos anteriores. El problema con el síndrome de Asperger apareció después cuando los investigadores de la propia línea cognitiva de Wing no encontraban diferencias significativas entre ambos tipos de trastornos y se decidió no incluir en el DSM-5.

Así, se ha podido recorrer el modo en el que la conceptualización del autismo como problema de las relaciones afectivas ha pasado a ser un problema de

⁵⁸ Del término Trastornos generalizados del desarrollo, dice: “A la mayoría de los padres del Reino Unido no les agrada este término y lo encuentran confuso. Prefieren «trastornos del espectro autista» (...)” (Wing, 1998, p. 30), término que ella usa en sus libros.

interacción social. A continuación se verá como esto se fue reflejando en las sucesivas ediciones del DSM. Pero antes de ello se va a recoger cómo Wing resume el tratamiento que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) da al término autismo:

Las primeras ediciones del ICD no incluían en absoluto el autismo. La octava edición (1967) mencionaba sólo el autismo infantil como una forma de esquizofrenia y la novena edición (1977) lo incluía bajo el encabezamiento de «psicosis infantil». La décima edición de la ICD (1992) y la tercera (1980), la tercera revisada (1987) y la cuarta (1994) del DSM adoptan el punto de vista actual de que hay un espectro de trastornos autistas y que son trastornos del desarrollo, no «psicosis». El término utilizado en ambos sistemas de clasificación es el de «trastornos generalizados del desarrollo» (Wing, 1998, p. 30).

El autismo en DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR.

La primera cuestión a destacar es que Eric Shopler, Michael Rutter y Lorna Wing participaron en el grupo de trabajo del DSM-III-R (1987) en concreto en el subcomité de los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD). Así se puede entender mejor la línea teórica de los cambios en los criterios diagnósticos del DSM-III al DSM-III-R, que pasaron de un mero listado a la ya mítica triada diagnóstica⁵⁹. Michael Rutter, por su parte, participó en la redacción de esta sección hasta el DSM-IV-TR, por ello a pocos puede sorprender que los criterios diagnósticos del autismo se mantuvieran sin apenas modificación, al menos en la forma de diagnosticar. Pero antes de sacar conclusiones apresuradas es interesante repasar detalladamente estos cambios.

En 1987, cuando se publica el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R)*, aparece por primera vez el término “Trastorno Autista”⁶⁰

⁵⁹ La triada diagnóstica a la que se hace referencia no es a la propiamente winguiana puesto que ella considera que los déficits en la imaginación son más cruciales que las actividades o intereses repetitivos. Es por ello que la triada a la que se alude quedaría así: deterioro de la interacción social, deterioro de la comunicación, actividades e intereses restringidos.

⁶⁰ Para este manual el trastorno mental es: “(...) una conducta clínicamente significativa, o como un síndrome o patrón psicológico que aparece en un sujeto y está asociado a distrés (...), a incapacitación (...) o a un elevado riesgo de muerte, dolor, incapacitación o una importante pérdida de libertad. Además este síndrome o patrón puede no ser sólo una respuesta previsible a un determinado acontecimiento (...). Sea cual sea la causa que lo origine, puede ser considerado como la manifestación de una disfunción

(APA, 1992, p. 45) desapareciendo el adjetivo infantil. El Trastorno Autista se encuentra ubicado dentro del capítulo “Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia”⁶¹ (APA, 1992, p. 31), debajo de la denominación Trastornos del Desarrollo⁶² (APA, 1992).

Es interesante anotar la observación del propio manual acerca de la pluralidad de términos que denominaban este trastorno y la necesidad de separarlo de la noción de esquizofrenia, ya que arguyen que no se encontraron datos y observaciones que indicaran continuidad entre éste y la esquizofrenia en el desarrollo del individuo. Se añade también que el Trastorno Autista (TA) aún siendo un subgrupo de los Trastornos generalizados del desarrollo (TGD), se puede considerar como el prototipo de los trastornos profundos, y se añade que con ello se convierte en realidad en el prototipo de los trastornos de la infancia más graves. Se aclara además que habrá que diagnosticar como TGD no Especificado aquellos cuadros que no cumplan los criterios específicos del trastorno autista. (APA, 1992).

Esta edición del manual no solamente amplía los criterios diagnósticos en número sino que complejiza la tarea diagnóstica. El resultado es una reformulación, en el sentido de la precisión de la descripción de cada uno de los ítems de los apartados, respecto a la noción de Autismo Infantil que se presentó con el *DSM-III* (Ver Tabla 7, ANEXO II). La reformulación de la noción de autismo viene de la mano de la creación de los apartados del diagnóstico. Donde se presentan cuatro áreas bien definidas: deterioro de la interacción social, deterioro de la comunicación verbal y no verbal e imaginación, actividades e intereses restringidos y edad de inicio. Éstos podrían ser rastreados con buena fe en los criterios propuestos en el *DSM-III*, pero se hace importante destacar el salto cuantitativo que el *DSM-III-R* propone.

conductual, psicológica o biológica. Ninguna desviación conductual, ya sea política, religiosa o sexual, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad constituyen un trastorno mental a no ser que tales desviaciones o conflictos sean un síntoma de una disfunción en el sujeto, del tipo de las antes descritas” (APA, 1992, p. 481).

⁶¹ Las clases de trastornos dentro de esta denominación son los Trastornos del Desarrollo, Trastornos por conductas perturbadoras, Trastornos por ansiedad en la infancia o la adolescencia, Trastornos de la conducta alimentaria, Trastornos de la identidad sexual, Trastornos por tics, Trastornos del habla no clasificados en otro lugar y Otros trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia (APA, 1992).

⁶² Las subclases de los Trastornos del desarrollo son: Retraso Mental, Trastornos generalizados del desarrollo (TGD), dentro del cual se encuentra el Trastorno autista (TA) y el TGD no especificado; Trastornos específicos del desarrollo y Otros trastornos del desarrollo (APA, 1992).

Lorna Wing hablando de los criterios diagnósticos propuestos por el Grupo de trabajo de Denckla⁶³ de 1986 al que ella perteneció, sostiene que si bien está de acuerdo en general en los criterios propuestos lo que no ha tenido en cuenta es que éstos pueden variar en grado de severidad así como en múltiples manifestaciones. Para ilustrarlo ejemplifica con que los déficits de interacción social no se tiene que confundir con el aislamiento kanneriano sino que se pueden presentar bajo la forma de falta de espontaneidad o de interacciones con una cualidad pedante. Otra de las cosas que comenta es que no considera la edad de inicio como un criterio esencial diagnóstico, además añade que el diagnóstico debe hacerse de manera independiente al del nivel de inteligencia (Wing, 1993)

Antes de pasar a la siguiente edición es importante añadir que, respecto al diagnóstico diferencial, el *DSM-III-R* pone sobre la mesa la dificultad de distinguir el Trastorno Autista (TA) del Retraso mental severo o profundo. Lo distingue de la esquizofrenia por la ausencia de alucinaciones o delirios. De los déficits auditivos y los trastornos específicos del lenguaje y del habla, así como de algunos déficits visuales; se diferencia en la presencia de interacción social y deseo de comunicación. Para los Trastornos de la personalidad de tipo esquizoide y de tipo esquizofrénico el TA tiene prioridad, a diferencia del TGD no especificado. También habría que descartar la presencia de Trastornos por tics y las estereotipias/trastornos del hábito, donde no habría deterioro de la interacción social (APA, 1992).

Siete años más tarde, en 1994 se publica el *DSM-IV* en el que se incluía al TA, igual que en la versión *DSM-III-R*, dentro del capítulo “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” bajo el nombre de “Trastornos generalizados del desarrollo”. Los Trastornos generalizados del desarrollo son: el Trastorno autista, Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (APA, 1995). Son definidos como:

Estos trastornos se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados (APA, 1995, p. 40).

⁶³ Es el nombre que recibe el grupo de trabajo de redacción del DSM-III en su sección de TGD.

Con la nueva versión del *DSM* se cambia de nuevo la tarea diagnóstica del TA (Tabla 8, ANEXO II). Este cambio no tiene que ver tanto con una reformulación de la noción del trastorno, ya que ve los tres apartados del criterio A, son similares a los del *DSM-III-R*, sino con el número de ítems que tienen que estar presentes. En el *DSM-III-R* eran necesarios ocho de los dieciséis ítems propuestos y ahora con el *DSM-IV* solo son necesarios seis. Quizá la mayor diferencia en cuanto a lo conceptual del diagnóstico entre ambos manuales sea la presencia del diagnóstico diferencial con el Trastorno desintegrativo infantil y con el Trastorno de Rett, que no estaban formulados en el *DSM-III-R*.

A grandes rasgos, se puede decir que con la publicación de *DSM-IV* se tiende a la laxitud diagnóstica del TA y con ello al aumento del número de los falsos positivos. El ejemplo para ilustrar lo anterior lo aporta la reformulación de los criterios para la detección temprana. Antes de los tres años de edad, la presencia de algún funcionamiento anormal cualquiera de las tres áreas: “(1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo” (APA, 1995, p. 74); basta para el diagnóstico.

En el año 2000 se publicó la revisión del *DSM-IV*, bajo las siglas *DSM-IV-TR*. Como puede verse en la Tabla 9 (ANEXO II) no existe una modificación sustancial en el TA sobre los criterios diagnósticos.

El autismo como un Trastorno de Neurodesarrollo: DSM-5

El *DSM-5*, publicado en 2014, rebautiza al Trastorno Autista con la denominación “Trastornos del espectro del autismo” (TEA) (APA, 2014, p. 28) siguiendo la propuesta terminológica de Lorna Wing y de la psicopatología británica. Los TEA quedan ubicados dentro del capítulo “Trastornos del Desarrollo Neurológico” (TDN), lo que en el *DSM-IV* y *DSM-IV-TR* se llamaba “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD), junto con las Discapacidades Intelectuales, Trastornos de la comunicación, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno específico del aprendizaje, Trastornos motores, Trastornos de Tics y Otros trastornos del desarrollo neurológico. (APA, 2014).

Con esta nueva publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría desaparecen la clasificación de Trastornos generalizados del desarrollo y alguno de sus trastornos específicos como: el Trastorno de Rett y el Trastorno desintegrativo infantil. El antiguo Trastorno Autista pasa al primer plano bajo el nombre TEA y absorbe la conceptualización del Trastorno de Asperger y del Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Como bien aclara el manual “los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo” (APA, 2014, p. 30).

Respecto a los cambios en los criterios diagnósticos (Tabla 10, ANEXO II), la tarea del clínico en principio se ve facilitada ya que para formalizar el diagnóstico debe contar con la presencia de criterios, sin necesidad de contabilizar la presencia de un número preciso de ítems. En cuanto a los cambios conceptuales respecto al DSM-IV, lo único que se observa es la fusión de criterios⁶⁴ pero no modificación conceptual de base. Lo sí parece evidente es la tendencia del término autismo a hacerse sinónimo de déficit de la interacción social, como demuestra la fusión del criterio de déficit del lenguaje con éste último. Esto por un lado acerca la definición a la posición defendida por Wing tanto en el sentido del significado como en la idea de que el TEA, y por lo tanto el autismo en tanto término, sea un paraguas diagnóstico que abarque la patología mental grave de la infancia.

Es indudable señalar que el mayor cambio del DSM-5 es que rompió su propia promesa en tanto manual ateorico, con la inclusión de la categoría TND. Si bien la clasificación del autismo como un trastorno del neurodesarrollo está más basada en una declaración de intenciones que en un hecho, como se verá a continuación, esta acción delata que la base teórica sobre la que está construida la clasificación es la neurociencia. Haciendo que el autismo pase a ser entendido como un déficit de la interacción social acompañado por esos patrones repetitivos que es causado por una serie de particularidades genéticas y biológicas.

⁶⁴ La fusión de los criterios (1) de la interacción social y (2) de la comunicación del apartado A, en el criterio A. El criterio (3) sobre patrones de comportamiento restringidos y estereotipados queda reformulado en el criterio B del DSM-5, con la diferencia respecto a lo anterior de añadir la hiper e hiposensibilidad a ciertos estímulos. El criterio C DSM-5 es similar al B DSM-IV. Lo que se añade es el criterio D deterioro clínicamente significativo y el criterio E de diagnóstico diferencial donde ahora el énfasis es puesto en la diferenciación con la discapacidad intelectual.

El motivo por el que se habla de TND como una declaración de intenciones es porque la inclusión del autismo dentro de esta categoría es un movimiento arbitrario porque hasta el momento no existiría investigación que avale esta distinción respecto de otros trastornos mentales. Como señala Artigas-Pallarés y colaboradores, existen tres tipos de TND: los sindrómicos⁶⁵ de herencia tipo mendeliano, los vinculados a una causa ambiental conocida⁶⁶ y los que no tienen causa específica identificada⁶⁷ como los trastornos mentales. Lo interesante es que si bien la investigación genética está volcada en ese grupo, lo cierto es que la pertenencia del TEA y del resto de trastornos que componen el capítulo TND es arbitraria, en el sentido etiológico que pretenden aportar, pues no existirían diferencias entre ellos y el resto de trastornos mentales.

“La inclusión de los citados trastornos (como por ejemplo los TEA) dentro del constructo de TND es del todo arbitraria, pues conceptualmente no se diferencian de otros trastornos mentales, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Por este motivo, en esta revisión se utilizarán indistintamente los términos TND, trastorno mental o trastorno mental complejo.” (Artigas-Pallarés, Guitart, Gabau-Vila, 2013, P. 25).

En general se puede considerar que los TND estarían asociados a disfunciones neurológicas, cognitivas o psiquiátricas,

“(…) se caracterizan por una alteración o variación en el crecimiento y desarrollo del cerebro, asociadas a una disfunción cognitiva, neurológica o psiquiátrica. Las entidades incluidas o excluidas varían según las clasificaciones. Sin embargo, atendiendo a la definición expuesta, se puede incluir la totalidad de los llamados trastornos mentales complejos –discapacidad intelectual, autismo, TDAH,

⁶⁵ “Se identifican clínicamente por unos síntomas muy típicos, están bien diferenciados de otros trastornos y se ajustan a un patrón hereditario de tipo mendeliano. Suelen presentar un fenotipo dismórfico, manifestaciones sistémicas, síntomas neurológicos y un fenotipo conductual bastante específico. En prácticamente todos ellos se ha identificado la región genética responsable. Por ejemplo, en el síndrome de Williams –deleción de unos 25 genes en el cromosoma 7–se ha definido el fenotipo consistente en cara típica, cardiopatía, retraso mental, alteración semanticopragmática del lenguaje, déficit visoespacial, carácter muy sociable y ansiedad.–” (Artigas-Pallarés, Guitart, Gabau-Vila, 2013, p. 25).

⁶⁶ “El más representativo, por su elevada frecuencia, es el espectro de efectos fetales del alcohol. De todos modos, aunque existe una causa ambiental evidente, no se excluye una multifactorialidad con intervención de efectos genéticos.–” (Artigas-Pallarés, Guitart, Gabau-Vila, 2013, p. 25).

⁶⁷ “TND sin una causa específica identificada. Están recogidos de forma dispersa en los distintos capítulos del DSM-IV y de la CIE-10. El DSM 5, muy probablemente, otorgará entidad a este grupo, al incorporar un capítulo denominado específicamente TND. En él se incluirán: el trastorno del lenguaje, el trastorno del habla, el trastorno de la comunicación social, el trastorno específico del aprendizaje, el TDAH, el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno del desarrollo de la comunicación, el trastorno de movimientos estereotipados y los diversos trastornos de tics”. (Artigas-Pallarés, Guitart, Gabau-Vila, 2013, P. 25).

esquizofrenia, trastorno bipolar, dislexia, etc.–” (Artigas-Pallarés, Guitart, Gabau-Vila, 2013, p. 25).

Pero no hay entre ellos límites definidos sino solapamientos,

“Los TND no son entidades con límites precisos sino que, por el contrario, se caracterizan por la heterogeneidad y el solapamiento entre ellos. Los ejemplos que justifican este planteamiento son múltiples. (Por ejemplo) El TEA se asocia a discapacidad intelectual en el 70% de los casos (...) De todo ello se puede inferir que los TND comparten genes, mecanismos moleculares y vías involucradas en el neurodesarrollo.” (Artigas-Pallarés, Guitart, Gabau-Vila, 2013, p. 25).

Lo que se puede comentar para cerrar el capítulo y la exposición, es que la evolución del término autismo en el DSM refleja la evolución que el término ha experimentado a lo largo de la historia y cómo esto ha influido en las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo. Nosológicamente, al comienzo, se usó como síntoma de la esquizofrenia bajo el nombre “autismo infantil”, para posteriormente pasar a llamarlo “Trastorno autista” como síndrome con entidad nosológica propia. Para por último, denotar un concepto mucho más amplio, al pasar a llamarse “Trastornos de Espectro de Autismo”. Al igual que pasó de poder usarse en psicopatología de adultos, dentro de la esquizofrenia, para después ser usado restrictivamente en psicopatología infantil. Paralelamente, a nivel conceptual, comenzó siendo sinónimo de aislamiento y retracción. En un segundo tiempo lo fue de déficit en la receptividad afectiva, para pasar por último por la triada y el dúo fusión de las alteraciones en la interacción social en sus cuatro tipos, las alteraciones en la comunicación y las actividades e intereses estereotipados.

Discusión y conclusiones

Como se ha visto a lo largo de la tesis, durante estos dos últimos siglos el cambio en los términos que designan los fenómenos de la psicopatología infantil ha sido vertiginoso. Los fenómenos que la paidopsiquiatría del siglo XIX se encargaba de estudiar comenzaron a nombrarse bajo el nombre de idiocias. De éstas se derivaron las demencias infantiles, para posteriormente a principios del siglo XX llamarse, esquizofrenia infantil y psicosis infantil. En los años 40 aparece el término autismo infantil precoz mientras los años 80 se crea una nueva categoría nosológica que

revolucionan las clasificaciones clásicas: los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD), para posteriormente en el siglo XXI pasar a denominarse Trastornos del Desarrollo Neurológico (TND). Enfocando en el caso particular del autismo, se puede decir que ha sido clasificado, denominado y significado de diferentes maneras. Como fenómeno clínico ha sido ubicado desde un síntoma de una esquizofrenia, hasta un TND, pasando por ser una psicosis, una esquizofrenia, un TGD, un mecanismo de defensa e incluso una fase del desarrollo normal. Además, para terminar de complicar las cosas, en la actualidad legalmente se lo considera una discapacidad. Nombres también ha recibido muchos, autismo infantil precoz, psicosis autística, autismo secundario encapsulado, trastorno autista, trastorno del espectro autista, etc. Pasando también por una amplia gama de significados, como sinónimo de retirada de la realidad, de aislamiento afectivo, de aislamiento del mundo,...etc. También siendo considerado como sinónimo de cuatro tipos de interacciones anómalas: pasivas, aisladas, extrañas e hiperformales.

El motivo por el que el término autismo ha sufrido un vuelco tan radical tanto en su contenido semántico como en la consideración nosológica, es debido a las limitaciones metodológicas de los estudios estadísticos epidemiológicos, así como al cambio teórico y epistemológico de los científicos que los llevaban a cabo. A nivel teórico, el término autismo sirvió de plataforma para despegue y consolidación de la neurociencia como teoría dominante en la psicopatología. A nivel pragmático el término autismo, al que se refiere en el TEA, representa en el prototipo de la patología grave de la infancia. Los motivos por los cuales se usó el término autismo fueron primero porque estaba suficientemente libre de cualquier connotación peyorativa, como sí la tenía y la tiene el término psicosis o esquizofrenia infantil, y segundo, porque era un término vacío de tradición teórica. Es por ello que el autismo se convirtió en un término perfecto para que la teoría cognitiva aglutinase sus conclusiones empíricas sobre la patología grave de la infancia, sin tener que usar términos que no estaban contemplados en su doctrina teórica: alucinación, fantasía, adaptación a la realidad, regresión...etc. Además fue un término perfecto para aplicar las teorías del aprendizaje y del desarrollo sin ningún cuestionamiento.

La paradoja es que el mismo empeño que se puso en sacar al autismo de la categoría psicosis y de alejarlo del significado aislamiento afectivo, se está poniendo por sostener el mito de que Kanner fue su descubridor. Es paradójico pues si el autismo no es más un aislamiento afectivo de tipo psicótico, Kanner poco tiene que

aportar, excepto el nombre, al nuevo síndrome; mientras que sí lo hacen las conceptualizaciones de Wing e incluso las de Rutter. Quizá la hipótesis más plausible de este empeño sea la necesidad de generar una suerte de validez histórica que sostenga la ilusión de la continuidad temporal del fenómeno clínico que ellos entienden por autismo, lo que ahora se llama TEA, suponiendo que éste ha estado siempre presente en la historia de la humanidad. Por ello, se ven habilitados en la búsqueda de antecedentes históricos a reinterpretar descripciones clínicas de otros psicopatólogos e incluso a diagnosticar retroactivamente a personajes ilustres de la historia. El problema de admitir como válido el diagnóstico trashistórico es que además de ser paracientífico, también podría hacerse a la inversa y habilitar la pregunta: ¿dónde están hoy los idiotas y los cretinos del siglo XIX? Con el ejemplo se puede percibir lo alocado del empeño que se aplica también a la inversa. Pero quizá el argumento más contundente sea decir que si se sostiene este tipo de diagnósticos trashistóricos, tendrían que admitir que el autismo pertenece al fenómeno de las psicosis, pues como se ha visto es análogo a las descripciones de ésta de principios del siglo XX. No está demás aclarar en este punto, que lejos del objetivo de esta tesis está el reubicar al autismo nosológicamente, pero sí el de pedir un poco de rigor epistemológico en la metodología de las diversas clínicas del diagnóstico del autismo.

Aclárese también que no se pone en duda la existencia del fenómeno clínico autismo, ya que se supone que existe en tanto exista la patología grave de la infancia. La cuestión se centra más bien en que para poder asir algo del fenómeno, se hace imprescindible reconstruir el término autismo para saber de qué es de lo que se está hablando cuando se habla de autismo. El resultado que se ha obtenido es que es un término con muy poca consistencia temporal, donde la palabra autismo sirve para designar distintas patologías de diferentes tradiciones epistemológicas.

Así la tradición psicoanalítica ha usado el término autismo para hablar de un tipo de psicosis, un mecanismo de defensa, una fase del desarrollo normal, etc. Todas ellas refiriéndose en su particular modalidad a una suerte de detención, aislamiento o repliegue, normal o patológico, en la fase más temprana del desarrollo. Por ello se hacen las siguientes recomendaciones para aquellos que de esta corriente de pensamiento quieran usar la terminología de la otra propuesta epistemológica. La primera de ellas es entender que el término autismo en tanto psicosis no puede ser sinónimo de TGD, TA, TND, TEA, pues proceden de un paradigma epistemológico diferente. Aunque desde la óptica psicoanalítica uno pueda pensar que la psicosis es

un trastorno en el desarrollo psíquico o del neurodesarrollo, no puede usarse de forma intercambiable con TGD ni TND pues estos términos entre sí no tendrían en principio relación epistemológica, ni semántica, ni nosológica con la psicosis. Lo mismo sucede con la psicosis autística, ya sea de Mahler, Bettelheim, Tustin o cualquiera de los psicoanalistas estudiados, no puede usarse como equivalente a TA o TEA. Es decir, por muy radical que parezca, el autismo no equivale al Trastorno Autista ni a los Trastornos del Espectro del Autismo. Aunque si bien en muchas ocasiones dentro de los TEA haya personas con fenómenos clínicos que un psicoanalista pudiera identificar con una psicosis autística, esto no significa que todos los TEA equivalgan a ella, ya como se ha venido insistiendo a lo largo de la tesis, los TEA abarcan más tipos de déficits en la interacción social y son comórbidos con el retraso mental.

Del lado de la corriente cognitiva la recomendación es no hacer análogo el síndrome de Kanner con el TEA, ni tampoco el síndrome que Ásperger describió. Además sería conveniente que no se usase el término autismo como sinónimo del TEA, desoyendo los antecedentes históricos del cual este término procede. Hay que pedir también que la gente que adhiera a la teoría cognitiva use TGD, TA, TND, TEA para denotar una serie de alteraciones en la interacción social y comunicación acompañado de patrones repetitivos, y no para hablar de cualquier retraso madurativo.

Para resumir, es importante resaltar que si bien la distinción y el uso del autismo dentro de una u otra corriente es claro, el problema procede cuando hay que trabajar con equipos multidisciplinares en los que se convive con clasificaciones psicopatológicas procedentes de enfoques epistemológicos diferentes. Lugares donde la palabra autismo se usa como abreviatura del fenómeno clínico a diagnosticar, desconociendo que procede de toda una tradición teórica con diferentes ramificaciones. Por ello se recomienda tener en cuenta que el autismo desde la teoría cognitiva es leído como un continuum, como el prototipo de la patología más grave de la infancia que se presentan junto con síndromes genéticos como el Síndrome de Down, X-Fragil, etc.; y junto con el retraso mental, con el que es altamente comórbido. El autismo del lado del psicoanálisis alude a un fenómeno mucho menos frecuente, ya que denota un tipo de psicosis que se da en una fase muy temprana de la infancia y con una presentación de síntomas regresivos.

Para terminar se quiere resaltar que la historia del término refleja, como la historia de la psicopatología en general, la influencia de las pugnas entre científicos,

políticos y familiares, que muestran como la batalla de la ciencia no se libra únicamente en un laboratorio. Con este trabajo se ha podido revivir el salto racionalismo alemán al empirismo inglés, motivado no solamente por las consecuencias de la segunda guerra mundial sino por la habilitación de los estudios epidemiológicos para hacer teoría psicopatológica. Esto hace que la psicosis y esquizofrenia infantil caigan prácticamente en desuso para diagnosticar el fenómeno de la patología de la infancia. Haciendo que el autismo y toda la familia de términos cognitivos como TGD, TA, TEA, TND pase a la palestra, siendo ahora el lenguaje de moda para designar los trastornos más profundos de la infancia. Todo esto ha hecho que hoy el término autismo sea el representante de la patología mental grave de la infancia, permitiéndonos tener la ilusión de designar algo tan resbaladizo como es el fenómeno de la patología grave de la infancia.

Siendo un poco osados algo quizá sí se pueda vaticinar sobre éste término autismo y es que está destinado, como sus antecesores, a pasar a formar parte de las páginas del olvido, engrosando los anales de los libros de historia de la psicopatología. Pero antes de que eso pase, los que trabajamos con este tipo de población deberemos acostumbrarnos a manejar con soltura la pluralidad teórica, clínica y metodológica que este término implica. Motivo por el que se invita al lector a hacer el último esfuerzo que requiere la lectura de una aplicación práctica mediante el análisis de un caso clínico.

Una aplicación práctica: Donald, análisis de un caso clínico de Kanner⁶⁸

Donald⁶⁹ es un niño de cinco años de edad, hijo de una graduada universitaria y de un abogado exitoso, que en ocasiones padece de crisis nerviosas. En el momento en el que consultan acaban de tener su segundo hijo varón. Donald nació a término y peso tres kilogramos, tuvo una dentición normal y caminó a los trece meses. Fue alimentado con pecho más un suplemento alimenticio, ya que desde los ocho meses de edad tuvo problemas de alimentación que la familia relata como falta de interés en la comida. De hecho comentan que en la actualidad si ve un dulce no supone ninguna tentación para él.

Como antecedentes de un desarrollo inusual los padres reportan que al año de edad era capaz de tararear muchas melodías que la familia previamente le había cantado. A sus dos años mostró una memoria un tanto excepcional, como era el saber el nombre de muchas casas de su pueblo natal. Además, como la familia se había percatado de esta habilidad se le enseñó varios poemas y salmos que tenían más de una veintena de versos, los que recitaba a la perfección. Otro de los ejemplos de su capacidad de memorística es que conocía un número muy elevado de láminas de una enciclopedia que había en su casa, por lo que conocía los retratos de todos los presidentes de su país. Paralelamente, los padres ya estaban un tanto preocupados porque junto a esa fantástica habilidad, comenzaba a evidenciarse su falta de desarrollo del lenguaje espontáneo, en concreto, los padres relatan que no hacía preguntas ni usaba frases, sino que solo emitía palabras sueltas.

Los padres de Donald también se mostraban un poco extrañados porque desde una temprana edad prefería que le dejaran solo, además de no llamar a su madre si se iba o alegrarse cuando su padre regresaba después de un día de trabajo. Además, no mostraba ningún cambio en su estado de ánimo ni expresión facial con las visitas de sus familiares. Quizá una de los hechos que más llamaban la atención de la familia es que nunca mostró interés alguno por todo lo que se forma en torno a Santa Claus.

⁶⁸ El motivo por el que se ha elegido usar un caso clínico de Kanner es para por un lado ilustrar la clínica de la que surge la delimitación del síndrome y por otro lado para simular la situación en la que los clínicos se ven inmersos cuando le son derivados casos clínicos institucionales donde la admisión y la historia clínica es realizada por otro. Esto es especialmente interesante en el caso de las descripciones de Kanner ya que como está a medio camino entre la influencia del psicoanálisis y el predominio de la psicología cognitiva el modo en el que éste describe sus casos es un tanto particular.

⁶⁹ Donald es el primero de los 11 casos que Leo Kanner presentó en el artículo *Autistic Disturbances of affective contact* de 1943 de Kanner.

El verano de sus cuatro años de edad, los padres pensaron que compartir un verano con un niño sería un buen aliciente para Donald. Pero la respuesta de este fue inexistente, según los padres no le prestó la más mínima atención, no jugaron juntos en todo el verano ni le hizo la más mínima pregunta. De hecho, los padres comentan que no acude cuando se le llama y cuando se desea que vaya a algún lugar tiene que ser trasladado. No realiza ninguna actividad a la que los chicos de su edad muestran interés, al contrario, todo el tiempo parece estar inmerso en una abstracción mental sin prestar atención a su alrededor. Dicen los padres que pareciera estar todo el tiempo pensando.

A los cinco años de edad, en el momento de la entrevista, no manifiesta interés por las personas que le rodean. Respuesta que se repite por ejemplo en el hogar, en el que no presta atención a si hay gente o no en la sala en la que entra, sino que se dirige directamente a examinar los objetos de la sala, especialmente a aquellos que pueden ser girados por él. Si ésta jugando y una persona extraña le interpela o interrumpe con alguna frase, es curioso que no se moleste y que su reacción se limite a apartar la mano o el pie de la persona tal cual si fuera un objeto más, de manera que cuando el obstáculo no está más continúa con lo que estaba haciendo. Por lo general cuando se encuentra frente a niños de su edad continúa desarrollando sus actividades solitarias sin dirigirles si quiera la más mínima mirada. De hecho, si un niño le saca un juguete no le presta la menor atención. En otras ocasiones si un niño le molesta puede reaccionar o mediante la retirada del lugar o tapándose los oídos. La madre relata que ella es la única persona con la que Donald se siente cómodo jugando, dice ella que porque se preocupa por mantener un estrecho contacto con su hijo y por buscar actividades especiales que le agraden.

Lo que los entrevistadores dijeron de su conducta es que manifiesta en general una reducida actividad espontánea. Deambula por la sala mientras sonríe, mueve sus dedos de forma estereotipada haciendo como cruces en el aire. Realiza movimientos de balanceo de cabeza de lado a lado mientras susurra la música o letras de alguna de las canciones memorizadas. Las pocas actividades en las que muestra algo de espontaneidad son las de buscar objetos para hacerlos girar. Parece también que le gusta el sonido de objetos al caer, por lo que tirar objetos al suelo suele ser habitual en él. Además le encanta ordenar diferentes materiales, como palitos, bloques o bolitas, y agruparlos por colores.

Por lo demás no manifiesta otra iniciativa y necesita que se le hagan indicaciones para que realice cualquier otra tarea, ya que la mayor parte del tiempo parece estar absorto. Su día transcurre entre repeticiones interminables de otras acciones previamente realizadas en el pasado. Por ejemplo, si gira uno de los cubos que tiene en su casa éste debe ser girado siempre del mismo modo, comenzando por la misma cara. Si realiza otra actividad como ensartar botones tiene que hacerlo en el mismo orden en el que los botones fueron ensartados la primera vez.

Estos rituales no solamente son protagonistas de sus actividades diarias sino que dominan su expresión verbal. Estos consisten en una serie de conversaciones en las que el interlocutor tiene que repetir exactamente lo que le pide. Si no lo hace Donald se pone muy nervioso, chilla, llora y permanece muy tenso durante un buen rato. Un ejemplo de este ritual verbal es que después de la siesta le pide a su madre que le diga “Don, ¿quieres bajar?”. Cuando la madre se lo pregunta, le pide que le diga “di bien”. Otro ejemplo de ritual verbal es que a la hora de comer, le pide que diga “di cómelo o no te daré tomates, pero si no te lo comes, te daré tomates”, y luego añade: “Di, si bebes eso reiré y sonreiré”.

Además de esto realiza repeticiones de palabras y frases sueltas todo el día de este estilo: “Jazmín trompeta”, “dalia, dalia, dalia”, “crisantemo”, etc., que cuando las pronuncia da muestras de sentir placer. De hecho señala que además de tener estas particularidades verbales, invierte el sujeto de la frase. Cuando por ejemplo quiere que le quites el zapato dice: “quítate el zapato”; o si por ejemplo quiere que su madre le bañe le dice: “¿quieres bañarte?”. Otra cuestión importante es que el primer significado con el que adquiere las palabras le queda fijado, por ejemplo una vez su padre le dijo “baja eso” para que pusiera una pelota en el suelo y ahora dice baja eso cuando quiere que pongan algo en el suelo. Una anécdota familiar similar aconteció cuando su padre intentó enseñarle el significado de la palabra sí, le dijo “si quieres que te suba a caballito di sí, si no di que no”. Donald dijo sí, pero cada vez que quiere que le suban a hombros dice “sí”. Esto se ha extendido a otra rutina de la vida diaria, haciendo que incluso ciertos objetos solo pueden ser usados para ciertas cosas como por ejemplo tener un vaso para la leche y otro para el agua.

Interpretación desde la teoría de Kanner

Desde la óptica de Kanner, Donald puede considerarse como el prototipo de los niños que padecen Trastornos Autistas Innatos del contacto afectivo. Y se dice que puede considerarse el prototipo debido a que cumple con los dos criterios patognomónicos que este autor señala como esenciales en el diagnóstico. El primero de ellos es la soledad autística extrema que caracteriza la conducta observable de Donald. Donald no puede relacionarse afectivamente con las personas ni con su entorno, ya sea porque las ignora o porque prefiere centrar su atención en los objetos. Donald desde muy temprana edad no manifiesta emociones cuando se aleja de su madre ni tampoco cuando reaparece su padre en la habitación donde él está, personas que deberían ser claves para él ya que cuenta tan solo con cinco años. Del mismo modo parece no registrar a la familia o a la gente que llega de visita a la casa, y mucho más llamativo es que ni siquiera mira a los niños que eventualmente comparten juegos en la misma habitación. Recuérdese el verano en el que sus padres llevaron un niño a la casa y él ni siquiera le dirigió una mirada.

El otro síntoma patognomónico que caracteriza el comportamiento de Donald es el de la insistencia obsesiva en la preservación de la igualdad. El modo en el que Donald conserva la igualdad en su vida es por medio de la ejecución incansable de rutinas diarias que repite una y otra y otra vez con una precisión milimétrica. Estas repeticiones son acciones previamente realizadas y que ocupan la mayor parte de su tiempo en vigilia. Lo curioso es que esas acciones no están destinadas nada más que a manipular objetos ya que la madre cuenta que Donald debe ser asistido en la mayoría de sus actividades diarias. Por lo que Donald solo realiza de manera espontánea la manipulación de objetos para hacerlos girar, pero siempre del mismo modo. Kanner dice que esta ansia por mantener todo igual hace que los niños experimenten poder sobre lo que les rodea, como un modo de control. En el caso de Donald uno puede observar ese poder y control en la cantidades ingentes de atención que dedica a sus manipulaciones, en el placer que muestra a la hora de escuchar los objetos que hace caer y también, como veremos a continuación, en la pronunciación de palabras sueltas y frases preestablecidas. A su vez esta sensación de poder puede deducirse inversamente por el miedo extremo y el displacer que Donald experimenta cuando alguno de sus rituales no puede cumplirse por cualquier circunstancia. En este sentido, siguiendo la lógica propuesta por Kanner se puede pensar que para Donald el incumplimiento del ritual es la caída de su mundo omnipotente milimétricamente controlado.

En Donald estas repeticiones también se extienden a rituales verbales en los que hace que su madre participe en una pseudoconversación en el momento de levantarse y a la hora de comer. Recordemos que la alimentación es pensada por Kanner como la primera intrusión a la que se ve expuesto un niño, por lo que podemos entender como Donald en un intento de controlar esa experiencia intrusiva y diferente a su rutina pueda disminuir esa sensación de pérdida de poder con la repetición de algo de lo igual. Lo mismo podríamos pensar del ritual verbal a la hora de levantarse de la cama, ya que ese momento del día representa el comienzo de un nuevo día diferente. Estas repeticiones verbales se observan también en Donald con palabras sueltas, especialmente con el nombre de ciertas plantas. Síntoma que sirve de ejemplo para ilustrar como Donald no usa el lenguaje con una intención propiamente comunicativa sino más bien en el orden de la repetición. Repetición en la que muestra placer por el reencuentro con lo igual y la sensación de control que esto le otorga. Este lenguaje particular del que habla Kanner también se observa en Donald en la reversión pronominal, así como la dificultad en la adquisición del uso del sí y cómo el significado de la palabra queda pegado al contexto original en el que se adquiere.

Respecto al resto de síntomas que Kanner destaca como propios del síndrome hay que aclarar que en el historial de Donald no se menciona la presencia de incapacidad de ajuste motor anticipatorio o fisionomía inteligente.

Interpretación desde la teoría de Bettelheim

Aunque desde la propuesta de Bettelheim Donald es un considerado un autista, éste nunca diría que tiene dificultades de relacionarse afectivamente con los demás ya que para Bettelheim los pacientes con autismo son capaces de manifestar afecto a su modo. Para este autor la clave va a ser la incapacidad de relacionarse con el mundo, que si bien puede parecer una diferencia muy sutil respecto a la propuesta de Kanner, hay que aclarar que cuando Bettelheim habla de la dificultad de relacionarse con el mundo involucra la relación con la realidad. De modo que la dificultad que Donald manifiesta es la de entablar relaciones afectivas con la realidad por medio de su actividad espontánea.

La otra gran diferencia con la conceptualización de Kanner es que para Bettelheim el autismo no es un trastorno innato sino que eclosiona a aproximadamente

a los dos años de edad, como ocurre en el caso de Donald, donde sus padres ubican algo del comienzo de la enfermedad. Recordemos que los padres relatan una memoria inusual de elementos del entorno y experiencias, pero también el comienzo de sus preferencias por estar solo, lo que Kanner interpreta como la necesidad de no ser molestado. Bettelheim da importancia a esa edad por ser el momento evolutivo en el que comienza a entablarse contacto más complejo con el mundo. De hecho si nos fijamos en los síntomas prematuros de Donald, lo que se comienza a bloquear es ese contacto espontáneo con la realidad ya que digamos que gasta su energía en memorizar cosas irrelevantes como los nombres de las casas del pueblo o los poemas que le enseña su familia y a su vez prefiere estar solo. Es decir en el momento evolutivo en el que debería desplegarse hacia el mundo, hacia el contacto con la realidad, Donald se repliega hacia sí mismo.

Pero para Bettelheim algo más tiene que suceder para que el niño reaccione con esta respuesta autista y es que supone que el niño ha tenido que vivir una situación extrema⁷⁰. Y se llama extrema porque no solamente atenta contra la vida del niño incapaz de defenderse, sino porque el niño piensa que es impredecible el resultado y se siente como eterna. En el caso de Donald se podría pensar que esta situación se ha vivido en torno a la alimentación⁷¹ ya que es este el primer síntoma que aparece en su desarrollo. Hay que entender también que esta situación extrema cobra eficacia porque el momento en el desarrollo en el que acontece, el niño no es capaz de distinguir lo interno de lo externo, por lo que cuando vive una situación tan penosa, aunque sea externa la entiende como que abarca el todo. Así podríamos suponer como Donald rechazaría la alimentación por haber sido ésta interpretada como una terrible intrusión a su estado vital, como algo que ponía en riesgo su vida y de lo que no se podía sustraer.

⁷⁰ La situación extrema puede compararse con la experiencia de los presos en los campos de concentración del régimen Nazi. Pero no solo hay que entenderlas en el sentido de situación extrema vital real, como el caso de los niños con marasmo de René Spitz, sino en situación extrema percibida o interpretada como tal.

⁷¹ Para entender como esta cuestión de la alimentación intrusiva puede constituir esta situación extrema se puede citar el caso de Marcia, que es uno de los extensos casos clínicos que Bettelheim desarrolla en su libro de 1967. Marcia es una niña que llegó a la escuela con 11 años. Autista, muda, no respondía frente a objetos sino solo lo hace frente a los estímulos de su propio cuerpo. Es hija de un matrimonio un tanto penoso, fruto de las desgracias de la Segunda Guerra Mundial, que llegaron a manifestar ante el médico que no deseaban tener a la niña. Al respecto afirma Bettelheim que el padre preferiría que Marcia no estuviera para estar más cerca de la madre en tanto hijo, mientras que la madre querría librarse de Marcia para librarse del vínculo con el padre. Sumergida en este clima afectivo y al cuidado de diferentes niñeras, a los dos años de edad Marcia empezó a tener problemas intestinales tan extremos que tuvieron que aplicarle un enema semanal. Esta extracción por la fuerza de sus heces, era el único contacto corporal que a lo largo de la semana tenía con su padre y su madre. Ya que esta era enfermera y éste le ayudaba en las irrigaciones. Esto supuso una intrusión tan extrema en el cuerpo de la niña que hizo que de ahí en adelante se aislase autísticamente de la forma tan radical como se presentó ante el médico.

La consecuencia de todo esto es que para defenderse de esta situación extrema Donald habría reaccionado por medio de una respuesta autista masiva rechazando con ello todo contacto con la realidad. Como ejemplo de esto es que se puede pensar el ritual a la hora de comer con el que Donald en el momento de consulta cuenta todavía. Es decir el ritual ya no solo como un medio para controlar la realidad como diría Kanner sino también como un modo de aislarse de esa realidad penosa gracias a generar otra realidad. Otra manera de comprender la virulencia con la que estos niños experimentan la experiencia extrema es la reacción que estos niños tienen frente a la ruptura de la rutina, como le pasa a Donald cuando su madre no realiza bien el ritual verbal. Él llora, se agita, grita y permanece en tensión por un buen rato. Un observador vería en ello una reacción desproporcionada al hecho, pero se entiende la proporción si se ve como como vería Bettelheim que en realidad el medio no es que es algo peligroso, sino que es un medio asesino del que hay que defenderse a toda costa.

Bettelheim entiende el autismo como la forma más grave de la psicosis, aunque en cierto modo use la palabra psicosis, autismo y esquizofrenia como sinónimos. Usando los criterios de gravedad de Bettelheim Donald quedaría ubicado en un punto intermedio entre la psicosis y el autismo de pacientes mudos. Lo ubicaría en ese lugar ya que Donald conserva algo de la interacción con el medio y algo del interés por el exterior puesto en los objetos, aunque sea esto marcado por tintes ritualistas. En cierto modo alejado del extremo del autismo mudo, en el que el niño habría perdido toda motivación interaccionar con el medio, deslibidinizando el mundo interno y externo. Sin embargo Donald pareciera que todavía puede libidinizar algo que tiene que ver con los objetos que recuerdan a la vida pues son objetos en movimiento a los que hace girar, así como el lenguaje que alude a la naturaleza también viva pues repite nombres de flores que son las plantas en su periodo fértil.

Interpretación desde la teoría de Margaret Mahler

Desde esta propuesta teórica Donald puede ser comprendido dentro de la clasificación de psicosis autista, que se corresponde con el Trastorno Autista Innato del contacto afectivo de Kanner. La hipótesis principal es que Donald habría quedado fijado en una fase muy temprana del desarrollo, o lo que es lo mismo, habría quedado detenido en la fase autística normal. A diferencia de lo propuesto por la teoría de

Bettelheim, para la de Mahler no es necesario que un hecho como por ejemplo la alimentación temprana en Donald sea vivida como una situación extrema, sino que puede producirse un repliegue autista simplemente con una suerte de confusión entre los estímulos procedentes de lo interno y lo externo. Desde esta óptica se puede suponer que Donald en sus primeros meses de vida no sabría interpretar bien tensiones instintivas que son fruto del hambre, sino que simplemente las vivenció como un difuso pero intenso malestar, por lo que era incapaz de dar una respuesta externa acertada para que se le alimentara. Recordemos que es esto precisamente lo que describen los padres, esta especie de falta de interés en la comida que uno puede considerar desde la óptica de Mahler como una no respuesta o una respuesta no acertada. Así como señalan los padres, aunque Donald tenga hambre no es capaz de dirigir su respuesta de acercamiento hacia un dulce, y se puede suponer que lo mismo le pasaba de bebé al no dirigir su cabecita y manos hacia el pecho o la mamadera. Lo que supone Mahler es que esta tensión acumulada se descarga de forma violenta y casi aleatoria en el sentido de que no es dirigida por un estímulo. Ante esta incapacidad de Donald de dar una respuesta concreta frente al hambre, esta necesidad está casi destinada a la no satisfacción, y por repetición de situaciones de insatisfacción hicieron que a Donald no le quedase más remedio que la retracción de todo contacto afectivo frente a la interpretación de un medio hostil.

A esta dificultad de distinguir el origen de la tensión instintiva hay que añadirle que por estar fijado en una fase del desarrollo muy temprano no tendría posibilidad de que un yo aunque fuera rudimentario, mediase en esa espera y menguase el dolor de la no satisfacción. Esta ausencia de yo bien consolidado puede observarse especialmente en la reversión pronominal, donde siempre es un sujeto otro el protagonista de la acción que él quiere hacer. La explicación que Mahler aporta a esta ausencia de yo consolidado es que Donald no habría podido tomar a la madre como molde de yo rudimentario que le ayude a estructurar la realidad y a estructurarse. Es como si Donald no hubiera podido percibir el afecto procedente del mundo exterior en general y en particular de su madre y no la hubiera podido libidinizar y por ello tampoco puede libidinizar el mundo. Hecho que es fácilmente observable en Donald ya que como diría Kanner Donald tiene dificultades de establecer contacto afectivo con el mundo y con los demás, y en especial con sus progenitores, aunque la madre diga que es ella a la que mejor tolera. Veamos que en este sentido es absolutamente contrario a la conducta predominantemente fusionada del niño psicótico simbiótico.

Otras de las manifestaciones que apoyan la hipótesis de que Donald está más cerca de lo psicótico autista y no de lo psicótico simbiótico es por ciertas manifestaciones conductuales que Mahler marca como definitorias, como es la marcada sensación de autosuficiencia que expresan. Esto es lo que Kanner llama soledad autística extrema y que en Donald podemos observar en estos dichos de los padres que dicen que pareciera que pasa la mayor parte del día absorto en sus pensamientos y debe ser asistido en todo lo demás. Es por ello que en Donald cualquier ruptura de esta soledad o cambio en este estado es respondido mediante el apartamiento de la mano o parte del cuerpo interviniente del intruso, pareciendo que la acción no está dirigida al otro en tanto persona total, sino a una parte de su cuerpo. Mahler interpreta esta autosuficiencia como la consecuencia directa de eliminar alucinatoriamente la existencia de estímulos sensoriales y también estímulos afectivos.

Interpretación desde la teoría de Frances Tustin

Donald desde la óptica de Tustin puede considerarse como un ejemplo de Autismo Secundario Encapsulado. Desde esta teoría lo crucial del caso no sería ni la dificultad del contacto afectivo, ni la interpretación de la alimentación como una situación extrema o la dificultad de interpretar los estímulos del interior del cuerpo y sus devastadoras consecuencias, sino que la clave es la conciencia temprana de separación corporal con su madre. Es decir, Donald habría experimentado de manera traumática el apercibirse demasiado pronto que el pecho materno y lo que este representa en tanto fuente de alimentación, afecto y sostén, no formaba parte de su propio cuerpo, de modo que en ese lugar lo que Donald siente es un abismo, un vacío o como Tustin lo llama, un agujero negro. Es por ello que en Donald podemos observar estas dificultades de relación con la comida, con sus vínculos tempranos y con su propio cuerpo, al que agita, pasea y hace mover los dedos.

Para Tustin el autismo puede entenderse como una respuesta secundaria, como un mecanismo de defensa frente al trauma de separación con la madre. De tal manera que los síntomas de Donald como los describe Kanner: mutismo, la ecolalia, la evitación de la relación con los demás, etc. solo constituyen en Donald una reacción secundaria a fin de protegerse frente al trauma de separación. Es decir, es como si Donald hubiese congelado este trauma temprano a la espera de que pudiera ser

tramitado en otro momento de la vida. A este conjunto de reacciones defensivas Tustin lo llama caparazón autista y las agrupa en un solo concepto pues para ella la función de todas ellas es la de generar sensaciones corporales para hacer que el ambiente y el propio cuerpo permanezca estable, así como para negar esa vivencia de agujero negro y la negación de la sensación de aniquilación. Este caparazón autista está compuesto a su vez por objetos autistas y figuras autistas de sensación.

Los objetos autistas en Donald son aquellos objetos que él usa a fin de hacerlos girar, aquellos que estrella en el piso para escuchar el sonido al caer y aquellos que agrupa. De estos Donald extrae sus cualidades físicas y sobre todo táctiles para ponerlas en su propio cuerpo. Es decir, extrae la dureza y la girabilidad del cubo que hace rotar, extrae la tensión y resistencia de los objetos que hace caer al piso y las cualidades de los objetos que agrupa por colores. Esto sirve para que Donald excluya la conciencia de que su cuerpo es diferente al ambiente que le rodea y con ello excluye la presencia del trauma temprano. El uso de estos objetos da tranquilidad y en Donald puede observarse en su preferencia por estos frente a la presencia humana. Diría Tustin que del balanceo de la cabeza, el deambular por la sala y el dedeo, son las figuras autistas de sensación de Donald, de las que extrae sensaciones táctiles con las que mágicamente convierte superficies en parte de su propio cuerpo a medida que las va tocando. Al igual que las anteriores son tranquilizadoras y calmantes pero estas no aportan lo estático o lo rígido, sino todo lo contrario aporta cualidades de fluctuación, viscosidad, resbalar... etc.

Este uso masivo que Donald hace de objetos y figuras autistas le permite generar la sensación de estar resguardado dentro de su caparazón autista pero hace que tenga a su vez un uso peculiar de los sentidos del oído y la vista, prefiriendo el uso del tacto por encima de otros sentidos y de ahí esa manipulación que hace de los objetos.

La interpretación cognitiva: DSM-5 y Lorna Wing

Si usamos los criterios diagnósticos del DSM-5 (Ver tabla 10, ANEXO II) podremos decir que Donald padece un trastorno del espectro autista (TEA). Cumple el criterio A de déficit de la comunicación social y de la interacción en el sentido de que tiene deficiencias en la reciprocidad socioemocional al mostrar fracaso en iniciar y

responder a interacciones sociales de una manera bastante grosera, no pudiendo sostener una interacción social ni con iguales ni con adultos, pudiendo únicamente en ocasiones tolerar la presencia más activa de su madre en sus juegos. Muestra deficiencias en las conductas comunicativas verbales, siendo incapaz de mantener una conversación propiamente dicha ya que sus respuestas son más bien una ecolalia retardada. También muestra deficiencias en las conductas comunicativas no verbales ya que no mira cuando se le habla, no realiza gestos de expresión cuando debiera. Muestra además deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales al punto de que no muestra interés por otras personas, ni siquiera las más cercanas como su madre o su padre.

Donald también cumple el criterio B de patrones repetitivos de comportamiento e intereses. Manifiesta movimientos estereotipados con su balanceo, deambular y dedeo. Usa los objetos de manera repetitiva, y como se expuso en el párrafo anterior su habla es estereotipada. Sus actividades autónomas son repetitivas y monótonas y constituyen un patrón ritualizado, además no muestra más interés que ese en el mundo que lo rodea. Respecto al resto de criterios, se puede decir que cumple el criterio C ya que los síntomas estaban presentes en las primeras fases del desarrollo. También cumple el criterio D ya que se puede interpretar que su vida está deteriorada en varias áreas ya que su madre relata que debe ser atendido en todas las actividades del día a día. Por último añadir que cumple el criterio E, ya que el lenguaje está muy por debajo de lo que se podría esperar para un niño de 5 años.

Es importante señalar que desde la óptica de Lorna Wing y en general desde la óptica cognitiva lo importante del caso no es si Donald tiene dificultades del contacto afectivo, sino que la clave es el tipo de déficit de la interacción social, entendida esta como el intercambio social entre dos o más personas. En Donald el tipo de déficit de la interacción social pareciera que es del tipo aislado ya que su conducta en general muestra un desinterés total por las personas que están a su alrededor y actúa como si los demás no existiesen. Se puede descartar el tipo de interacción pasivo ya que Donald no es que no inicie interacciones sino que tampoco sostiene las interacciones iniciadas por el otro, del mismo modo puede excluirse el tipo de interacción activa pero extraña e hiperformal.

Sobre las distintas interpretaciones teóricas del caso de Donald

Lo primero que hay que comentar es que la descripción del caso de Donald nos acerca en la práctica al fenómeno clínico original que Kanner vio y usó para aislar el síndrome, por lo que uno de los primeros aportes que se desprenden de haber sido analizado desde la óptica de las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo es que se ha podido observar la distancia o cercanía con la que las distintas teorías se acercan al planteamiento original. Otro de los aportes es que se ha podido visualizar en la práctica las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo con sus particularidades diferenciales pero también con sus puntos de encuentro. Por ejemplo, el punto en el que las diferentes clínicas coinciden es que Donald es autista y más o menos todas ellas acuerdan en que una serie de síntomas tienen que estar presentes, aunque cada autor de un énfasis diferente a estos síntomas y tenga un término diferente para designar el síndrome.

Uno de los puntos en los que disienten estas teorías entre sí es en el síntoma central del cuadro ya que no es lo mismo plantear como central dificultades de contacto afectivo que pensar por ejemplo en un trauma de separación temprano. Otro de los aspectos a destacar es que el análisis del caso de Donald ha permitido ver cómo al ser interpretado desde diferentes planteamientos teóricos, en cierto modo cambia tanto la visión sobre el fenómeno como las particularidades del tratamiento pero a la vez el fenómeno sigue siendo el mismo, es decir que lo que ha cambiado es el enfoque desde el cual se observa, desde el cual se define. Añadido a esto, otro de los aportes de este análisis es que se ha podido ver cómo ha cambiado con el tiempo la manera de abordar los casos de autismo, por ejemplo si se compara la descripción de Kanner con la del DSM-5 es fácil ver cómo en la última se prioriza la descripción observable de la conducta de interacción de Donald frente a las hipótesis de su funcionamiento psíquico y también frente a la descripción de la dinámica familiar.

Por último señalar que el análisis del caso de Donald aporta un ejemplo de cómo a veces no es intercambiable el diagnóstico entre las diferentes posturas epistemológicas. Por ejemplo, desde la óptica de Bettelheim, Tustin y Mahler Donald puede considerarse dentro de las patologías psicóticas y no siendo nosológicamente incompatible el diagnóstico con el de autismo, mientras que Donald no podría ser considerado como psicótico desde el DSM-5 pues no manifiesta delirios ni alucinaciones. Igualmente puede mencionarse como desde la óptica de Wing un TEA

con una interacción activa pero extraña sería considerado por ella dentro del fenómeno autismo, mientras que lo más probable es que la óptica psicoanalítica una persona con eses tipo de interacción fuese considerado un psicótico.

Reflexiones Finales

Lo más interesante de haber podido hacer una aplicación práctica del recorrido histórico-teórico por las diferentes corrientes psicológicas, es que se puede observar con claridad las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo, cada una de ellas con sus postulados, metodologías y planteamientos teóricos. En general las posturas de los psicoanalistas van a tender a formular hipótesis explicativas y etiológicas del trastorno, mientras que en la postura cognitiva basta con acumular una serie de criterios o ver si se asimilan a un patrón conductual. O lo que es lo mismo, el psicoanálisis tiende a mezclar la psicopatología descriptiva y dinámica, mientras que al neurociencia usa las psicopatología descriptiva de forma más pura.

Quizá una de las cosas más sorprendentes que se ha extraído de este trabajo es que el psicoanálisis y la teoría cognitiva pueden llegar a conclusiones similares frente a un caso clínico en el diagnóstico del autismo. Ambas pueden decir algo que tiene que ver con el diagnóstico del autismo y si el profesional del equipo multidisciplinar conoce las particularidades teóricas, metodológicas y epistemológicas puede sumar los aportes de ambas posturas. Pudiendo comprender cuando y porqué el término autismo es más amplio o más estrecho en sus descripción del fenómeno clínico, cuando se pone un énfasis descriptivo y nosológico diferente en la descripción de cada autor y cuando ciertas conclusiones no son intercambiables entre autores o entre las distintas clínicas.

Es por ello que se sostiene que las diferentes clínicas del diagnóstico del autismo pueden convivir y ser usadas por distintos profesionales aunque adscriban a corrientes epistemológicas diferentes. Lo importante para el rigor clínico y académico es que se tomen los criterios diagnósticos de forma sólida metodológicamente hablando. Esto conlleva la obligación de conocer los criterios diagnósticos propios y ajenos a la corriente epistemológica a la que el profesional adscriba, así como obligación de conocer la epistemología, contextos y criterios de exclusión como el diagnóstico diferencial, ya que no tiene las mismas implicaciones descartar la presencia de psicosis que un retraso mental. Pero además conlleva que la persona se manifieste teóricamente sobre su postura diagnóstica a la que adscribe, motivo por el cual aquí no se defienden los modelos diagnósticos ateóricos, que a juicio de quien escribe dificultan la comprensión y diálogo entre disciplinas ya que no hay modelos sin teoría que lo sustente.

Como aporte final resaltar que tras este trabajo se puede sostener con firmeza un juicio de valor y es que para hacer un buen diagnóstico de autismo no solamente es necesario contar con buenos criterios diagnósticos sino que también es necesario cultivar una buena mirada clínica que aporte no solo la práctica clínica sino también el conocimiento teórico, ya que hasta el día de hoy solo es posible hacer el diagnóstico del autismo mediante la observación del comportamiento, al no existir marcadores biomédicos fiables.

Referencias

- Acta (Ed.) (1969). III Psicosis no atribuidas a cuadros físicos mencionados anteriormente (295-298). En Ferrari, H. & Perdomo, R. (Trad.), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales* (pp. 54-62). Buenos Aires: Acta.
- Ajuriaguerra, (1973) Las Psicosis Infantiles. En *Manual de Psiquiatría Infantil* (4º Ed) (3º Reimpresión) (pp. 673-723), Barcelona: Toray-Masson (1979)
- American Psychiatric Association (Ed.) (2014). Trastornos del desarrollo neurológico. En Burg Translations (Trad.) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V* (pp. 17-48). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1995). Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En Pierre Pichot (Coord.), J. J. López-Ibor (Ed.), T. Flores i Formenti, J. Toro Trallero, J. Masana Ronquillo, J. Treserra Torres, C. Udina Abelló (Trad.). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp. 39-128). Barcelona: MASSON, S.A.

- American Psychiatric Association (Ed.) (1992). Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En Burg Translations (Trad.) DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3º Reimpresión) (pp. 31-118, 481). Barcelona: MASSON.
- Artigas-Pallarés J, Guitart M, Gabau-Vila E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista Neurología*; 56 (Supl 1), 23-34.
- Artigas-Pallarés, J. & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (115), 567-587. doi: 10.4321/S0211-57352012000300008
- Artigas-Pallarés, J (2010). Autismo y vacunas: ¿punto final?. *Revista de Neurología*, 50(3), 91-99. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S03/bdS03S091.pdf>
- Ballesteros, C. (2014). *Los mecanismos de defensa en los estudiantes universitarios internacionales. Un estudio descriptivo desde el psicoanálisis kleiniano*. (Tesis posgrado, Instituto Universitario de Salud Mental de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Argentina).
- Balbuena Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII (100), 333-353.
- Balbuena Rivera, F. (2014). La contribución de Frances Tustin a la psicoterapia del espectro autista. *Clínica e Investigación Relacional*, 8(2): 489-504. Recuperado de www.ceir.org.es
- Berrios, G. H. (2008). Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XX (1ª Reimpresión). México: FEC. (2013).
- Bettelheim, B. (1967). *La fortaleza vacía: autismo infantil y nacimiento del yo*. (1ª Ed.) Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Bond, A. H. (2008). *Margaret Mahler: Una biografía del psicoanalista*. Jefferson, Carolina del Norte, Estados Unidos: McFarland & Co, Jefferson, NC.

- Chamorro, (2013). El tiempo histórico y la discontinuidad histórica: disertación teórico-metodológica para la comprensión de los discursos ocultos. Aproximación a la concepción de la historia de Walter Benjamin y Michel Foucault. En *Acta Científica XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología 2013*. Recuperado de http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT16/GT16_ChamorroRosero.pdf
- Dörr, O. (2002). El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 297-306. Recuperado en 03 de octubre de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272002000400002.
- Evans, B. (2013). How autism became autism. *History Human Sciencs*. 26(3): 3–31. doi: 10.1177/0952695113484320
- Foucault, M. (1957). La psicología de 1850 a 1950. *Dits et ecrits* (pp. 120-137), Paris: Gallimard. (1994).
- Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. En Amorrotu (Ed.) y Etcheverry (Trad.), *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-224), Buenos Aires: Amorrotu Editores. (1992).
- Frith, U. (1989). Autismo. Hacia una explicación del enigma. (1ª Ed.) (2ª Reimpresión). Alianza editorial: Madrid (2009).
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*. Vol. 35(3). 257-261. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000300010&script=sci_arttext
- Gijón, M. (28 de octubre 2014). Asociaciones de padres piden a la RAE que cambie la definición de 'autista' en el nuevo diccionario. *El Comercio*. Recuperado de <http://www.elcomercio.es/culturas/libros/201410/28/asociaciones-padres-piden-cambie-20141028001810-v.html>

- González Ordi, H y Miguel-Tobal, J. (2000). La consciencia dividida: de Pierre Janet a Ernest R. Hilgard. *Historia de la Psicología*. Vol. 21(2-3). 305-328. Recuperado de www.revistahistoriapsicologia.es
- González de Rivera, J.L. (1998). Evolución histórica de la psiquiatría. En *Psiquis*, Vol. 19 (5). 183-200. Recuperado de http://www.psicoter.es/_arts/98_A155_02.pdf
- Horgen Evensen, J. (2012). *Symptom profiles in first episode psychosis*. (Tesis doctoral, Universidad de Oslo, Noruega). Recuperada de <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/34671/dravhandling-evensen.pdf?sequence=1>
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (1996). Capítulo 1. Cerebro y conducta. En *Neurociencia y conducta*. Prentice Hall.
- Kanner, L (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. En *Revista Española de Discapacidad Intelectual Siglo Cero*. (1993). Recuperado de <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo11/files/autismo-2013/TRASTORNOS-AUTISTAS-DEL-CONTACTO-AFECTIVO.pdf>
- Kanner, L (1972). La esquizofrenia. En *Psiquiatría Infantil* (3ª Ed.) (pp. 726-749). Siglo Veinte, Buenos Aires.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1967). Narcisismo. En *Diccionario de Psicoanálisis* (1ª Ed.) (6ª Reimpresión). Paidós, Buenos Aires. (2004).
- Lerner, H., Paineira, A., Nemirovsky, C. Y Zirlinger, S. (2002). Diálogo acerca de la obra de Donald Winnicott. *Psicoanálisis APdeBA*, 24(3). Recuperado de http://www.slowmind.net/colombo_net/dialogo1.pdf
- Luna García, R. (2012). La terminología en el campo de los Trastornos del Espectro Autista (TEA): de la heterodenominación a la autodenominación. *Llengua, Societat i Comunicació*, 10, 31-38. Recuperado de http://www.academia.edu/3606069/La_terminolog%C3%ADa_en_el_campo_de_los_Trastornos_del_Espectro_Autista_TEA_

- Mahler, M. (1952). Capítulo VII. Psicosis Infantil y Esquizofrenia: psicosis infantiles autística y simbiótica. En Mahler, M. (1984) Estudios 1 Psicosis Infantiles y otros trabajos. Buenos Aires: Paidós.
- Mahler, M. (1965). Capítulo VIII. Psicosis Infantil Temprana: Los síndromes simbiótico y autístico. En Mahler, M. (1984) Estudios 1 Psicosis Infantiles y otros trabajos. Buenos Aires: Paidós.
- Mahler, M. y Furer, M. (1960). Capítulo XIII. Observaciones sobre la investigación relativa al “síndrome simbióticos” de la psicosis infantil. En Mahler, M. (1984) Estudios 1 Psicosis Infantiles y otros trabajos. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, A. (1995). Constructivismo, ¿una vuelta a los principios filosóficos del positivismo?. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 28: 5-13. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2941772>
- Navarro, V. (1998). Constructivismo e historia de la ciencia: ¿por qué resistirse al constructivismo?. *Cronos*, 2 (1): 157-184. Recuperado de http://digital.csic.es/bitstream/10261/100432/1/Cronos_2_1_1999_157-184.pdf
- Novella, E. y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clinica y Salud*, 21(3): 205-219. doi: 10.5093/cl2010v21n3a1
- Novella, E. (2002). Psiquiatría y filosofía: un panorama histórico y conceptual. *Frenia*, II(2): 7-31. Recuperado de <https://herafunizar.files.wordpress.com/2014/03/psiquiatrc3ada-y-filosofc3ada-cex.pdf>
- Painceira, P (1997). Clínica Psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott. Buenos Aires: Lumen
- Perez Oliva, M. (28 de septiembre 2014). Reportaje: ¿Estamos tan enfermos como para consumir tantos ansiolíticos?. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html

- Postel, J. y Quétel, C (Coord.) (2000). Nueva Historia de la Psiquiatría. (2ª Ed.) Fondo de Cultura Económica: México. (1983)
- Real Academia Española. (2001). Autismo. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=autismo>
- Real Academia Española. (2001). Autista. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=autista>
- Real Academia Española. (2001). Cretinismo. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=cretinismo>
- Real Academia Española. (2001). Idiocia. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=idiocia>
- Real Academia Española. (2001). Idiota. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=idiota>
- Real Academia Española. (2014). Autista. En *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.).
- Real Academia Española. (2014). Esquizofrenia. En *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=esquizofrenia>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Afección. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado de http://dtme.ranm.es/dtm/d_busca.php?LEMA_BUS=afecci%C3%B3n&keyLinkCode=
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Autismo. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado de http://dtme.ranm.es/dtm/d_busca.php?LEMA_BUS=autismo&keyLinkCode=
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Auto. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado de <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=34314&cual=0>

- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Enfermedad. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado de <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=81947&cual=2>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Ismo. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado de <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=123238&cual=0>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Síndrome. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado de <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=175851>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Patognomónico. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado de <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=155371&cual=0>
- Real Academia Nacional de Medicina. (2012). Trastorno Generalizado del Desarrollo. En *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado de <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=185990&cual=1>
- Tustin, F (1984). *Autismo y psicosis infantiles*. (2ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Tustin, F (1987). La naturaleza del autismo psicógeno: panorama de conjunto (1985). En *Barreras autistas en pacientes neuróticos* (pp. 25-39). Buenos Aires, Amorrortu.
- Tustin, F (1990). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Tustin, F (1995). Ser o no ser: un estudio acerca del autismo. *Psicoanálisis APdeBA*, 17(3), pp. 675-696.
- Viveros Fuentes, S. (Ed.) (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*. (3ª Ed.). Manual Moderno, México D. F.
- Wing, L. (1993). The Definition and Prevalence of Autism: A Review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2(2), pp.61-74. Hogrete & Huber Publishers. Recuperado de <http://www.mugsy.org/wing.htm>

Wing, L. (1998). El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. (1938). Reseña de libro sobre autismo. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/resaut.htm>

Winnicott, D. (1966). Autismo, observaciones clínicas. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/clinaut.htm>

Winnicott, D. (1967). El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/regrclin.htm>

Anexos

Anexo I

Tabla 1: Presentación esquemática de la descripción de autismo de Leo Kanner (1943)

<i>Trastorno</i>	<i>Nombre del síntoma</i>	<i>Descripción detallada</i>
<i>Autista Innato del Contacto Afectivo</i>		
<i>Síntoma patognomónico</i>	Soledad autística extrema: incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de su vida	-Preferencia por los objetos por sobre las personas -Tomar a las partes de la persona como objetos -No dirección de la mirada -No juega con los niños
<i>Síntomas</i>	Ausencia de ajuste motor anticipatorio	-Cuando el bebé es alzado: flacidez o tensión.
	Uso particular del lenguaje	-Variabilidad en la adquisición -Uso: no para la comunicación sí para la repetición -Amplio vocabulario -No uso del "sí". -Uso de frases en ecolalia (frases fijas para cada acción) -Inversión pronominal junto con la entonación del emisor
	Necesidad de no ser molesto	-Lo que llega del exterior se interpreta como una intrusión. Manifestado en el rechazo de alimentos, ruidos fuertes y objetos en movimiento.
	Limitación del número y variedad de actividades realizadas espontáneamente	-Deseo de mantener la igualdad. -Mala tolerancia a los cambios de rutina y de objetos de la casa.
	Fisionomía inteligente	-Miedo al cambio

Tabla 2: Resumen de las acepciones del término autismo para Margareth Mahler

<i>Tres acepciones del término autismo</i>	<i>Nombre</i>	<i>Descripción</i>
<i>Fase del desarrollo normal</i>	Fase Autística	-Se caracteriza por la ausencia de la conciencia del mundo exterior así como por la conciencia exclusiva del propio cuerpo. No reconoce la diferencia entre sí mismo y las cosas inanimadas. Dura desde el nacimiento hasta los dos meses de edad.
<i>Como un tipo de psicosis</i>	Psicosis Autística	-Detención del desarrollo en la fase autística normal.
<i>Como un</i>	Mecanismo autista	-Consiste en la exclusión, la eliminación alucinatoria negativa (alucinación negativa) de las fuentes

<i>mecanismo de defensa</i>	potenciales de percepción sensorial, en especial aquellas que exigen una respuesta afectiva.
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 3: Definición de autismo de Bettelheim (1967).

<i>Uso de diferentes términos</i>	<i>Definición</i>
<i>Autismo, psicosis y esquizofrenia infantil</i>	-Una perturbación de la capacidad de relacionarse con el mundo, tenderá a hacerse más aparente hacia el segundo año de vida.

Tabla 4: Significados y usos del término autismo para Frances Tustin.

<i>Dos acepciones del término autismo</i>	<i>Término</i>	<i>Definición</i>
<i>Como un tipo de psicosis</i>	Autismo Patológico	-Reacción psico-química, neuromental, frente al trauma que produce la percatación temprana de la separación física con la madre dadora y amamantadora.
	Encapsulamiento autista	-Acción de meterse en el caparazón autista. -Mecanismo de defensa muy primario. Precursor de la represión, de la desmentida y del olvido. Más que un mecanismo de defensa psíquico se podría hablar de una reacción psicofísica protectora.
<i>Como un mecanismo de defensa</i>	Caparazón autista:	-Son sensaciones autistas autogeneradas para mantener estable el ambiente. Estas son las generadas por los objetos autistas y las figuras autistas de sensación.
	-Figura autista	-Sensaciones táctiles generadas por diferentes actividades táctiles sobre superficies del cuerpo del sujeto o sobre objetos externos. Son como parte de la superficie corporal del sujeto con el objetivo de hacer desaparecer la conciencia de separación de su cuerpo.
	-Objeto autista	-Objetos que son sentidos como partes del cuerpo del sujeto, no son objetos objetivos, sino que son objetos que todavía no son algo distinto del yo o del uno mismo. -Se usan para taponar el desarrollo ya que excluyen la conciencia de separación corporal.

Tabla 5: Descriptores conductuales de Victor Lotter (Table by Victor Lotter, 'Mean percentage scores on 24 behaviour items' (Lotter, 1966 citado por Evans, 2013))

Item	Behaviour rated	Mean percentage scores and types of children		
		Autistic Group A (N=15)	Group B (N=17)	Non-Autistic Group C (N=22)
<i>All speech items *</i>		54	38	12
1.	Speech not used for communication	63	33	0
2.	Reversal of pronouns	21	12	8
3.	Echolalia	67	46	25
4.	Repetition of phrases	67	58	13
<i>All social behaviour items</i>		72	53	14
5.	Visual avoidance	53	38	2
6.	Solitary	97	70	32
7.	Ignores children	87	79	15
8.	Aloof and distant	97	70	18
9.	Walks/looks through people	30	6	0
<i>All movement peculiarity items</i>		40	28	8
10.	Self spinning	47	14	0
11.	Jumping	43	44	14
12.	Flapping	33	14	14
13.	Toe walking	13	18	9
14.	Other marked mannerisms	63	47	5
<i>All "auditory" items</i>		45	34	10
15.	Behaves as if deaf	67	50	5
16.	Covers ears	47	26	11
17.	Distress at noise	23	26	14
<i>All repetitive/ritualistic items</i>		49	16	7
18.	Elaborate food fads	27	6	2
19.	Lines and patterns with objects	43	9	0
20.	Spinning objects	17	9	5
21.	Other elaborate ritual play	83	35	11
22.	Carrying, banging, twirling etc. objects	37	38	9
23.	Insistence on sameness (objects)	53	9	15
24.	Insistence on sameness (events)	80	12	9

* Speaking children only

Anexo II: Tablas criterios diagnósticos DSM.

Tabla 6: Criterios diagnósticos Autismo Infantil del DSM-III (APA, 1980 citado por Artigas-Pallarès y Paula, 2012, p. 579).

6 criterios para el diagnóstico del autismo infantil:

- A. Inicio antes de los 30 meses.
- B. Déficit generalizado de receptividad hacia a las otras personas (autismo)
- C. Déficit importante en el desarrollo del lenguaje
- D. Si hay lenguaje se caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada lenguaje metafórico e inversión de pronombres.
- E. Respuestas extrañas a varios aspectos del entorno; por ejemplo, resistencia a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados.
- F. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la esquizofrenia.

Tabla 7: Criterios para el diagnóstico del trastorno autista en el DSM-III-R (APA, 1992, pp. 45-47).

Por los menos deben estar presentes ocho de los dieciséis siguientes ítems y ha de haber al menos dos ítems del apartado A, uno del apartado B y uno del apartado C.

Nota: Se considerará que se reúne un determinado criterio sólo si la conducta es anormal para el nivel de desarrollo de la persona.

A. El deterioro cualitativo en la interacción social recíproca se manifiesta por los siguientes aspectos: (...).

1) Se tiende a ignorar de forma persistente la existencia o los sentimientos de los demás (...).

2) En periodos de estrés no hay búsqueda de apoyo o ésta es anómala (...).

3) Incapacidad o dificultad para imitar (...).

4) Anomalías o ausencia de juegos sociales (...).

5) Déficit considerable en la capacidad para hacer amigos (...).

B. Existencia de un deterioro cualitativo en la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad imaginativa, como se pone de manifiesto por la presencia de alguno de los siguientes ítems (...):

1) No hay ninguna forma de comunicación, como balbuceo, expresión facial, gestualidad, mímica, o lenguaje hablado.

2) La comunicación no verbal es notablemente anómala en lo que concierne al contacto visual cara a cara, la expresión facial, la postura corporal o la gestualidad para iniciar o modular la interacción social (...).

3) Ausencia de actividad imaginativa, como simulación del papel de adulto, de personajes imaginarios o de animales; falta de interés en las historias imaginadas.

4) Anomalías graves en la producción del habla, incluyendo alteraciones del volumen, el tono, el énfasis, la frecuencia, el ritmo y la entonación (...).

5) Anomalías graves en la forma o contenidos del lenguaje, incluyendo su uso repetitivo y estereotipado (...), uso del pronombre 'tu' cuando resulta apropiado utilizar el pronombre 'yo' (...), uso de palabras o frases peculiares (...).

6) Deterioro importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de lo apropiado del lenguaje (...).

C. Repertorio notablemente restringido de actividades e intereses, como se pone de manifiesto en los siguientes ítems:

1) Presencia de movimientos corporales estereotipados:(...).

2) Preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos (...).

3) Malestar importante frente a pequeños cambios del; por ejemplo cuando se mueve un vaso.

4) Insistencia excesiva en seguir rutinas con gran precisión. Por ejemplo, seguir siempre el mismo camino cuando se va de compras al supermercado.

5) Restricción notable en el conjunto de intereses y preocupación excesiva por algún aspecto determinado. Por ejemplo, interés centrado únicamente en alinear objetos, en recoger detalles sobre la meteorología actual, o en creerse un personaje fantástico.

D. Comienzo en la infancia o la niñez.

Especificar si el comienzo es en la niñez (después de los 36 meses de edad).

Tabla 8: Criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista del DSM-IV (APA, 1995, p. 74).

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

(b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo

(c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)

(d) falta de reciprocidad social o emocional

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)

(b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Tabla 9: Criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista del DSM-IV-TR (APA, 2000 citado por Artigas-Pallarès y Paula, 2012, p. 582).

A. Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

(1) Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

(a) Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.

(c) Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).

(d) Falta de reciprocidad social o emocional.

(2) Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

(a) Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).

(b) En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.

(c) Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrático.

(d) Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

(3) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes

manifestaciones:

(a) Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.

(b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.

(c) Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).

(d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) interacción social, (2) empleo comunicativo del lenguaje o (3) juego simbólico.

C. La perturbación no encaja mejor con un trastorno de Rett o trastorno desintegrativo infantil.

Tabla 10: Criterios diagnósticos Trastorno Espectro Autista del DSM-5 (APA, 2014, pp. 28-30).

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (...):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (...):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (...).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (...).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (...).
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (...).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o

genética asociada.)

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 65–66). (Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89

[F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).