

Autora: María Eugenia Bellone Cecchin

Título: El vínculo afecto-lenguaje-invariabilidad en el autismo infantil precoz: aporte para una redescrición y ajuste del fenómeno autístico

Tesis Doctoral

Carrera: Doctorado en Psicología

Tribunal evaluador: Dr. Carlos Arias

Dra. Patricia Scherman

Dr. Nicolas Venturelli

Director: Dr. Juan de la Cruz Argañaraz



El vínculo afecto-lenguaje-invariabilidad en el autismo infantil precoz: aporte para una redescrición y ajuste del fenómeno autístico © 2023 by M. Eugenia Bellone Cecchin is licensed under CC BY-NC-ND 4.0. <https://rdu.unc.edu.ar/>

Fecha: 19/09/2023

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Psicología

Carrera de Doctorado en Psicología



**El vínculo afecto-lenguaje-invariabilidad en el autismo infantil precoz: aporte para una
redescripción y ajuste del fenómeno autístico**

Palabras clave: Autismo infantil precoz – Descripción – Afecto/Lenguaje/Invariabilidad -
Programas de Investigación Científica.

Área de especialidad: Clínica – Metodológica.

Postulante: Mgtr. Prof. Bellone Cecchin, María Eugenia (Universidad Nacional de Córdoba:
Eugenia.bellone@unc.edu.ar)

Director: Dr. Argañaraz, Juan de la Cruz (Universidad Nacional de Córdoba:
juanarga@gmail.com)

Córdoba, mayo de 2023

Dedicado a la enorme familia clínica
que me ha acompañado desde siempre, de
la cual, la presente tesis es completamente
deudora.

Agradecimientos

Quisiera expresar mi mayor agradecimiento a mi familia, a mi compañero y a mis compañeras académicas de la Facultad de Psicología y de la Facultad de FFyH; en especial a Daniela Tello y a mi director Juan Argañaraz, a la Secretaría de Ciencia y Técnica y a la Universidad Nacional de Córdoba

INDICE

Agradecimientos	4
Listado de abreviaturas	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
Listado cronológico de las obras de Kanner:	12
INTRODUCCIÓN	16
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	24
Hipótesis de trabajo y objetivos	24
Objetivo General	24
Objetivos Específicos	25
METODOLOGÍA	26
a) Tipo de investigación:	27
b) Método:	27
c) Técnica:	28
d) Actividades:	28
e) Decisiones metodológicas:	28
CAPÍTULO I	31
JUSTIFICACION METODOLÓGICA: SOBRE EL FALSACIONISMO SOFISTICADO Y LA METODOLOGÍA DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	31
La Metodología de los PICs	33
Imre Lakatos y la filosofía de la ciencia	35
El problema de la demarcación	38
Lakatos: ampliando a Popper y acotando a Kuhn	40
Historia interna e historia externa	42
Elementos del PIC: núcleo firme y teorías auxiliares	43
Heurística positiva, heurística negativa	45
El problema de la descripción y la lucha por establecer los términos de la realidad empírica (T-teoricidad)	48
Conclusiones de este capítulo	50
Capítulo II	52
CONTEXTO EPISTEMOLÓGICO CONTEMPORÁNEO A LEO KANNER	52
Historiografías de la psiquiatría y la psicopatología	53
“La clínica es soberana”: El Programa de Investigación Científica Clínico	55
“ <i>Qui bene diagnoscit bene curat</i> ”	58
Sobre las nosografías	61

Elementos del PIC Cl	63
Desvíos del Programa de Investigación Científica Clínico.....	65
El Programa de Investigación Científica Psicoanalítico (PIC Psa)	70
J. F. Herbart y W. Griesinger: aportes a la teoría freudiana del yo.....	75
Los rodeos freudianos en torno a la formación del yo. Entre el autoerotismo y el narcisismo	80
Bleuler-Freud y la disputa del autoerotismo/autismo	86
Freud: El legado de y la deuda con la infancia	90
Melanie Klein y Anna Freud, referentes del psicoanálisis en edades tempranas.....	92
1. Anna Freud y la psicología del Yo (egopsychology).....	93
2. Del ‘completo dominio del niño’ a la técnica del juego	97
Las Grandes Controversias y después.....	103
El Yo freudiano en la dialéctica lacaniana	105
Conclusiones de este capítulo.....	108
Capítulo III	111
UN ‘HECHO NUEVO’: EL DESCUBRIMIENTO DE LEO KANNER AL INTERIOR DEL PIC CLINICO.....	111
Chaskel Leib Kanner y la psiquiatría infantil norteamericana.....	112
Organizar y persuadir: la alianza pediátrico-psiquiátrica	115
Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil (París, 1937).....	118
Perturbaciones autistas del contacto afectivo. Notas preliminares.	120
La descripción de Kanner	122
1. Afecto	124
2. Lenguaje	126
3. Invariabilidad	128
Análisis de la descripción Kanneriana	133
1. Filiación al PIC Clínico, reconocimiento de sus principales exponentes y adhesión a sus postulados.....	134
2. Primacía de la observación.....	136
3. Elementos de su descripción (en términos lakatosianos)	137
4. Jerarquización de síntomas.....	139
5. Signo patognomónico.....	139
6. Síntomas principales/primarios.	141
7. Sintomatología accesoria.....	149
8. Descripción y evolución diacrónica del cuadro.....	155
9. Diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial y pronóstico.	156
10. Etiología.	160

11.Propuesta nosográfica en la que se enmarca.....	162
Historia interna del autismo infantil precoz.....	164
Conclusiones de este capítulo.....	171
Capítulo IV	173
RESPUESTAS POST FACTO AL ‘HECHO NUEVO’ KANNERIANO. SESGOS Y TEORIZACIONES AD HOC	173
El autismo, los autismos, el trastorno del espectro del autismo (TEA).....	174
Otros Programas de Investigación Científica	176
Historia externa del autismo infantil precoz y tendencias de investigación en pugna.....	179
Teorizaciones sobre el autismo kanneriano	181
1. Destinos del PIC Psa.....	181
1.1. El psicoanálisis se viste con un ‘semblante hegeliano’	184
1.2. Vinculación de Kanner con el psicoanálisis norteamericano.....	192
2. La ‘revolución cognitiva’	193
2.1. Teorías sobre el origen del autismo.....	195
2.2. Teorías y Modelos ‘Psicológicos’ explicativos del autismo	197
3. Sesgos sobre la descripción de Kanner y sus observables.....	205
Enfoques terapéuticos [approaches].....	209
4. Internacionalización de los diagnósticos y conformación de los Manuales de Clasificación de patologías mentales	211
4.1. Autismo en los manuales	214
A. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la Familia de Clasificaciones	214
A.1 Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico	219
A.2 Clasificación internacional del Funcionamiento (CIF)	222
B. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).....	223
B.1 Autismo en los DSM II, III y IV	224
B.2 DSM 5.....	229
4.2. Dificultades y críticas presentadas a las nomenclaturas internacionales	234
4.2.1. El caso de Argentina	238
4.2.2. Problemas diagnósticos: la ampliación de categorías teóricas y el ‘autismo-tipo’	239
Conclusiones de este capítulo.....	244
Capítulo V	247
DISCUSIONES (CLÍNICAS, TEÓRICAS Y TERMINOLÓGICAS) PARA UNA PROPUESTA DE DESCRIPCIÓN PROGRESIVA.....	247
1.Problemáticas teórico-terminológicas entre tendencias rivales.....	248
1.1. Vocabulario antecedente y T-teóricos	248
1.2. El autismo contemporáneo ¿dualista?.....	251

1.3. Estímulo-percepción-sensación vs información ¿sensorial?	254
2. Problemáticas clínicas, respuestas clínicas.....	255
2.1.A. El problema de la observación y el diagnóstico ‘clínico’ actual.....	256
2.1.B. El autismo es clínico, continúa sujeto a la observación	257
2.2. El problema del diagnóstico diferencial y el lugar de lo ‘precoz’ en el AIP	260
2.3. El autismo infantil precoz y su distinción de la sintomatología autista. La importancia de recuperar los signos físicos, el estado de salud y las facies	262
2.4. La discusión sobre el origen traumático del autismo secundario y el aporte de las series complementarias	267
3. Propuesta de agregado teórico al AIP Kanneriano	272
El problema del yo: consecuencias en el afecto, el lenguaje y la invariabilidad	272
El todo y las partes: mundo continuo – mundo discreto	276
Recuperación del afecto, el lenguaje y la invariabilidad.....	283
Conclusiones de este capítulo.....	288
RECAPITULACIÓN, CONCLUSIONES FINALES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	292
“Quien no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra”	292
Recapitulación y continuidades	296
Nuevas líneas de investigación	300
BIBLIOGRAFÍA:.....	303

Listado de abreviaturas

AIP: Autismo Infantil Precoz

PIC: Programa de investigación científica

PIC Cl: Programa de investigación científica Clínico

MPIC: Metodología de los Programas de Investigación Científica

PIC Psa: Programa de investigación científica Psicoanalítico

TGD: Trastorno Generalizado del desarrollo

TEA: Trastorno del Espectro Autista

ASD: *Autism Spectrum Disorder*

CUD: Certificado Único de Discapacidad

T-t: Término teórico

T-no t: Término no teórico

UNC: Universidad Nacional de Córdoba

TÍTULO

El vínculo afecto-lenguaje-invariabilidad en el autismo infantil precoz: aportes para una redescrición y ajuste del fenómeno autístico.

RESUMEN

La presente Tesis Doctoral se enmarca en el Proyecto de investigación titulado: “Epistemología e historia crítica de la clínica Psi. Segundo período”, y continúa una de las líneas abiertas por la tesis doctoral titulada “Reconstrucción racional de las teorías psicológicas y psicopatológicas de Sigmund Freud utilizando la Metodología de Programas de Investigación (MPIC)” escrita por el Dr. Juan de la Cruz Argañaraz (2014). El uso de esta metodología permitió identificar el Programa de Investigación Clínico de la Psiquiatría (PIC Cl), el cual se mantuvo vigente por muchos años hasta su estancamiento a principios de siglo XX. A partir del uso de la MPIC, la presente tesis demuestra como Leo Kanner toma las heurísticas y núcleo firme del PIC Cl para la conformación de la paidopsiquiatría estadounidense, volviéndolo progresivo –incluso cuando el campo ‘psi’ se encontraba bajo dominio del psicoanálisis–. De esta manera, Kanner se volvió un exponente –quizás el último– del PIC Cl. Este programa le permitió distinguir de la esquizofrenia infantil y el retraso mental, un cuadro clínico infantil novedoso: el autismo infantil precoz (AIP). Este ‘hecho nuevo’ para la clínica (en términos de Lakatos y Fleck) provocó un cambio de agenda en otros programas y tendencias de investigación, las cuales debieron abocarse a explicar, mediante hipótesis *ad hoc*, el descubrimiento kanneriano. Bajo la premisa de que detrás de cualquier supuesta batalla entre teoría y experimento, hay una lucha oculta entre dos programas de investigación (Argañaraz, 2014), se realizó una reconstrucción racional (interna) del fenómeno autista. De esta manera, se identificaron tanto, tendencias en disputa por los observables de la realidad empírica, como el ‘autismo-tipo’ que subyace a cada una de ellas. Además, esta reconstrucción aborda diferentes situaciones y confrontaciones actuales sobre el fenómeno –su designación, identificación, diagnóstico diferencial, espectralización, etc.– y cómo éstas se desprenden de una disputa entre tendencias vigentes y en pugna, que aun solapándose y contradiciendo las heurísticas de sus rivales, no logran imponerse unas a otras.

Palabras clave: Autismo infantil precoz – Descripción – Afecto/Lenguaje/Invariabilidad - Programas de Investigación Científica

TITLE: The affect-language-invariability link in early infantile autism: contributions for a redescription and adjustment of the autistic phenomenon.

ABSTRACT

The Doctoral Thesis is presented as a research project entitled: "Epistemology and critical history of the 'Psy' clinic. Second period", and continues a subject opened by the doctoral thesis entitled "Rational reconstruction of the psychological and psychopathological theories of Sigmund Freud using the Methodology of Cientific Research Programs (MCRP)" written by Dr. Juan de la Cruz Argañaraz (2014). The use of this methodology allowed the identification of the Psychiatric Clinical Cientific Research Program (CCRP), which remained in force for many years until its inactivity at the beginning of the 20th century.

Using the MCRP, this PhD Thesis demonstrates how Leo Kanner employs the heuristics and hard core of the CRP to establish the American paedopsychiatry, making it progressive –even when the 'psi' field was under the domain of psychoanalysis–. Thus, Kanner became an exponent –perhaps the last one– of the CCRP. This program allowed him to distinguish a new clinical picture, the 'early infantile autism', from childhood schizophrenia and mental retardation. This 'new fact' for the clinic (in terms of Lakatos and Fleck) provoked a change of 'agenda' in other programs and research trends, which should explain, through *ad hoc* hypotheses, the Kannerian discovery.

Argañaraz says that behind any supposed conflict between theory and experiment, there is a hidden struggle between two research programs. Consequently, by using the MCRP and the t-theoretical (Sneed), a rational reconstruction (internal history) of the autistic phenomenon was elaborated. Following this method, disputed trends were identified, as well as their observable data from empirical reality and the 'type of autism' underlying each one. Moreover, this reconstruction makes it possible to undertake some of the current confusions about the phenomenon –its designation, identification, differential diagnosis, 'spectralization', etc.– and to explain how these arise from a dispute between current and conflicting trends, overlapping and contradicting the heuristics of their rivals, although without managing to impose themselves on each other.

Keywords: Early Infantile Autism - Description - Affect/Language/Invariance - Scientific Research Programs

Listado cronológico de las obras de Kanner¹:

1920. Untersuchungen über den Einfluss von Ruhe, Schlaf und Arbeit auf das Elektrokardiogramm und Kardiophonogramm, unter besonderer Berücksichtigung von Leitungszeit und Erregungszeit.
1924. Die Verwendung der Zähne außerhalb der Mundhöhle bei den verschiedenen Völkern.
1925. A Psychiatric Study of Ibsen's Peer Gynt.
1925. Folklore of the Teeth I. A folkloristic Study of Teeth as used outside of the Oral Cavity.
1926. General Paralysis Among the North American Indians.
1926. The Influence of Rest, Sleep, and Work upon the Action of the Heart.
1928. Folklore of the Teeth.
1928. The Tooth as a Folkloristic Symbol.
1930. The names of the falling sickness.
1930. Folklore and cultural history of epilepsy
1931. Judging emotions from facial expressions.
1931. The teeth of gods, saints, and kings.
1931. Medical folklore
1932. Supplying the psychiatric needs of a pediatric clinic
1933. Work with psychobiological children's personality difficulties
1933. The significance of the complaint factor in child psychiatry.
1934. The occurrence of cataleptic phenomena in children.
1935. Liaison work in psychiatry in the department of pediatrics. En Proceedings of the second conference on psychiatric education.
1935. Psiquiatría infantil. (1° Ed).
1935. The contribution of a psychiatrist as a member of the pediatric hospital staff.
1937. The development and present status of psychiatry in pediatrics
1937. The application of psychiatry to general medicine
1937. Prognosis in child psychiatry
1937. Habeas Corpus releases of feebleminded and their consequences.
1937. The invalid reaction in children.
1937. Problem children growing up
- 1938 The Paediatric-Psychiatric Alliance.
1938. Some pediatric problems of behavior in infant and early childhood.
1940. Play investigation and play treatment of Children's behavior disorders.
1941. Autistic disturbances of affective contact in children
1941. Mental disturbances in Adolescents.
1941. In Defense of Mothers: How to Bring Up Children in Spite of the More Zealous Psychologists
1941. Early behavior problems as signposts to later maladjustment
1942. Child psychiatry
1942. Exoneration of the feebleminded
1943. Autistic disturbances of affective contact
1943. Affective contact.
1944. Early infantile autism.
1944. The origins and growth of child psychiatry.

¹ Se presentan aquí las obras consultadas y citadas para la presente tesis. Un listado completo de los títulos de los escritos de Kanner puede consultarse en la página 'Autismuseum', Publications de Leo Kanner 1921-1979. Disponible [on-line] en: <https://autismuseum.net/la-reserve/leo-kanner/bibliography-leo-kanner-bibliographie/7/>

1944. Convenience and Convention in Rearing Children
1944. Gustav Aschaffenburg: In memoriam.
1945. A Philological Note on Sex Organ Nomenclature
1946. Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism.
1946. Children's obsessions.
1948. Child Psychiatry (2nd ed).
1949. Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism.
1950. Insomnia in children.
1950. Adolf Meyer: In memoriam.
- 1950b. Centrifugal and centripetal forces in personality development.
1951. The conception of wholes and parts in Early Infantile Autism.
1951. Gobbledygook in psychiatric writing.
1952. Child Psychiatry. Mental Deficiency.
1953. Parents' feelings about retarded children.
1953. Mental health in child rearing
1954. A matter of of historical perspective.
1955. (Junto con Eisemberg, L.) Early Infantile autism, 1943-1955. Childhood Schizophrenia Symposium.
1955. The status of historical perspective in psychiatric instruction.
1955. August Homburger: Pioneer in child psychiatry
1958. The specificity of early infantile autism.
1958. The cart before the horse.
1958. (Con Hathaway) Personality Studies.
1959. Schizophrenia as a Concept.
- 1959 (Con Eisemberg & Ascher). A clinical study of Gilles de la Tourette's disease (maladie des tics) in children.
1959. Problems of adolescence.
1959. Centripetal forces in personality development.
1960. Do behavioural symptoms always indicate psychopathology?
1960. Arnold Gesell's place in the history of developmental psychology and psychiatry.
1961. 1° Ed. En español de En defensa de las madres. Cómo criar hijos a pesar de los más "fervientes" psicólogos (1941).
1962. Tell me not in mournful numbers.
1962. Quote-unquote
1962. Emotionally Disturbed Children: A Historical Review
1963. The scope and goal of psychotherapy with children
1964. A history for the care and a study of the mentally retarded.
1965. Infantile autism and the schizophrenias.
1965. The mathematics of reality.
1965. Children in state hospitals.
1966. Pediatrics is for children.
1968. Early infantile autism revisited.
1969. The removal of national barriers in child psychiatry.
1969. Impressions gained from the First Argentinian Congress of Child and Adolescent Psychopathology.
1969. The children haven't read those books.
1971. Childhood Psychosis: A Historical overview.
1971. Follow-Up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943.
1971. Approaches: Retrospect and Prospect.

1972. (Junto con Rodriguez & Ashenden) How far can autistic children go in matter of social adaptation?
1973. Historical perspective on developmental deviations
1973. The Birth of Early Infantile Autism
1976. Psiquiatría infantil. (4° Ed)
1977. Autobiography. Freedom from within. [Unpublished].
2021. Perturbaciones autistas del contacto afectivo. Traducción comentada por M. Eugenia Bellone Cecchin del artículo Kanner, L (1943)

Se irrita cuando ponemos a tostar el pan en el horno, y le da miedo que este se queme y le duela. Se enoja cuando se pone el sol. Se enoja porque la luna no aparece siempre en el cielo a la noche. Prefiere jugar solo; se va de un juego apenas se acerca otro niño. Le gusta hacer cosas con cajas grandes (por ejemplo, un tranvía) y no quiere que nadie se suba o lo moleste.

Alfred (Caso 8), en Kanner 1943/2021, p. 19

INTRODUCCIÓN

¿Qué designa hoy el nombre autismo?

Bassols, 2018, p. 1

(...) un nombre excede a las descripciones de su sentido. Ya no se sabe muy bien lo que este nombre designa exactamente.

Su función clasificatoria produce efectos paradójicos: la clasificación que resulta de ello se revela de lo más inestable

Laurent, 2013, pp. 64-65.

Señala Timimi que, así como la esquizofrenia es la vaca sagrada de la psiquiatría del adulto, el autismo –cada vez más– lo es para la psiquiatría infantil (2016).

A pesar de no ser el ‘autismo’ (ASD²) un diagnóstico ‘científicamente válido’ ni ‘clínicamente útil’ (Timimi, 2011) esta categoría mostró un aumento de 577%³ en Argentina, un en los últimos 4 años.

En sus inicios raro y poco conocido, el fenómeno autista ha tenido un inusitado auge durante la última década; incluso países como Francia, Canadá y Estados Unidos lo han declarado ‘emergencia nacional’. La gran acumulación de literatura, investigaciones y prácticas sobre el fenómeno justifica la necesidad de su abordaje. En la actualidad, los hallazgos científicos relacionados con el fenómeno autista se multiplicaron en cuanto a prevalencia (Wing & Potter, 1999), etiología (Aragón Jiménez, 2010; Varela-González, Ruiz-García, Vela-Amieva,

² Autism Spectrum Disorder, en español Trastorno del Espectro Autista (TEA)

³ Porcentaje elaborado sobre el registro de certificaciones de discapacidad vigentes en Argentina, Categoría TGD (CIE-10) en el rango etario 0-4 años (Registro Nacional de PCD - ANDIS, 2022). Se estima que el número es mucho mayor debido a que no todas las personas diagnosticadas acceden al Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Munive-Baez, & Hernández-Antúnez, 2011), fisiopatología (Muñoz-Yunta, Palau-Baduell, Salvadó-Salvadó, Valls Santasusana, Rosendo-Moreno, Clofent-Torrentó & Manchado, 2008), sintomatología (Talero-Gutiérrez, Rodríguez, De la Rosa, Morales & Vélez-Van-Meerbeke, 2012) y tratamiento (Ruggieri & Arberas, 2015), pero aun hoy, el diagnóstico de autismo sigue siendo **clínico**, es decir, sujeto a la **observación**.

¿De qué manera se observa? ¿Qué se observa? ¿a quienes se le presenta esta tarea? ¿bajo qué supuestos? Estas preguntas vuelven a poner en primer plano lo que ya Mach y Popper habían señalado: que no hay observación posible sin teoría implícita. Sin embargo, las teorías que la literatura científica considera vigentes sobre el fenómeno autista son sumamente diversas y heterogéneas, no resultan claros los agrupamientos entre ellas y hasta se contraponen en la explicación de este fenómeno, demostrando el poco consenso existente sobre los observables clínicos del cuadro. Ello resulta, en primera instancia, en confusiones no sólo diagnósticas sino también epistémicas y ontológicas. Por lo tanto, la elección de una metodología que no desatienda estos aspectos, fue clave.

De esta manera se optó por la Metodología de los Programas de Investigación Científica (MPIC) de Imre Lakatos. Ésta metodología, profundamente histórica, señala que, lo que se considera habitualmente como una ‘teoría’ puede tratarse, en realidad, de una secuencia de teorías vinculadas y sostenidas en el tiempo. Para Lakatos, estas se caracterizan por exhibir cierta continuidad de propósitos que relacionan a sus miembros y permiten identificarlas como versiones ligeramente diferentes o técnicas experimentales que comparten una ‘idea’ común deducida de una o varias conjeturas amplias e infalsables (núcleo duro). Es por ello que, la MPIC se muestra sumamente fértil a la hora de investigar no ya sobre teorías aisladas (aquí Lakatos retoma la hipótesis de Duhem-Quine) sino sobre agrupamientos y redes teóricas más amplias. Si se acepta esta metodología como guía, se deberá buscar en la historia Programas de Investigación rivales, problemáticas progresivas y estancadas (Lakatos, 1987).

El uso de la MPIC permite advertir que lo que se denomina actualmente ‘autismo’ implica descripciones y teorizaciones pertenecientes a diferentes programas y tendencias de investigación que se encuentran disputando el fenómeno autista. Asimismo, como se intentará mostrar a partir de la presente Tesis, cada descripción de autismo responde a un PIC determinado que involucra un autismo-tipo ‘ideal’ promovido por la heurística del programa. De esta manera, necesariamente deja por fuera observables considerados por otros PICs rivales. Una reconstrucción histórica (‘racional’) del fenómeno, como herramienta metodológica, permite: “describir, analizar, pero fundamentalmente jerarquizar las teorías parciales en

‘cordones auxiliares’, ‘núcleo firme’, heurística positiva y negativa, elección de problemas, problemáticas progresivas y estancadas” (Argañaraz, 2014, p. 14).

Como se verá en el primer capítulo, en el caso de la reconstrucción de Lakatos y Zahar (1976) sobre Copérnico –y en contra de Laudan y sus ‘tradiciones de investigación’– la identidad de un PIC reside en su núcleo firme y, aún más en la **heurística positiva** que emana de él (Worrall, 2001). Esta heurística indica lo que un PIC debe investigar para arrojar resultados progresivos en función de su núcleo firme (por ejemplo, la historia y su etiología psíquica en el PIC Psicoanalítico). Por el contrario, la **heurística negativa** indicará qué es lo que no se debe investigar, ya que no se llegaría a resultados prometedores por esta vía (prosiguiendo el ejemplo anterior, los ‘trastornos somatomorfos’ no podrían ser tomados por el PIC Psicoanalítico, ya que contradicen sus heurísticas y núcleo firme). Lakatos señala que probablemente todos los núcleos firmes de los PICs sean falsos. Sin embargo, para que un/a investigador/a trabaje en un determinado PIC, debe adherir a éste núcleo firme (infalsable por decisión metodológica) y sus heurísticas. Ludwik Fleck (1986), presenta un ejemplo sobre cómo el prejuicio de la ‘sangre impura’ –derivado de la teoría general de la mezcla de humores– llevó a estudiar, para la sífilis, la infección en la sangre.

De esta manera, mediante el análisis metateórico (histórico-epistemológico) de la MPIC, la presente Tesis se propone realizar una reconstrucción racional (historia interna) identificando en diversas descripciones, los sesgos realizados en torno a la descripción de Kanner para una redescipción y ajuste del fenómeno. Esta descripción kanneriana será tomada como ‘canónica’. Leo Kanner, paidopsiquiatra estadounidense, en la década del ‘40, logró identificar una ‘entidad mórbida’ no conocida hasta el momento. Por medio del método clínico, estudió su evolución diacrónica (*catamnesis*), estableció un signo patognomónico y describió sus fases. De esta manera describió y descubrió el autismo infantil precoz (AIP) como entidad clínica separada de la esquizofrenia, el retraso mental, las demencias y otros procesos morbosos cerebrales.

El AIP, consensuado por pediatras y psiquiatras, rápidamente se volvió un exponente de este naciente campo psiquiátrico infantil. La presente tesis sitúa como hito emblemático la publicación de su artículo ‘*Autistic disturbance of affective contact*’, en 1943. Allí reportó los historiales de 11 casos de niñas y niños que presentaban una ‘incapacidad innata para formar el contacto afectivo usual con las personas y las situaciones’, ‘particularidades en el lenguaje’ y una férrea necesidad de ‘invariabilidad’ en el entorno. Lejos de utilizar un **abordaje ecléctico** (Neumärker en Thomas, 2014), es posible identificar la filiación de Kanner al PIC Clínico y su descripción del AIP sosteniendo punto por punto las heurísticas de este PIC. El consenso

generado por la época le permitió organizar la nosografía psiquiátrica infantil, y por varios años, su ‘Manual de psiquiatría infantil’ fue el único referente de toda una nueva área clínica.

30 años más tarde, el mismo Kanner se encontró a si mismo acusando a sus contemporáneos sobre la enorme proliferación de teorías, hipótesis, especulaciones y ‘buenas intenciones’ sobre el autismo infantil precoz, que no habían logrado más que destacar el poco progreso sucedido, desde 1943, sobre este cuadro.

A la fecha, más de 70 años pasaron desde la publicación de este artículo y el fenómeno autista se ha convertido en el foco de grandes proyectos sociales, sanitarios y políticos a nivel mundial, pasando de ser una condición poco conocida, a considerarse una evidencia, o incluso una ‘epidemia’ en muchos países. La falta de un denominador común entre la enorme cantidad de niños y niñas que ingresan en esta categoría –que se presume ‘espectral’– conduce al análisis de teorías ordenadas, en esta investigación, en programas y tendencias rivales que, en el intento de acaparar el fenómeno, generan teorizaciones e hipótesis *ad hoc*.

Es importante destacar que el presente trabajo de tesis es desarrollado por una psicóloga clínica que adhiere a los aspectos del PIC Clínico retomados por el PIC psicoanalítico (heurística positiva y parte del núcleo duro). Por ello incluye, centralmente, la práctica terapéutica como perspectiva desde la cual se parte para abordar el debate epistemológico sobre el autismo infantil, hoy entrelazado con los llamados ‘trastornos del espectro autista’. De este modo, se realiza el esfuerzo inverso al que se le presenta al epistemólogo/a, quien estudia los programas y teorías que abordan un fenómeno para interrogar su cientificidad (aunque ignora la práctica cotidiana con la enfermedad mental infantil, la historia disciplinar, los matices de los referentes clínicos de los conceptos, junto a las complicaciones aplicativas, evolutivas y de la red teórica de la tradición clínica, en la cual se arriba a la descripción de este cuadro).

Poniendo entre paréntesis –pero a su vez tomando como base–, la propia formación previa, se ensayó orientar la investigación en términos de una epistemóloga lakatosiana, aunque de ello resultara contradecir las más arraigadas tradiciones disciplinares e investigativas que permitieron la formación propia durante décadas. Como refiere Klimovsky:

Un[a] especialista, se dice, es una persona que sabe cada vez mejor y más de un espectro cada vez menor de la ciencia, de modo que con el progreso de su especialidad termina sabiendo todo de nada. Un[a] epistemólogo[a] es una persona que tiene que saber de muchas cosas, tiene que saber de física, matemáticas, psicoanálisis, sociología, lógica, etcétera, de modo que tiene que saber un poco de todo y, a medida que su actividad se complica, termina por saber nada de todo (2004, p. 63).

En este sentido, el hecho de que la presente investigación parta de la práctica clínica psicológica con niñas y niños podría ser un importante obstáculo para un/a epistemólogo/a en cuyas posibilidades sólo está estudiar una serie de teorías, cuyo marco referencial praxiológico le sigue siendo ajeno. Lo mismo podría referirse de Kanner, quien se vio enfrentado a problemas teóricos ajenos a su PIC, e incluso algunos de ellos –como se verá luego– aún continúan vigentes.

La presente Tesis se conforma a partir de cinco apartados en los cuales se despliegan las problemáticas epistemológicas, metodológicas, teóricas y clínicas que orientaron la investigación. El **Capítulo I** aborda la justificación metodológica, instancia considerada central en la investigación ya que determinó la hermenéutica a aplicar. La utilización de la Metodología de los PICS permite realizar un agrupamiento –en Programas de Investigación Científica–, de las teorías y descripciones que se desarrollaron –y se desarrollan– sobre el fenómeno. Dicha metodología permite identificar programas que se encuentran progresivos y en pugna (generando nuevas descripciones alentadas y previstas por su heurística positiva), y otros que se encuentran en estado degenerativo o regresivo (produciendo descripciones empobrecidas, con menos elementos y aplicables a un menor número de casos). Además, se presentan avances que el estructuralismo modeloteórico ha producido mediante el recurso a la T-teoricidad (Sneed, 1971), articulados centralmente con el ‘hecho nuevo’ producido por un determinado PIC y sobre el cual se asienta luego gran parte de las luchas y disputas de otros PICs.

La utilización de la MPIC se verá fructífera en los desarrollos del **Capítulo II**, donde se aborda el contexto histórico-epistemológico en el cual Leo Kanner describió y descubrió el autismo infantil precoz. El declive del PIC Clínico y su relevo –parcial– por el PIC psicoanalítico, permitieron mostrar, para el campo ‘psi’ la progresividad del psicoanálisis en la época en que Kanner inició sus investigaciones en psiquiatría infantil. Cuando la impotencia terapéutica de los clínicos los había deslizado cada vez más al galenismo terapéutico, Freud adoptó su heurística positiva diacrónica (llevándola hasta la infancia) y la mejoró aún con especificaciones teóricas, proponiendo teorías etiológicas y etiopatogénicas en términos de ‘mecanismos psíquicos’, allí donde los clínicos no tenían teorías. De esta manera, el hipocratismo del PIC clínico pasó a formar parte esencial del núcleo duro del psicoanálisis.

La formación del Yo en la teoría psicoanalítica (apoyada en Griesinger y Herbart), fue uno de los puntos nodales que retomaron luego las psicoanalistas que más se destacaron por sus

contribuciones al análisis de infantes: Anna Freud y Melanie Klein. No solo se disputaron la continuidad y el futuro de la teoría psicoanalítica, sino que cada posición teórica sustentaba prácticas irreconciliables al interior del psicoanálisis, en función de principios sostenidos en el hipocratismo o en el galenismo. Ninguna de ellas pudo sostener la investigación de la psicopatología psicoanalítica freudiana, sino que proliferaron en la producción teórica en base a las nociones que Freud había construido, sin renovar la discusión psicopatológica que éste había sostenido siempre. El hecho de dejar de aportar descripciones y nuevos entes colaboró al estancamiento del PIC Psa.

En un contexto, donde los ‘mecanismos psíquicos’, las ‘estructuras psicopatológicas (Lacan)’ y las teorías etiológicas habían dominado el campo ‘psi’ de la mano del PIC psicoanalítico, Leo Kanner (**Capítulo III**) inició sus investigaciones. A diferencia de muchos/as de sus colegas, Kanner sostuvo la heurística positiva del PIC Cl estancado y mediante ella describió y descubrió un ‘hecho nuevo’: el autismo infantil precoz. Kanner suponía, al igual que los clínicos, entes mórbidos que se desarrollaban en el tiempo, donde la noxa no era ajena. En este capítulo se retoma punto por punto su descripción, destacando lo que el autor ubicó como central para la sintomatología del autismo infantil precoz: el afecto, el lenguaje, la invariabilidad⁴ (sameness) y un signo patognomónico de los primeros meses de vida (Gesell). Este ‘hecho nuevo’ de la clínica modificó la agenda de problemáticas de la ciencia –de la psicopatología, la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis inclusive– obligando a diferentes tendencias y programas a dar cuenta de este descubrimiento desarrollando teorías e hipótesis *ad hoc*.

Diferentes tendencias y programas retomaron este ‘hecho nuevo’ e intentaron explicarlo, especialmente haciendo foco en los aspectos que la clínica intencionalmente había descuidado: las causas etiológicas, los ‘circuitos cerebrales’, ‘la mente’ o la ‘alienación’. Estos desarrollos se abordarán en el **Capítulo IV**, mostrando como el AIP puso a otras tendencias investigativas a discutir sobre un fenómeno que no estaba en sus agendas, debiendo éstas realizar ajustes en sus hipótesis, forzando o modificando los observables empíricos kannerianos para adecuarlos a sus heurísticas y solapándolos con términos de sus propios edificios teóricos. Se verá cómo, ninguna de las tendencias descubrió observables nuevos, sino que redescubrieron, con sus T-t (como ‘*mind*’ o ‘significante’) las observaciones de Kanner. De esta manera, cada una presentó un autismo ‘tipo’ acorde a sus heurísticas (p. e. el lenguaje kanneriano será entendido como

⁴ Se optó por traducir este término “*sameness*” por mismidad o invariabilidad, ya que no se encontró un término en lengua castellana que pudiera reflejar con precisión el sentido que Kanner otorga a este término.

‘comunicación’ o como una elucubración sobre ‘*lalangue*’). Kanner se mostró en contra tanto de las teorizaciones psicoanalíticas que habían impregnado la etiología del AIP en un primer momento, como contra las teorías que sostenían que todo el cuadro se basaba en una disfunción cerebral. Para él, el AIP debía servir de guía para hallar entidades, no conceptos, como había sucedido con ‘la’ esquizofrenia (Kanner, 1965).

La problemática contemporánea de la espectralización de los diagnósticos (léase TEA), hace resonar aún más la crítica de Kanner sobre categorías amplias y genéricas (como la de ‘niño atípico’ o la de ‘niños emocionalmente perturbados’) que desdibujaron y aplanaron la descripción clínica. Además, el consiguiente incremento de casos que en la actualidad se incluyen en el ‘espectro’ del autismo –denunciado por Wing (2011)–, no deja de tener un enorme impacto social, económico y político, aunque también científico y profesional.

Por ello, en el **quinto y último Capítulo** se recuperan discusiones teóricas, terminológicas y clínicas, abiertas a partir del ‘hecho nuevo’ kanneriano y de las respuestas *ad-hoc* de otras tendencias que lo abordaron. Además, se presentan problemáticas generadas por la confrontación, pero también por el solapamiento de las diferentes tendencias, en base a interrogantes tales como ¿Qué es autismo? o ¿Cómo se identifica? De esta manera, se recuperan aspectos de la clínica kanneriana que podrían ser útiles aun hoy para responder estos interrogantes: la observación, el diagnóstico diferencial con patologías ‘psíquicas’ y ‘orgánicas’ y la etiología del AIP. En cada uno de ellos, se recapitulan las discusiones en tensión con la clínica, esbozando posibles respuestas. De ello se concluye, principalmente, en la necesidad de formación y entrenamiento observacional en clínica general para profesionales de la psicología y en la posibilidad de poner de relieve el lugar primordial que podría –y quizás debería– recuperar la clínica psicológica en la evaluación e investigación del fenómeno autista –cada vez más desplazada por la neurología y la neuroimagen–.

Además de retomar aportes que mantuvieron al PIC Cl progresivo con Kanner, se mencionan las limitaciones que le produjo al PIC apartarse de conceptos que no tuvieran inmediata relación con la observación (Mazzuca, 2001). Esta limitación dio lugar a la posibilidad de realizar conjeturas sobre un eslabón teórico que podría agregarse a Kanner. Se trata de la posibilidad de conformación en los primeros meses de vida de un ‘yo’, que, a partir de la experiencia y el intercambio con el mundo exterior permita la discriminación de estímulos hasta conformar la separación ‘yo-otros’. Este intento de realizar un agregado teórico a la propuesta kanneriana permitiría reconceptualizar tanto la imposibilidad de anticipación a los cuatro meses de edad, como la necesidad de inmutabilidad, las particularidades en el lenguaje y el contacto afectivo

inusual con las personas, situaciones y objetos. Ello considerando su inscripción en una doble, incluso 'triple' serie complementaria, en función de reubicar de forma central las disposiciones, influencias ambientales y factores del desarrollo en la diacronía de la enfermedad.

Finalmente, se considera necesario volver a poner de relieve los síntomas clínicos del autismo, que a partir de lo desarrollado se demostraron aun válidos en su alcance diagnóstico y pronóstico, dado que en cuanto a la descripción del fenómeno, a la fecha, no se han logrado grandes mejoras descriptivas.

El diagnóstico de autismo continúa siendo clínico.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué aportes podrían ser relevantes para una redescipción y ajuste del fenómeno autístico infantil y que papel podría jugar el vínculo lenguaje-afecto-invariabilidad?

Tema a desarrollar

Exploración histórico-epistemológica de las descripciones del autismo infantil precoz desde distintos programas/tendencias de investigación, identificando los sesgos en la descripción del fenómeno autístico, especialmente aquellos relativos al lenguaje, el afecto y la invariabilidad.

Hipótesis de trabajo y objetivos

En los diferentes Programas de Investigación Científica que se desarrollan sobre el fenómeno autístico, es posible evidenciar el autismo-tipo que prevalece en cada uno de ellos y el sesgo en cuanto al vínculo lenguaje-afecto-invariabilidad.

Hipótesis 1: La pugna entre distintos PICs, que no logran imponerse unos a otros, han generado una paulatina confusión acerca del fenómeno autístico en su descripción.

Hipótesis 2: Los supuestos histórico-epistemológicos que subyacen a la descripción del fenómeno son diferentes en cada PIC/tendencia de investigación, aunque puedan mostrar similitudes en cuanto a su descripción clínica.

Hipótesis 3: los PICs que actualmente trabajan sobre el fenómeno autista han descuidado el contacto afectivo como observable para el diagnóstico, aspecto patognomónico en cual Kanner asentó su descripción y el diagnóstico diferencial con otras patologías que presentaban fenomenología similar.

Hipótesis 4: Pocas tendencias de investigación aportan elementos descriptivos novedosos, especialmente en el vínculo afecto-lenguaje-invariabilidad; en general trabajan con los aportes descubiertos por otras tendencias o PICs.

Objetivo General

Identificar y realizar un metaanálisis histórico-epistemológico mediante la metodología de los PICs, de las diversas descripciones y sesgos que los PICs y las tendencias investigativas han realizado sobre el fenómeno autista respecto del afecto, el lenguaje y la invariabilidad.

Objetivos Específicos

- 1) Identificar en los PICs y tendencias investigativas vigentes sobre el fenómeno autista la descripción que realizan del mismo a fin de establecer cuales están en estado progresivo o degenerativo, y cuales se encuentran en pugna con otros.
- 2) Analizar en profundidad y comparar las distintas propuestas de las tendencias/PICs identificando los T-t y T-no t que utiliza cada una para realizar descripciones sobre el fenómeno autista.
- 3) En relación con los resultados obtenidos, evaluar e identificar el lugar que el afecto, el lenguaje y la invariabilidad toman en cada una de las tendencias/PICs, señalando en cuáles resultan significativos para el diagnóstico de pacientes.
- 4) A partir del análisis histórico-epistemológico realizado y de la evidencia empírica existente, evaluar si la redescrición y ajuste del fenómeno arroja nuevos lineamientos al ámbito de la investigación, el diagnóstico y la clínica del autismo.

METODOLOGÍA

El presente proyecto corresponde a una investigación de tipo teórica, para la cual se realizará un metaanálisis histórico bibliográfico fundamentado en la Metodología de los Programas de Investigación Científica. Esta metodología desarrollada por Imre Lakatos es sumamente útil a los fines de construir un metaanálisis⁵ teórico de las descripciones del fenómeno autístico para su redescrición y ajuste, ya que no considera las hipótesis o teorías que se hallan sobre el fenómeno de forma aislada, sino, que toma entidades más complejas a las cuales denomina ‘programas’. Los Programas de Investigación Científica (PICs), como un microscopio que utiliza una técnica específica de tinción de tejidos, permiten observar elementos que otro/a investigador/a no encontraría si no utilizara la misma técnica (Argañaraz, 2012).

En la actualidad coexisten descripciones, teorías y taxonomías de las más diversas disputando el fenómeno autístico. Mediante una reconstrucción racional utilizando la metodología lakatosiana es factible identificar el PIC más amplio al cual pertenecen, su núcleo duro y heurísticas. Si bien estos PICs se encuentran en constante lucha por establecer los términos teóricos de la realidad empírica, el hecho de que no logren imponerse unos a otros genera confusión acerca del fenómeno, además de la ingente ampliación de la ‘categoría autística’ que, ante la pérdida de consenso clínico facilita el sobrediagnóstico del mismo.

Cada una de las descripciones desarrolladas presenta su propia casuística sobre distintos ‘autismos-tipo’. Por ello, se propone reordenar la evidencia empírica existente y ofrecer nuevas interpretaciones, definiendo cuáles de estas tendencias aportan elementos descriptivos novedosos y cuáles trabajan con los aportes descubiertos por otras. El objetivo será redescibir y ajustar el fenómeno autístico, especialmente en cuanto al afecto, el lenguaje y la invariabilidad.

Para tal fin, se utilizarán métodos y técnicas cualitativas, mediante análisis bibliográfico y documental de fuentes primarias y secundarias.

⁵ Por metaanálisis se entiende una integración estructurada y sistemática de información obtenida en diferentes estudios sobre un problema determinado. Este tipo de revisión resulta en una estimación sintética de todos los estudios disponibles (Céspedes Valcarcel, 1995).

a) Tipo de investigación:

Según el nivel de profundidad, puede clasificarse este trabajo: a) como de tipo descriptivo; b) como de tipo teórico. Una vez realizada la primera fase de tipo descriptiva se esperan resultados que justifiquen un trabajo teórico sobre la descripción y la naturaleza del fenómeno autista.

b) Método:

Se utilizará como herramienta metodológica las ‘reconstrucciones racionales’ desarrolladas por Imre Lakatos. Esta herramienta compara progresividad o estancamiento de programas de investigación y ofrece la posibilidad de “describir, analizar, pero fundamentalmente de jerarquizar las teorías parciales en ‘cordones auxiliares’, ‘núcleo firme’, heurística positiva y negativa, elección de problemas, problemáticas progresivas y estancadas” (Argañaraz, 2014, p.14).

Los PICs lakatosianos, se conforman por una heurística negativa, que prohíbe la refutación del núcleo firme, y una heurística positiva, que indica cómo continuar desarrollando el programa. Cuando un PIC se enfrenta a anomalías empíricas que teóricamente no ha podido predecir es obligado por un PIC rival a producir teorizaciones *ad hoc*. En el caso de que no haya un PIC rival que conserve los elementos no refutados del PIC anterior, y a la vez tenga soluciones para las nuevas anomalías, el PIC se queda en etapa regresiva hasta que se recupera. Los PIC pueden ser degenerativos, cuando el programa no predice fenómenos nuevos por mucho tiempo, utilizando explicaciones y descripciones *ad hoc*; o progresivos, cuando el programa tiene éxito y encuentra ‘hechos nuevos’ (Fleck).

En cuanto a los PICs que abordan el fenómeno autista, algunos de ellos se encuentran en estado progresivo, y otros –como el PIC Clínico– se encuentran en estado degenerativo. Sin embargo –y a pesar de los avances obtenidos en cuanto a tratamiento, evaluación y medicalización– el diagnóstico de autismo sigue siendo clínico, es decir, sujeto a la observación.

De esta manera, es imprescindible, el recurso a la noción de T-teoricidad (Sneed) para fundamentar el problema de la descripción y la puja de teorías por establecer los términos de la realidad. Tal como señala Argañaraz (2014) siempre para una teoría (T), la descripción de la realidad empírica deberá hacerse con T-no teóricos para evitar la autojustificación. Las aplicaciones pretendidas de una teoría T, se individualizan y describen mediante el vocabulario previo (o antecedente) a T, esto es, utilizando el aparato conceptual T-no teórico.

c) Técnica:

Se utilizarán como técnicas de abordaje la revisión bibliográfica y el análisis documental de datos primarios y secundarios (incluye casuística de diferentes investigaciones, libros, documentos oficiales, manuales, revistas científicas, contenido multimedia y páginas web). El término datos secundarios hace referencia a investigaciones realizadas con otros objetivos, por otras investigaciones, pero que por su relación con el trabajo que se está llevando a cabo, resultan útiles (Vieytes, 2004).

d) Actividades:

Para alcanzar los objetivos planteados se propusieron las siguientes actividades:

1. Revisión bibliográfica a partir de la búsqueda, selección y revisión de documentos provenientes de diferentes investigaciones sobre el fenómeno autista, que permitieran identificar el estado actual de discusión del problema a investigar (qué se ha investigado e intentado explicar, qué queda por investigar, etc.). Se profundizó en el estudio de descripciones canónicas (Kanner y cols.) y los programas o tendencias investigativas que en la literatura sobre el fenómeno se consideraron actuales y en pugna.
2. Estudio y análisis de la bibliografía seleccionada a fin de reconstruir el 'tipo autista' que presenta el conjunto de teorías al interior de un PIC. Para esto se discriminó: I) como definen al fenómeno autista; II) qué supuestos epistemológicos subyacen en ellas; III) qué sesgos presentan respecto al lenguaje, el afecto y la invariabilidad; y IV) cuáles de estas descripciones aportan elementos novedosos y cuáles trabajan con los aportes descubiertos por otros programas.
3. Análisis de la casuística presentada por exponentes teóricos y clínicos, principalmente aquellos provenientes de diferentes programas y tendencias en abierta confrontación.
4. Síntesis y elaboración de los conocimientos teóricos-argumentativos y empíricos adquiridos en las etapas anteriores, a fin de evaluar la plausibilidad de la hipótesis de trabajo propuesta.

e) Decisiones metodológicas:

El trabajo se presenta íntegramente escrito en lengua castellana. Al utilizar un corpus teórico que proviene en gran parte de países de Europa y Norteamérica, las fuentes bibliográficas primarias fueron recuperadas en otros idiomas (inglés, francés, alemán). Por ello se optó por el uso de sus traducciones oficiales en lengua castellana, pero en los casos en que esto no fue

posible (la mayor parte de la literatura sobre Kanner no se encuentra traducida al castellano) se optó por utilizar la bibliografía en la lengua original, ofreciendo una traducción propia. En el caso de las citas textuales se hallará en el escrito la versión original y su traducción entre corchetes, en el cuerpo del texto o a pie de página.

Otro señalamiento sobre las traducciones al castellano/español disponibles, es que cada vez que aparecieron términos que, en la lengua de origen, en principio, no tendrían una connotación genérica determinada (ej. clinicians, autistic child, teacher), en los textos en castellano se encontraban traducidos dentro del registro masculino (ej. clínicos, niño autista, maestro). La tesista reconoce el uso del lenguaje ‘inclusivo’, y la importancia de hacer uso de un lenguaje no sexista, que permita no ocultar o subordinar, ni mucho menos excluir a ningún género del campo investigativo. Por lo cual, para la escritura se evitó la utilización del masculino genérico. En esta línea, la perspectiva de género permitió hacer una lectura de los sesgos investigativos que la literatura científica genera (incluidas las traducciones), induciendo a error, ya sea en el acceso al conocimiento o en la producción/reproducción del mismo.

Kanner mismo retoma en sus escritos los aportes de muchas investigadoras como Ssucharewa, Grebelskaia-Albatz, Despert, Mahler, A. Freud; incluso reconoce a Ellen Key, quien “aportó mucho a la emancipación de las mujeres en 1900” (Kanner, 1962, p. 367). Además, reconoce que su publicación de 1943 (artículo ‘prínceps’ en la presente tesis) no hubiera sido posible sin la colaboración de la Dra. Eugenia Cameron, Dra. Esther L. Richard y Dra. Hilde Bruch, a quienes Kanner menciona en este escrito. Sería injusto y totalmente sesgado, de esta manera, hablar de ‘los’ doctores o ‘los’ investigadores, por ejemplo, pero más aún de ‘los’ psicoanalistas infantiles, o ‘los’ maestros, cuando en realidad se trata, la más de las veces de mujeres, incluso son ampliamente conocidos los procesos históricos de feminización de la docencia y el abordaje ‘psi’ de las infancias. En el caso de ‘los clínicos’ el uso del masculino intenta señalar que para la época clásica el corpus médico-psiquiátrico excluía a mujeres y disidencias. Las investigaciones allí halladas sobre mujeres, la más de las veces, las mencionaban como ‘pacientes’.

En el intento de legitimar y destacar el trabajo y las investigaciones producidas por (y sobre) otros géneros, especialmente mujeres, se evitó reproducir el uso de la generalización masculina. En su lugar, se optó por el uso del desdoblamiento y las barras (‘los y las clínicas’ o ‘clínicas/os’). Ello no implica necesariamente acordar con el binarismo masculino-femenino, sino que se la utilización de este formato intenta facilitar la lectura y conciliar los usos del lenguaje institucionales de la Facultad de Psicología y usos del lenguaje no sexistas (a su vez,

evitando el uso de x, *, @, que entorpecen el funcionamiento de los lectores de pantalla utilizados por personas ciegas, con baja visión, u otras). En los casos de citas textuales, se respetó el formato de presentación de la misma (masculino genérico), aunque se propone y sugiere adoptar una perspectiva no generizada para su lectura.

CAPÍTULO I

JUSTIFICACION METODOLÓGICA: SOBRE EL FALSACIONISMO SOFISTICADO Y LA METODOLOGÍA DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

La presente Tesis Doctoral se enmarca en el Proyecto de investigación: “Epistemología e historia crítica de la clínica Psi. Segundo período” evaluado y subsidiado por SECYT U.N.C. desarrollando una de las líneas de investigación abiertas en él. Este Proyecto, a su vez, es la continuidad de la tesis doctoral titulada “Reconstrucción racional de las teorías psicológicas y psicopatológicas de Sigmund Freud utilizando la metodología de programas de investigación” escrita por el Dr. Juan de la Cruz Argañaraz (2014). En ella, tanto como en trabajos expuestos y publicados en distintos eventos científicos (Argañaraz, 2004, 2007, 2012), se identifica el Programa de Investigación Clínico de la Psiquiatría, llamada generalmente ‘psiquiatría clásica’, desarticulando ciertos ‘mitos historiográficos’ del área ‘Psi’ (Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis). Mediante la aplicación historiográfica del falsacionismo sofisticado, Argañaraz (2007) muestra cómo K. Jaspers en su pionera ‘Psicopatología general’ impuso a toda el área el mito histórico de la contraposición entre la ‘Psiquiatría alemana’ versus la ‘Psiquiatría francesa’ caracterizando pormenorizadamente ambas. Esta primera perspectiva historiográfica de Jaspers era dominante, reproducida y nunca había sido cuestionada. La tesis demuestra que un nombre había sido eliminado de la copiosa y pormenorizada lista de autores citados y analizados por Jaspers: **J. P. Falret**. A partir del análisis de este autor, muchos mitos se derrumban, ya que es Falret quien establece las bases del Programa Clínico de la Psiquiatría (PIC Cl) siendo continuado por Kahlbaum y Hecker en Alemania, luego por Charcot y obviamente por S. Freud: alemanes y franceses siguen las coordenadas de la investigación diacrónica del inicio, pródromos, evolución del cuadro y estado terminal de las

‘entidades mórbidas’ postuladas por Falret, que debían describirse y ‘descubrirse’, en contra de la doctrina de las monomanías sincrónicas de Esquirol, el hasta entonces prestigioso heredero de Pinel.

Otras mitologías historiográficas son puestas bajo la lupa del falsacionismo sofisticado y de esta manera, el eje de la tesis pasa por la desarticulación de los varios mitos sobre S. Freud, su original genialidad, su creación ex nihilo del Psicoanálisis, etc. En términos generales la conclusión de la reconstrucción lakatosiana de la obra muestra que la supuesta ‘revolución freudiana’ –como lo sostiene Lakatos para la ‘revolución copernicana’– no fue sino la sustitución del Programa de investigación clínico de la Psiquiatría (PIC Cl) a partir de tomar sus propias armas, a saber: la heurística diacrónica y el método de la expectación hipocrática que el psicoanálisis profundiza mientras el PIC Cl se estanca en la discusión nosográfica y muestra manifiestas e improvisadas terapéuticas galénicas denunciadas incluso por el propio E. Kraepelin.

Entre las líneas de investigación propuestas y abiertas por aquella tesis, está la de indagar el destino posterior del PIC Cl de la psiquiatría. Es por ello que la presente tesis abordará la reconstrucción de un ‘hecho nuevo’ generado por el PIC Cl aún después del dominio en el área ‘psi’ conseguido por el psicoanálisis.

Se hace alusión, de esta manera, al descubrimiento/descripción del Autismo Infantil Precoz por Leo Kanner, quizá último exponente del PIC Cl, y todas las consecuencias que produjo ese ‘hecho nuevo’ en otros PICs obligados a explicaciones y teorizaciones ‘*ad hoc*’.

Por ello, la propuesta de la presente tesis implica una ‘reconstrucción racional’ de la historia interna del autismo infantil al interior del área ‘psi’ mediante el análisis metateórico (histórico-epistemológico) de la Metodología de los Programas de Investigación Científica (MPIC), identificando las diversas descripciones y sesgos que se han realizado sobre el fenómeno autista, especialmente respecto del afecto, el lenguaje y la invariabilidad. Un análisis a nivel metateórico “posee una particular potencialidad para superar los inconvenientes que conlleva un punto de vista limitado a la consideración de las relaciones entre teorías o pares de enunciados” (Cadevall, 1985, p. 15). Las ‘reconstrucciones racionales’ de la ciencia, como herramientas metodológicas permiten: “describir, analizar, pero fundamentalmente jerarquizar las teorías parciales en ‘cordones auxiliares’, ‘núcleo firme’, heurística positiva y negativa, elección de problemas, problemáticas progresivas y estancadas” (Argañaraz, 2014, p. 14).

Pocos trabajos en Psicología han utilizado la Metodología de los PIC. Entre ellos pueden mencionarse: un ensayo sobre la historia interna del psicoanálisis (Bolívar Ochoa, G., 2000);

un estudio sobre la posible fecundidad de investigar al psicoanálisis como un PIC (Fernández, 2004) y un ensayo de reconstrucción parcial con la MPIC del PIC fenomenológico en Sociología (Toledo Nickels, 2005). Además, se halló la tesis Doctoral de Maximiliano Azcona (2016) titulada ‘Las críticas de Popper y Grünbaum al psicoanálisis: un abordaje epistemológico de la racionalidad freudiana’, de la Universidad Nacional de la Plata, donde el autor sistematiza argumentos epistemológicos sobre la racionalidad de los fundamentos freudianos del psicoanálisis, a partir del análisis teórico-crítico del hipotético-deductivismo de Karl Popper y del inductivismo eliminativo de Adolf Grünbaum. En la Universidad Nacional de Córdoba, más precisamente en la Facultad de Psicología, se cuenta con el antecedente de la tesis Doctoral titulada ‘El concepto de parlêtre en la última producción teórica de Lacan’ a cargo del Dr. Guido Coll, donde, mediante la utilización de la metodología lakatosiana compara diferentes momentos de la producción teórica de Jacques Lacan.

Sin embargo, a la fecha, no se han hallado trabajos que realicen una reconstrucción racional utilizando la MPIC lakatosiana, en sentido estricto, con la salvedad de la tesis doctoral titulada ‘Reconstrucción racional de las teorías psicológicas y psicopatológicas de Sigmund Freud utilizando la metodología de programas de investigación’, del Dr. Juan Argañaraz, quien dirige la presente tesis. Además, cabe destacar que, en el campo del autismo infantil, no se han hallado investigaciones que utilicen la metodología de los PICs sobre la –cada vez más prolífera– acumulación de teorías que investigan este fenómeno.

La Metodología de los PICs

Imre Lakatos desarrolla la Metodología de los PICs, a partir de lógicas de descubrimiento caracterizadas por reglas que rigen la aceptación y el rechazo de teorías o conjuntos de teorías. El autor señala que, lo que se considera habitualmente como una ‘teoría’ puede tratarse, en realidad, de una secuencia o agrupamiento de teorías sostenidas en el tiempo. Estas se caracterizan por exhibir cierta continuidad de propósitos que relacionan a sus miembros y permiten identificarlas como versiones ligeramente diferentes o técnicas experimentales pero que comparten una o varias conjeturas comunes que no se intentan refutar: una ‘idea’ común (núcleo firme). Es por ello que, la MPIC se muestra sumamente fértil a la hora de investigar no ya sobre teorías aisladas sino sobre agrupamientos y redes teóricas más amplias. Aquí Lakatos

retoma la hipótesis de Duhem-Quine⁶ (1985 [1950]) que muestra la imposibilidad de refutar hipótesis o enunciados aislados.

De esta manera, Lakatos sostiene que habría que concebir de otro modo los juegos de la ciencia, utilizando para la epistemología, la historiografía. La MPIC, fuertemente historiográfica, muestra como diferentes PICs mantienen una adhesión y rivalidad sostenida en el tiempo sin conseguir reemplazarse unos a otros –diferente de los paradigmas kuhnianos–, desarrollando excesivamente hipótesis ad hoc, hecho muy frecuente en las ciencias ‘sociales’ (Argañaraz, 2004). Por ello se hipotetiza que, de tomar esta metodología se podría predecir el hallazgo de nuevos datos históricos de relevancia para el campo ‘psi’ actual, especialmente en el objeto de esta investigación, el fenómeno autista.

Si bien la recopilación de antecedentes sobre la temática demuestra que se han realizado diferentes aplicaciones de la MPIC, para la presente tesis se tomará como modelo la reconstrucción que el mismo Lakatos realiza junto a Elie Zahar, en el último período de su obra. Es decir que se tomará la MPIC tal cual se muestra sobre la ‘revolución copernicana’ en ‘¿Por qué superó el programa de Copérnico al de Ptolomeo?’ (Lakatos y Zahar, 1976). De esta manera, la metodología seguirá un análisis pormenorizado de esa aplicación de la MPIC para fundar un ‘uso canónico’ de la misma.

Es razonable exigir este estudio histórico para las reconstrucciones con MPIC, porque en la historia del pensamiento humano, no se crea una nueva metafísica cada año (Argañaraz, 2014). De allí, que cualquier reconstrucción debe abarcar grandes períodos de tiempo. Es importante subrayar este elemento ampliamente considerado en algunas aplicaciones de la MPIC (por ejemplo, en la Matemática), y desestimado en otros usos, como en Economía. Es frecuente en estos últimos hallar referencias a obras de autores aislados como PICs, a veces recientes, sin exigirse la indagación de qué PIC de largo alcance está revitalizando o sin ubicar, específicamente, su núcleo firme, heurísticas o cambios de problemáticas que proponen.

En resumidas cuentas, la investigación se ajustará, por una parte, a la perspectiva lakatosiana actual, consolidada por los discípulos de Lakatos (Worrall, J., Zahar, E.) con sus desarrollos sobre ‘heurística positiva’ (Worrall), ‘hecho nuevo’ y ‘exceso empírico’ (Zahar). Por otra parte, se acotará en el mayor grado posible –aunque en primera instancia no pareciera forzar en nada la perspectiva lakatosiana, sino más bien fortalecerla–, el uso de dos elementos

⁶ Se hace referencia a la tesis de P. Duham retomada por W. O. Quine en 1950.

complementarios: la T-teoricidad (Sneed, 1971) y la estratificación y dinámica racional de las prácticas en la comunidad científica.

Imre Lakatos y la filosofía de la ciencia

La filosofía de la ciencia sin la historia de la ciencia es vacía;
la historia de la ciencia sin la filosofía de la ciencia es ciega

Lakatos, 1987, p. 11

Imre Lipschitz (1922-1974), nació en Hungría en el seno de una familia de origen judío. Participó activamente en la resistencia antinazi, cambiando su nombre por Imre Lakatos (en honor a Géza Lakatos) durante la Segunda Guerra Mundial. A continuación, se recuperan brevemente sus datos biográficos y antecedentes.

Lakatos estudió Matemática, Física y Filosofía en la Universidad de Debrecen, donde obtuvo su primer grado académico en 1944. Formó parte del movimiento comunista húngaro ocupando, a partir de 1947, un alto cargo como funcionario del Ministerio de Educación. En 1948 defendió su tesis doctoral en la Universidad de Debrecen. Fue detenido en 1950 por 'revisionista' y encarcelado durante tres años. En 1956 se exiló a Viena y posteriormente a Inglaterra. En 1960 fue nombrado profesor en la London School of Economics (LSE) donde desarrolló su labor dictando Filosofía de la Matemática y Filosofía de la Ciencia. Fue allí, en el departamento de filosofía de la LSE donde conoció a Karl Popper, Joseph Agassi y John Watkins. Por muchos años fue discípulo de Popper, llegando a elaborar una versión sofisticada de su falsacionismo metodológico en el cual retomó ciertos aspectos de la teoría de Kuhn y cuestionó al mismo Popper. En 1961 obtuvo su doctorado en Filosofía de la Universidad de Cambridge, tesis en la cual se basó su libro póstumo *Proofs and Refutations* (Klimovsky, 1995).

Lakatos recoge de la teoría de Thomas Kuhn (1922-1996) la importancia de la historia, es decir, la 'diacronía de la ciencia' (Argañaraz, 2012), para la 'filosofía de la ciencia', y publicó su perspectiva en el marco de una polémica ya generalizada entre filósofos de la ciencia⁷. Privilegió el lugar de la historia externa empírica, convirtiendo muchos problemas que habían

⁷ Obviamente no hay que considerar el devenir de las obras de Popper y Kuhn, posteriores a 1974

sido externos para otras historiografías, en problemas internos. Sostuvo que la ciencia solo podía ser leída en un contexto histórico, diferenciándose de otras metodologías de la ciencia como el inductivismo, el falsacionismo ‘ingenuo’, o el convencionalismo.

En cuanto a su propuesta metodológica señala:

Ahí donde Kuhn y Feyerabend ven cambios irracionales, yo predigo que el historiador descubrirá que ha existido un cambio racional. De este modo, la metodología de programas de investigación predice (o, si se quiere, postdice) nuevos hechos históricos, inesperados a la luz de las historiografías (internas y externas) existentes, y confío en que tales predicciones sean corroboradas por la investigación histórica (Lakatos, 1987, p. 173).

En su intento de reconstrucción racional de la historia de la ciencia, Lakatos señaló que ésta no avanza sólo falsando teorías, es decir, los científicos no utilizan la falsación como criterio para descartar teorías enteras al estilo popperiano; sino que se debe considerar la existencia de conjuntos de teorías rivales y en pugna, y otras que se sustituyen o continúan a lo largo de años, incluso siglos (Argañaraz, 2012).

Lakatos, criticó y señaló las falencias del ‘falsacionismo metodológico ingenuo’ de Popper, aunque también recogió y profundizó su heurística positiva y su ‘racionalismo crítico’ haciéndose cargo de las refutaciones historiográficas que Kuhn opuso al programa de investigación falsacionista. De esta manera estableció lo que llamó un falsacionismo metodológico ‘sofisticado’. En este sentido, la falsación requería relacionar las teorías en competencia, la ‘base empírica’ original, y el descubrimiento empírico que resultaba del testeo de las teorías alternativas (Ahumada, 1997, p. 396).

Para Lakatos, un conjunto de teorías agrupadas por su heurística conforma un PIC. Los PICs pueden encontrarse en estado progresivo o degenerativo. En comparación con otras metodologías que privilegian el análisis formal y/o sincrónico de teorías, esta metodología se caracteriza por su énfasis puesto fuertemente en la diacronía para explicar el cambio en la ciencia y la dinámica teórica. Utilizando esta herramienta, es posible constatar que, a lo largo de la historia de la ciencia han existido diferentes Programas de Investigación, que mantuvieron su ‘tenacidad’ a pesar de falsar y cambiar sus teorías auxiliares, y que pudieron descubrir ‘hechos nuevos’ luego de verse estancados y continuarse años después. Ejemplo de ello – señalado por Canguilhem (2004)– es la importancia que tuvo la corroboración recién en el siglo

XIX, de la mano del fisiólogo Claude Bernard, de la antigua conjetura hipocrática que Cannon, en 1926 nombra con el término científico de “homeostasis”⁸.

El ‘hecho nuevo’, si bien es un concepto forjado por L. Fleck, es fundamental en Lakatos, como se verá a continuación. Es justamente, lo que puede lograr un ‘cambio de estilo de pensamiento’ en su terminología. Para Lakatos, el ‘hecho nuevo’ es clave para estancar al programa rival, obligándolo a explicaciones ‘ad hoc’ y cambiando su agenda de problemáticas a discutir.

En resumidas cuentas, un modelo de ciencia –para Lakatos– debe ser congruente con la práctica real de los/as científicos/as; debe ofrecer una solución –racionalmente coherente– al problema de discernir las cláusulas exigibles a una teoría científica (problema de demarcación) y debe determinar –al menos aproximadamente– de qué modo se puede establecer que un programa es mejor que otro.

Lakatos le critica a Popper, quien echó las bases de esta ‘(falible) lógica del descubrimiento’, no haberse ocupado de la meta-cuestión de la naturaleza de la investigación “y no se dio cuenta de que no se trata de psicología ni de lógica, sino de una disciplina independiente, la lógica del descubrimiento, la heurística” (Canestri, en Zysman, 2004, p. 55). Mediante la separación de ambos contextos (de descubrimiento y de justificación), Popper pretendía ‘acabar con todo psicologismo’ para dedicarse, exclusivamente, a la lógica interna de las teorías. Worrall, discípulo de Lakatos señalaba al respecto que tanto Kuhn como Popper no consideraron la incorporación del contexto de descubrimiento (lógica del descubrimiento) al contexto de justificación-validación. Para Worrall (2001) “el modo como se ha llegado a una teoría puede ser, como tal, un asunto importante para su posible acreditación (esto es, que las cuestiones del descubrimiento se pueden introducir en el ‘ámbito de la justificación’)” (p. 115). Esta lógica, formaría parte de la ‘historia interna’ de la ciencia o de una disciplina, y sería relevante, a la hora de evaluar la científicidad de un Programa de Investigación en el contexto que emergió, agregando racionalidad a la historia de la ciencia. (Argañaraz, 2014, p. 79).

⁸ “La idea de regulación orgánica comienza con la fisiología de Claude Bernard, y confirma una muy vieja intuición de la medicina hipocrática, a saber: que, por el hecho mismo de la vida del organismo, existe una suerte de medicación natural o de compensación natural de las lesiones o trastornos a los que el organismo puede estar expuesto. Esta vieja conjetura irrefutable hipocrática de la fuerza medicadora de la naturaleza recibió múltiples confirmaciones en la fisiología moderna (...) después de Claude Bernard, esto es llamado medio interno” (Canguihlem, 2004, p. 108-109). “Bernard tuvo la originalidad de mostrar que existe un medio interno, pero tuvo además la originalidad de mostrar que es el propio organismo el que produce ese medio interno” (Canguihlem, 2004, p. 110)

Todo ello le valió a la escuela lakatosiana ciertos debates y críticas de las demás perspectivas de la Filosofía de la Ciencia, ya que representó una clara resistencia a la epistemología naturalizada, y a las distintas formas de relativismo y hermenéutica. Refiere Broncano (2001):

La Filosofía lakatosiana aporta una perspectiva muy digna de notar en el giro naturalista que ha emprendido la Filosofía de la Ciencia: aporta una visión a la vez histórica y social, rescata a la Filosofía de la Ciencia de la excesiva dependencia de la Psicología cognitiva y coloca al epistemólogo frente a la tarea de explicar la Ciencia (p. 130).

El problema de la demarcación

Un hecho notable de las ideas de nuestro siglo es aquel por el que el criterio de demarcación entre ciencia y no ciencia –el criterio popperiano de falsación de las teorías científicas– tiene su génesis en la crítica a las ‘pretensiones pseudo-científicas’ del marxismo y del psicoanálisis.

Altiseri, 2001, p. 189

En su versión más general, el problema de la demarcación se puede nuclear en torno a: ¿qué es lo que hace científica a una teoría? Así planteado, implica la identificación de un criterio que permita trazar con precisión la separación entre la ciencia y otros ámbitos del pensamiento como la metafísica, la religión o la pseudociencia.

Para Popper, como para muchos falsacionistas, la probabilidad de que una teoría sea verdadera era igual a cero. Sosteniéndose en un modelo hipotético deductivo, se aferró al principio de asimetría lógica, en la cual la confirmación de una hipótesis, era siempre un hecho probable, por ende, provisorio (falacia de afirmación del consecuente) y la refutación era un hecho concluyente (*modus tollens*) por lo tanto un razonamiento válido. Es decir que lo esencial para el falsacionismo popperiano no es confirmar una hipótesis científica, sino que ésta sobreviva a intentos continuados de falsación mediante la comprobación experimental de predicciones (‘pruebas/experimentos cruciales’).

En este punto, Lakatos retomó la tesis Duhem-Quine (1985 [1950]), a la cual consideraba no abordada adecuadamente por Popper. Argumentó que las corroboraciones o falsaciones no

dependían de las teorías que constituían un PIC, sino del conjunto del PIC. Es decir que, si de una hipótesis se seguía un hecho observacional, y efectivamente éste se daba, no necesariamente aquella era verificada. Tampoco la inversa. En estricta lógica, no hay modo de verificar una hipótesis. Tampoco de refutarla. Para obtener la predicción, se necesita además de la hipótesis, un amplio conjunto de enunciados que actúen como supuestos auxiliares.

De ello Lakatos desprende básicamente tres enunciados: las creencias se enfrentan al ‘tribunal de la experiencia’ (Quine, 1950) no una a una, sino como parte de un cuerpo; no pueden existir normalmente ‘experimentos cruciales’ para decidir entre dos teorías competidoras cual es correcta; y los datos disponibles no suelen seleccionar una única teoría como la correcta (‘subdeterminación de las teorías’). Lakatos refuta el criterio popperiano argumentando que “con imaginación suficiente cualquier teoría (consista en una proposición o de una conjunción finita de muchas proposiciones) puede ser permanentemente salvada de la refutación mediante ajustes adecuados en el conocimiento básico en el que se halla inserta” (Lakatos, 1989, p. 121). De ahí la importancia que tiene que la heurística de un PIC conduzca a ‘hechos nuevos’ más que a refutaciones o confirmaciones.

De esta manera, Lakatos (1987) niega también la posibilidad de someter hipótesis a ‘experimentos cruciales’ como dramáticos momentos de refutación y corroboración de importancia trascendente; considerando que un ‘experimento crucial’ es un título honorífico que puede conferirse a las anomalías, pero sólo mucho después del evento, cuando un programa ha sido abandonado por otro. El autor demostró que incluso los más prestigiosos científicos dejaban de lado las anomalías (incluso las más ampliamente conocidas) y fijaban su atención en la heurística positiva del programa. En este sentido, destacó que era sumamente habitual la actitud metodológica de archivar ciertas anomalías como (simples) casos problemáticos a resolver en una etapa posterior, en lugar de considerarlas como contraejemplos dramáticos que refutarían la teoría. Argumentó que algunos de los Programas de Investigación tenidos actualmente en la mayor estima por parte de la comunidad científica, progresaron entre un océano de anomalías (Lakatos, 1987). Entonces, en lugar de detenerse en las anomalías, otorgó algunos criterios firmes para señalar cuándo un PIC avanza o degenera hasta que es abandonado.

De esta manera se destaca como la MPIC enfatiza la rivalidad prolongada, teórica y empírica, de Programas mayores de Investigación, problemáticas estancadas y progresivas, y la victoria, lentamente conseguida, de un programa sobre otro. Como señala el autor:

Para expresarme más rotundamente: el criterio de demarcación de Popper nada tiene que ver con la epistemología. Nada afirma sobre el valor epistemológico del juego científico (Lakatos, 2002 [1974], p. 201).

(...) Tales críticas hacen un daño terrible a un programa de investigación. Los programas de investigación son entidades frágiles y una crítica excesivamente severa puede impedir que personas con talento trabajen en él. (...) tanto Newton como los newtonianos se desesperaron al ver desacreditados sus puntos de vista (Lakatos, 2002 [1963], p. 259).

(...) no es deshonesto aferrarse a un programa en regresión e intentar convertirlo en progresivo. (...) Hay que tratar con benevolencia a los programas en desarrollo; pueden transcurrir décadas antes de que los programas despeguen del suelo y se hagan empíricamente progresivos. La crítica no es un arma popperiana que mate con rapidez mediante la refutación. Las críticas importantes son siempre constructivas: no hay refutación sin una teoría mejor. Kuhn se equivoca al pensar que las revoluciones científicas son un cambio repentino e irracional de punto de vista. La historia de la ciencia refuta tanto a Popper como a Kuhn (Lakatos, 2002 [1974], p. 16).

Lakatos: ampliando a Popper y acotando a Kuhn

Worrall (2001) muestra que Lakatos intentó conscientemente una síntesis de Popper y Kuhn, basándose en que Popper no había tratado adecuadamente el problema de Duhem-Quine. En ‘Ruptura y continuidad de Lacan con Freud (desde Lakatos)’ Argañaraz (2012) explicita la posición de Lakatos respecto a Popper y Kuhn para el desarrollo de su ‘falsacionismo sofisticado’, elaborando un esquema comparativo que reúne, de forma sucinta, estos tres posicionamientos en cuanto a: 1) el agente de la ciencia y 2) la unidad de evaluación científica. Se presenta de la siguiente manera:

Cuadro N°1: Lakatos: ampliando a Popper y acotando a Kuhn

	Popper	Lakatos	Kuhn
Agente de la ciencia	Científico individual	Comunidad científica con PICs en pugna, acota el agente colectivo.	Comunidad (sociedad y cultura) de una época , incluidos los científicos.
Unidad de evaluación	Teoría cuyas hipótesis son	Programa de Investigación,	Paradigma como Gestalt o

científica	falsables. (historia como pugna entre ciencia y pseudociencia)	acota ‘Paradigma’. (historia interna de la ciencia es pugna entre PICs)	cosmovisión social y cultural
------------	---	---	-------------------------------

Fuente: Argañaraz (2012) Ruptura y Continuidad de Lacan con Freud (desde Lakatos). Córdoba: Ed. Brujas.

La unidad de análisis, evaluación y falsación de la ciencia es cambiada en Lakatos por el PIC – sosteniéndose en la hipótesis de Duhem-Quine–. Esa unidad de evaluación se amplía respecto a Popper (quien considera una teoría aislada) y se acota respecto a Kuhn (el paradigma), en dos aspectos:

1-La unidad de evaluación científica: para Lakatos, la unidad de análisis kuhniana integra múltiples elementos con los cuales una comunidad científica está comprometida (en sentido ontológico, simbólico y ético), la llamada ‘cosmovisión’ o ‘Gestalt’ del paradigma, al punto de suponer afectada su posibilidad de crítica (Argañaraz, 2014). Lakatos muestra que los científicos pueden y han trabajado en PICs opuestos al mismo tiempo, lo que sería inconcebible desde el ‘paradigma’. Sin embargo, acepta y corrobora historiográficamente ese compromiso de la comunidad científica en la actividad de la ciencia ‘normal’, pero la considera como una decisión racional de no dirigir la falsación al núcleo firme. Por ello, en un período de ‘ciencia normal’ una teoría de un paradigma, no será falsable.

Cuando Lakatos refiere que “la ciencia en su conjunto puede ser considerada como un enorme programa de investigación” (Lakatos, 1989 [1978] p. 65), podría suponerse como núcleo firme, por ejemplo, que ‘la ciencia es una empresa racional’. Si esto fuera así, esta afirmación (hipótesis) sería irrefutable por decisión metodológica de la comunidad científica, incluso con una multiplicidad de PICs en contra.

Lakatos apoya a Kuhn, pero sostiene como unidad de evaluación el PIC, cuyas teorías auxiliares sí son falsables en sentido popperiano (más no su núcleo duro o firme). En resumidas cuentas, un PIC es falsable solo por el desarrollo de otro PIC, pero no es ‘ingenuamente falsable’. Entre uno y otro, no necesariamente tiene que acontecer una ‘crisis’ y una revolución en la ciencia (Argañaraz, 2014). A la unicidad hegemónica del paradigma kuhniano Lakatos opone la coexistencia más o menos conflictiva de varios PICs.

2- El agente de la ciencia. El segundo punto señalado por Argañaraz (2014) podría resumirse en que, para Lakatos, algunas argumentaciones presentes en Kuhn, mostrarían que en el ‘paradigma’, implícitamente participa una ‘comunidad amplia’ de personas. El científico individual, héroe del falsacionismo ingenuo –y coherente con la teoría individual y el experimento crucial–, es cuestionado por los trabajos de Kuhn, cuya concepción de la historia de la ciencia, muestra que el protagonista es un colectivo. Ese colectivo es reafirmado pero rectificado por Lakatos:

- 2-a) acota ese colectivo a los implicados en los PIC en pugna, es decir un colectivo más pequeño y a su vez, ese colectivo no se reafirma, sino que se contradice entre sí.
- 2-b) ese colectivo no es necesariamente contemporáneo.

Es decir, el agente de la ciencia lakatosiano puede ser tanto un/a científico/a – momentáneamente aislado/a, que podría incluso eventualmente intentar desarrollar un PIC estancado o degenerativo–, o una comunidad solo de científicos/as, que confrontan sus PIC entre sí. Pero, en cualquier caso, esta pugna entre PICs hace a esta ‘comunidad’ no homogénea. Y por tanto no hay ‘conversiones’ masivas, cambios de ‘Gestalt’ ni ‘revoluciones científicas’, sino un PIC que reemplaza a otro y esta situación es de largo alcance (Argañaraz, 2014).

Historia interna e historia externa

Como se mencionó en apartados anteriores, la filosofía de la ciencia proporciona criterios para evaluar teorías ya elaboradas. En este punto, Lakatos (1987) continúa a Popper, en tanto éste último reconstruye la ‘historia interna’ aportando una explicación racional del desarrollo del conocimiento que permita evaluar en términos normativos, los programas de investigación rivales en un campo dado (Argañaraz, 2014).

El falsacionismo sofisticado de Lakatos, a diferencia otras historias de la ciencia (Vezzetti, Klappenbach), divide la misma en ‘historia interna’ e ‘historia externa’. Lakatos, en contra de Kuhn, sostiene la racionalidad en la historia de la ciencia, alentando a quienes adhieren a sus postulados a escribir la historia interna de la misma⁹. En el escrito de Imre Lakatos y Elie Zahar (1976 [2002]) titulado ‘¿Por qué supero el programa de investigación de Copérnico al de Tolomeo?’, se muestra cómo, una reconstrucción racional de la historia de la ciencia permite ver que el programa ‘antitolomeico’ al que adhirió Copérnico se continuó con Galileo, e incluso

⁹ Tal como se verá luego, Leo Kanner también acuerda con la importancia de la historia para la ciencia e incluso redacta, de forma breve, una historia interna del Autismo Infantil Precoz.

con Newton. Copérnico, en lugar de enumerar las observaciones que lo llevaron a revisar la astronomía, se volvió sobre los pasos de los antiguos griegos evidenciando la degeneración heurística del programa platónico originada por Tolomeo, restauró la versión de Aristarco del programa platónico (estancado) y logró que este programa se vuelva rápidamente progresivo, anticipando hechos que nunca con anterioridad habían sido observados. Es decir que, Copérnico no creó un programa completamente nuevo, sino que revitalizó la versión de Aristarco del programa platónico. El núcleo firme de este programa era la proposición de que las estrellas constituían el marco de referencia primario para la física. Por ello, señala Lakatos, “Copérnico no inventó una nueva heurística, sino que trató de restaurar y rejuvenecer la de Platón” (Lakatos y Zahar, 1976/2002, p. 234).

Sobre ello señala Lakatos: “allí donde el historiador duhemiano percibe una revolución que solo afecta a la simplicidad (como la de Copérnico) (...) [la MPIC] buscará un programa progresivo de gran envergadura que derrota a otro en degeneración” (1976, p. 149). Por ello, para la MPIC es fundamental distinguir la historia interna (reconstrucción racional), de la historia externa empírica (socio-político-psicológica). La primera constituye el desarrollo del PIC, mediante el análisis de aspectos metodológicos vinculados al cambio de PICs o descubrimiento de ‘hechos nuevos’. Esta requiere ser complementada por una ‘historia externa’ constituida por elementos que, en principio, parecerían no corresponder a la ciencia misma (ideologías, prejuicios, etc.). De esta forma se pueden explicar los factores residuales no racionales de los acontecimientos históricos (interpretados en términos de la historia interna).

En cualquier caso, la MPIC considera la ‘historia interna’ como primaria, y la externa, como secundaria (Lakatos, 1987), dado que la historia interna es la que definirá los problemas más importantes de la historia externa de la ciencia.

Elementos del PIC: núcleo firme y teorías auxiliares

Se presentó el aspecto diacrónico e histórico de la propuesta de Lakatos, el cual fundamenta por qué el/la filósofo/a de la ciencia debe aprender de la historia de la ciencia.

Por otra parte, el aspecto sincrónico de su propuesta se constituye por los diferentes elementos que integran un PIC: su ‘núcleo firme’ o duro (histórico), sus heurísticas y un ‘cordón de teorías auxiliares protectoras’ que si son falsables y desechables.

El núcleo duro se conforma por las conjeturas centrales que los partidarios del programa están dispuestos a defender (conjeturas no falsables como la homeostasis de los hipocráticos griegos o el átomo de Demócrito), aún con contraejemplos o anomalías (Argañaraz, 2012). Este núcleo es convencionalmente aceptado y por una decisión provisional, irrefutable; produciendo una continuidad en el tiempo que permita construir versiones mejoradas. No hay una regla por la cual determinar qué es lo que debe formar parte del núcleo duro o del cinturón protector, sino que estos quedan supeditados a la decisión de los/as científicos/as en función de la experiencia disponible.

El cinturón o cordón protector se compone de hipótesis y teorías auxiliares. Este debe recibir los impactos de las contrastaciones para defender al núcleo firme. De esta manera, podrá ser ajustado y reajustado e incluso completamente sustituido. Dado que los PIC pueden cambiar fácilmente las hipótesis del cinturón protector, constituyen una estructura dinámica que permite explicar con mejores posibilidades el cambio científico que la ‘ciencia normal’ kuhniana. Mientras que Popper consideraba las teorías auxiliares de manera despreciativa como hipótesis *ad hoc*, Lakatos intentó mostrar que ajustar y desarrollar un cinturón protector no era necesariamente algo perjudicial para el PIC. Es decir que, “un programa de investigación tiene éxito si ello conduce a un cambio progresivo de problemática; fracasa, si conduce a un cambio regresivo” (Lakatos, 1989 [1978], p. 66).

La propuesta lakatosiana, como se mostró con anterioridad, discute con lo postulado por Kuhn y Popper. Kuhn, en cuanto a su concepción de la ciencia, es en verdad deudor de los postulados de L. Fleck (1986) para quien la ciencia no es un constructo formal, sino, esencialmente, una actividad llevada a cabo por comunidades de investigadores/as. Lo que efectivamente realizan los/as científicos/as, ocupa el primer plano de sus investigaciones. Sobre este punto se apoya expresamente Kuhn para sostener que una comunidad científica posee un grado tal de compromiso ontológico, simbólico y ético (valores) con esta suerte de ‘Gestalt’ del paradigma, que resultaría en **una inercia** o **tenacidad**. Lakatos, por su parte, corrobora historiográficamente esa tenacidad en la actividad de la ciencia ‘normal’, pero no la considera un efecto gestáltico, sino una decisión racional, científica y metodológica del grupo de científicos/as: no dirigir la falsación al núcleo duro. Aprovechando la idea de tenacidad interviene en el debate formalista, justificacionista y normativista, exponiendo ‘la dimensión fáctica’ de la ciencia. De esta manera dirá Lakatos que el núcleo firme, aunque protegido con tenacidad quizá durante siglos, posee una función más de ‘amplio condicional’ – si x, luego: y,

z, p –, que de ‘axioma’ que derrumba tras su caída, todo el edificio deductivo (Argañaraz, 2014).
Incluso

es probable que todos los centros firmes de los programas científicos sean falsos y, en consecuencia, solo sirven en cuanto ideaciones fuertemente imaginativas para incrementar nuestro conocimiento del universo (Lakatos, 1987, p. 146).

Por lo tanto, en vez de corroborar si una hipótesis es verdadera o falsa, lo lakatosianamente correcto sería analizar si un PIC es mejor que otro y determinar cuál es la base racional para fundamentarlo. Los PICs en sí no podrían ser refutados, sino que, en el proceso de desarrollo de la ciencia, PICs contrapuestos se desarrollarían paralelamente y uno de ellos demostraría poseer mayor contenido empírico (estado progresivo) sobre otro (que se encontraría en estado degenerativo, acumulando hipótesis ad hoc y explicaciones post facto). Allí los adherentes al programa degenerativo tomarán la decisión metodológico-pragmática de abandonar el anterior, por consideraciones de eficacia y conveniencia.

Heurística positiva, heurística negativa

Por heurística, Lakatos entiende al conjunto de reglas metodológicas que sugieren o establecen cómo proceder y qué problemas evitar a la hora de generar soluciones y elaborar teorías e hipótesis en torno a un problema.

Dentro de un PIC se puede identificar una **heurística negativa** que prohíbe la refutación del núcleo firme. Esta indicará qué es lo que no se debe investigar, ya que no se llegaría a resultados prometedores por esta vía (por ejemplo, el estudio del sistema nervioso en el caso del PIC Psicoanalítico). La heurística negativa –dice Lakatos (1978/89)–

impide que apliquemos el modus tollens a este «núcleo firme». Por el contrario, debemos utilizar nuestra inteligencia para incorporar e incluso inventar hipótesis auxiliares que formen un cinturón protector en torno a ese centro, y contra ellas debemos dirigir el modus tollens (p. 66).

Un PIC además cuenta con una **heurística positiva** que indica lo que ese programa debe investigar para arrojar resultados progresivos en función de su núcleo firme. Se trata de

la guía parcialmente estructurada de principios de indagación para la elección de problemas progresivos, desarrollo de versiones refutables de las teorías auxiliares y su complicación, modificación o sustitución; y es cuasi equivalente a la importancia del *modelo de resolución de puzles* en Kuhn, los ‘ejemplares’ de la ‘matriz disciplinar’ (Argañaraz, 2014, p. 42. El destacado se encuentra presente en el original).

Como se verá luego en el caso de la reconstrucción de Lakatos y Zahar sobre Copérnico –y en contra de Laudan y sus ‘tradiciones de investigación’– la identidad de un PIC reside ciertamente en su núcleo firme y, aún más en la **heurística positiva** que emana de él (Worrall, 2001). Es esta heurística positiva –no las anomalías del programa– la que define los problemas, agrupa teorías ayudando a construir un cinturón de teorías auxiliares (*‘problem-solving machinery’*), prevé anomalías y transforma las mismas en ‘ejemplos victoriosos según un plan preconcebido’.

Al decir de Lakatos (1989 [1978]), “la heurística positiva del programa impide que el científico se pierda en el océano de anomalías” (p. 69). Es por ello que las heurísticas juegan un papel clave en el falsacionismo sofisticado, ya que de ellas depende que un PIC sea mejor que otro. Para que sea útil, siempre debe mantener su potencial heurístico que conduzca al exceso empírico. De la heurística y del núcleo firme depende la descripción progresiva. Por ello, el ‘hecho nuevo’ es central en la MPIC y Lakatos acepta una mejora original a su primera definición, realizada por E. Zahar:

Según Zahar la explicación del perihelio de Mercurio suministró una corroboración empírica dramática a la teoría de Einstein aun cuando el hecho era conocido (...). Fue ‘dramático’ porque en el esquema original de Einstein el perihelio anómalo de Mercurio no jugaba ningún papel (Lakatos y Zahar, 1976/2002, p. 237).

En este sentido, de Zahar, de ‘hecho nuevo’:

(...) varios hechos importantes relativos a los movimientos planetarios son consecuencias directas de los supuestos de Copérnico y que, aunque tales hechos eran conocidos, suministran mucho más apoyo a Copérnico que a Ptolomeo, puesto que en este último sistema eran explicados de forma ad hoc mediante ajustes paramétricos (Lakatos y Zahar, 1976/2002, p. 237).

Entonces si una descripción incluye y da cuenta de asuntos que en las otras descripciones quedaban afuera, y descubre ‘hechos nuevos’ merced a su heurística positiva, esta descripción es progresiva y tiene mayor expansión el contenido empírico que la verdad del núcleo duro (Lakatos, 1987). Es claro el ejemplo de L. Fleck (1986) presentado anteriormente, sobre cómo el prejuicio de la ‘sangre impura’ llevó a estudiar, para la sífilis, una infección en la sangre.

En caso que un PIC intente explicar o resolver esta situación mediante sólo aspectos fragmentarios del PIC anterior (sin dar cuenta de ellos), entonces es degenerativo. Es decir, los PICs pueden ser degenerativos cuando las hipótesis *ad-hoc* que protegen al núcleo duro no son corroboradas, acumulando anomalías empíricas; también cuando el programa no predice fenómenos nuevos por mucho tiempo y desarrolla constantemente explicaciones *ad hoc* de lo que otros programas descubren. En este último caso, suele pasar que se vea reemplazado por un PIC rival. Si no hay un PIC rival que conserve los elementos no refutados del PIC anterior y contenga soluciones para las nuevas anomalías, el PIC se queda en etapa regresiva hasta que se recupera. En el campo de la psicopatología y la psiquiatría infantil un ejemplo victorioso para el PIC clínico, fue poder diferenciar las ‘perturbaciones autistas’ (Kanner, 1943) de la esquizofrenia infantil. En un contexto de auge del PIC Psa, Leo Kanner recupera la heurística positiva del PIC Cl estancado y logra identificar un ‘hecho nuevo’, obligando a otros programas vigentes a explicar y debatir problemáticas que no estaban discutiendo.

En resumen, un PIC ‘A’ puede ser falseado sólo si otro PIC ‘B’ cuenta con las siguientes características (Lakatos, 1987):

I) B tiene un exceso de contenido empírico sobre A, gracias a su heurística positiva predice hechos nuevos improbables para A o prohibidos por la heurística negativa de A

II) B explica el éxito previo de A

III) algo del exceso de contenido de B es corroborado empíricamente.

Por ello, Lakatos (1987) sostiene que es esperable que haya varios programas en conflicto, dado que las revoluciones científicas se producen cuando un PIC B reemplaza a otro A, superándolo de modo progresivo y proporcionando una nueva reconstrucción racional de la ciencia.

El problema de la descripción y la lucha por establecer los términos de la realidad empírica (T-teoricidad)

Como herramienta epistemológica se incluirán aquí avances en los métodos de formalización que, en principio, no son rechazados en la perspectiva de la MPIC, y que el estructuralismo modeloteórico ha producido mediante la noción de T-teoricidad de Joseph Sneed (1971) desarrollada más precisamente en su artículo '*The Logical Structure of Mathematical Physics*'. De esta manera se intenta disipar el problema popperiano de la carga teórica de los datos, que en su momento conmovió en gran parte la distinción teórico-observacional y las consecuentes reglas de correspondencia del neopositivismo lógico (Argañaraz, 2014).

La propuesta de Hempel (1970) conocida como la 'carga teórica de la observación' implica que siempre que se realice una observación, ésta ya está impregnada de teoría. Por lo tanto, la teoría antecede y debe señalar lo que, de ser ella verdadera, va a observarse en la realidad. Popper, en 'Conjeturas y refutaciones', mostró contra el operacionalismo –aunque ya E. Mach lo había señalado– que no hay observación posible sin teoría implícita; es decir que, no puede haber, por ejemplo, medida alguna sin una teoría previa sobre 'las medidas' (Popper, 1979), o como sucedió al interior de la clínica, una 'teoría clasificatoria' de un área determinó toda el área (entre otros éste es el caso de Leo Kanner que se abordará a posteriori).

A su vez, los conceptos que una teoría propone (vocabulario propio) deberían permitir explicar aquellos fenómenos descritos por conceptos disponibles con anterioridad a esta teoría (vocabulario antecedente). De esta manera, para Hempel (1970) es fundamental distinguir un vocabulario propio de la teoría y un vocabulario anterior o antecedente de la misma. Este problema es luego retomado por Sneed (1971) reemplazando la distinción de vocabulario 'propio' y 'antecedente' en Términos-teóricos (T-t) y Términos-no teóricos (T-no t) respectivamente. De esta manera, el criterio de distinción entre T-t y T-no t queda vinculado con los procedimientos de determinación de los conceptos, y no ya con la precedencia temporal.

La idea es que un concepto es T-teórico si es un concepto propio de la teoría T, 'introducido' por ella, y es T-no teórico si es un concepto disponible previamente a T. (...) Si un concepto es T-no teórico, si es 'anterior' a T, entonces tendrá al menos algunos procedimientos de determinación independientes de T; en cambio sí es T-teórico, si es propio de T, su determinación depende siempre de T (Díez y Moulines, 1997, pp. 354- 355. Las comillas se encuentran presentes en el original)

Tal como señala Argañaraz (2014) siempre para una teoría, la descripción de la realidad empírica deberá hacerse con T-no teóricos para evitar la autojustificación. Por ello, las aplicaciones pretendidas de una teoría T, se individualizan y describen mediante el vocabulario previo a T. Es decir que, una teoría T no intenta explicar fenómenos neutros aislados, sino regularidades presentadas por otras descripciones teóricas previas.

Por ejemplo, el término teórico (T-t) ‘homeostasis’ (Cannon, 1926) en medicina y en fisiología supone cierta la teoría sobre la existencia de ajustes compensatorios internos automáticos en los organismos (T-no t). Estos ajustes coordinarían los procesos fisiológicos para mantenerlos en estado constante y equilibrado, por más que haya variaciones en el medio exterior, suponiendo que el estado ‘normal’ de un organismo no es un estado de ‘repose’.

La homeostasis¹⁰ parte de una conjetura hipocrática formalizada en el S. XIX por Claude Bernard como ‘medio interno’. W. Cannon, no solo apoya y explica la autonomía e independencia de los organismos por su ‘medio interno’, sino que amplía su aplicación incorporando la retroalimentación positiva y negativa (*feedback*) para mantener estabilidad frente a fluctuaciones impuestas desde el exterior. Mejora la teoría al incorporar la noción de ‘límites estrechos’ en el medio interno en lugar de ‘valores fijos’, y explica el mantenimiento relativo de las condiciones estables del cuerpo a pesar de las fluctuaciones del ambiente a partir de factores de control (hace intervenir la presión sanguínea, la regulación de la temperatura corporal, etc.). Es decir que Cannon mejoró la descripción anterior y explicó nuevos fenómenos. En este ejemplo, el T-teórico ‘homeostasis’ proviene de la misma teoría T (regulación automática de los procesos corporales), y presume su aplicabilidad, la validez de sus leyes y sus procesos de determinación. Por el contrario, el ‘medio interno’ de Bernard es un T-no teórico para la teoría de Cannon, ya que su procedimiento de determinación no depende de suponer aplicable la teoría en la que es usado. Utilizarlo, implícitamente da por cierta la o las teorías que lo han generado.

Retomando a Argañaraz (2014), la carga teórica de los hechos se realiza en base a teorías precedentes: supongamos la teoría de Bernard como T1 y la teoría de Cannon como T2, siendo necesario en modo inicial este acuerdo. La nueva teoría T2 podrá resaltar elementos o redescubrir otros, mostrando la potencialidad heurística de su descripción del mundo, que

¹⁰ Cannon (1932) utilizó el prefijo ‘homeo’ (que significa ‘similar’) en lugar de ‘homo’ (que significa ‘igual’ o ‘fijo’).

sobrepasa y enriquece la de T1. Es gracias a estos T-no teóricos descuidados por la descripción normal, que la nueva descripción puede realizar una descripción progresiva de la realidad. En consecuencia, los términos T-no teóricos, en gran medida establecen la realidad sobre la que se discute (Argañaraz, 2014).

Conclusiones de este capítulo

Detrás de cualquier supuesto experimento crucial, detrás de cualquier supuesta batalla entre teoría y experimento, hay una lucha oculta entre dos programas de investigación

Argañaraz, 2014, p. 75

A lo largo de este primer capítulo, se presentó la metodología utilizada para el desarrollo de la Tesis Doctoral. La misma fue evaluada en función de la problemática a abordar, definida en torno a descripciones y teorizaciones vigentes en la literatura científica sobre el fenómeno autista.

Se considera que esta instancia no ha sido, ni tampoco debiera ser neutral, ya que determina la hermenéutica a aplicar. En este caso, utilizar la Metodología de los PICS permite realizar un agrupamiento –en Programas de Investigación Científica–, de las teorías y descripciones que se desarrollaron –y se desarrollan– sobre un fenómeno posibilitando, en primera instancia, identificar cuales PICS se encuentran progresivos y en pugna, y cuales se encuentran en estado regresivo. En segunda instancia, de ser válida la metodología, debería permitir hallar ‘hechos nuevos’ en función de las heurísticas del PIC y producir cambios de agenda en otros PICS que intenten explicar mediante hipótesis *ad-hoc* la novedad en el programa rival. Tal como señala Argañaraz, la MPIC propone encontrar detrás de cada disputa teórica y de cada supuesto experimento crucial, una larga lucha oculta entre programas de investigación rivales. Lakatos presenta una aplicación de la MPIC a partir de la disputa entre Copérnico y Tolomeo, donde el primero revitalizó la versión de Aristarco del programa platónico. De esta manera demuestra como “Copérnico no inventó una nueva heurística, sino que trató de restaurar y rejuvenecer la de Platón” (Lakatos y Zahar, [1976] 2002, p. 234). En sentido lakatosiano, ubicar un fenómeno

en la disputa entre varios PICs, implica considerar amplios períodos de tiempo a modo de lograr reconstrucciones históricas y esclarecer los cambios en la ciencia y la dinámica de las teorías. Lo fundamental para este uso de la MPIC es situar los programas en la historia de la ciencia, y describir sus elementos, principios y fundamentos –heurística positiva y negativa, núcleo firme, anomalías, problemáticas que resuelve, etc–.

Asimismo, el problema de la descripción y la carga teórica de los datos, no fueron descuidados. En cuanto a su investigación y esclarecimiento se apeló a la utilidad de la noción de T-teoricidad de Sneed (1971) que permite identificar T-t y T-no t para cualquier descripción que se realice sobre la realidad empírica. La originalidad del uso de la MPIC en la presente tesis recae en que la propuesta lakatosiana no ha sido una metodología frecuentemente utilizada en estudios de grado y posgrado en el campo psicológico –menos aún sobre el fenómeno autista– a diferencia de otras metodologías que privilegian el análisis formal y/o sincrónico de teorías.

Un problema general en el campo ‘psi’ es la inclusión de la historia de la Psicología y de la Psiquiatría en debates particulares como la relación cuerpo mente; la discusión sobre la influencia relativa del ambiente, la herencia y la evolución; o las ideas psicológicas y psiquiátricas sobre, por ejemplo, educación, crianza, infancia, entre otras, que al ser investigadas en forma separada, se transforman fácilmente en discusiones de características barrocas. Por ello, la MPIC significa también una herramienta útil para simplificar el cuestionamiento de estas problemáticas recurrentes dado que, en verdad, los mismos Programas de Investigación han habitado tanto a una como a otra (Argañaraz, 2007), tal como se presenta en el siguiente capítulo.

Capítulo II

CONTEXTO EPISTEMOLÓGICO CONTEMPORÁNEO A LEO KANNER

Los alienistas del siglo XIX comprendieron perfectamente que tener conocimientos de historia incrementa el entendimiento psicopatológico y la creatividad. (...) Pinel, Haslam, Heinroth, Guislain, Esquirol, Feuchtersleben, Prichard, Connolly, Griesinger, Lucas, Falret y Dagonet incluyeron en sus textos clínicos capítulos sobre historia.

Berrios, 1996, p. 15

Nos guste o no, el hecho es que, hoy día, para ejercer la medicina, nadie está obligado a tener el menor conocimiento de su historia

Canguilhem, 2004, p. 20

¿No nos obliga este estudio a concluir que debemos introducir una mejor perspectiva histórica en nuestros programas de formación?¹¹

Kanner, 1954, p. 388. Traducción propia

Tal como se presentó en el Capítulo I, el uso de la MPIC implica, para cualquier programa de investigación situar sus momentos progresivos o degenerativos en un determinado período histórico.

Señala Stagnaro (2006a) que las diversas historiografías de la medicina mental evidencian gran disparidad de criterios tomados por cada historiador/a según las preguntas que se haya hecho y la explicación o narración que quiso formular. Como ejemplos menciona los criterios para

¹¹ [Does not this survey force us to conclude that we ought to introduce a better historical perspective in our training programs?]

dividir las etapas de la historia de la locura y la psiquiatría, aplicados por G. Zilboorg (1941)¹²; Henri Ellenberger (1970)¹³; la recomendación de Pedro Laín Entralgo (1978)¹⁴ acerca de la periodización de la historia de la medicina guiándose por la sucesión de paradigmas en el sentido de T. Kuhn, criterio aplicado por Georges Lantéri-Laura (1999)¹⁵ para la historia de la psiquiatría europea, y otras propuestas muy alejadas entre sí como las de Paul Bercherie (1986), Pierre Pichot (1996)¹⁶, y Edward Shorter (1997)¹⁷.

En la presente tesis, los datos históricos e historiográficos serán recuperados a la luz de la MPIC. Cabe recordar que para esta metodología lo primordial era la reconstrucción de la historia interna, identificando PICs vigentes que, para el caso de la psiquiatría y psicopatología, mantenían vínculos de disputa e imposición de unos a otros, demostrando o intentando explicar *ad hoc* lo que el otro había hallado. Por ello, se presenta en este segundo capítulo, un panorama sobre el contexto histórico-epistemológico en el cual Leo Kanner describió y descubrió un ‘hecho nuevo’: el autismo infantil precoz.

Historiografías de la psiquiatría y la psicopatología

No conozco otra disciplina científica en la que haya tan poco respeto por la perspectiva histórica. Existe la sensación de que todo lo que necesitamos es saber y enseñar "lo último". (...) Esto hace una especie de ecolalia¹⁸

Kanner, 1955c, p. 146

A diferencia de la psiquiatría occidental que sitúa sus orígenes en el S. XVIII, es recién a finales del siglo XIX que comenzó a perfilarse la autonomía de la psicopatología como rama del saber, integrada hasta entonces en la filosofía y en la medicina alienista¹⁹. En su concepción actual –

¹² *A History of Medical Psychology*

¹³ *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry.*

¹⁴ Historia de la medicina

¹⁵ *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*

¹⁶ *Un siècle de psychiatrie. Les empêchements de penser en rond*

¹⁷ *A History of Psychiatry*

¹⁸ [I know of no other scientific discipline in which there is so little respect for historical perspective. There is a feeling that all we need is to know and teach ‘the latest’. (...) This makes for a kind of ecolalia]

¹⁹ La presente investigación no incluye las discusiones en torno a lo que se considera como precientífico y cultural. En este sentido, realiza un recorte acotado a la clínica y las nosografías (excluyendo aspectos como el ejercicio del rol profesional, las políticas públicas, las instituciones, etc.).

tal como señalan Álvarez et. al (2004)– abarca tanto los aspectos semiológicos (estudio de los signos morbosos observables), los patogénicos (mecanismos del ‘enfermar’ y reacciones ante la ‘enfermedad’), los etiológicos (causas y desencadenantes de la ‘enfermedad’), nosológicos (definición y delimitación de las ‘enfermedades’) y nosográficos (descripción y clasificación de los trastornos o estructuras psicopatológicas).

Es importante volver sobre el hecho que, al interior de la psicopatología, tal como sucede en otras disciplinas, el establecimiento de la historiografía ha presentado diferentes problemáticas y propuestas. Georges Lantéri-Laura (2004) plantea dos perspectivas para analizar las tradiciones historiográficas de la psiquiatría y la psicopatología: aquellas ligadas a la historiografía médica, predominantemente basada en un enfoque biográfico seguido por publicaciones antológicas y narrativas (de investigadores/as que han aportado al estudio de alguna patología en particular) y aquellas ligadas a la historia de la ciencia. Dentro de esta última es posible hallar una historiografía tradicional de la medicina (internalista, lineal) y otra más propia del S. XX, influida por el giro lingüístico, que renovó la discusión ontológica (realismo/constructivismo).

Lantéri-Laura (2004), centrado en la clínica y en las nosografías, propone una periodización basada en momentos de la historia definidos por acontecimientos que influenciaron un cambio de eje en la psicopatología y la psiquiatría occidental moderna. Distingue un primer período de ‘alienismo’ (1793-1854), seguido por un período de ‘enfermedades mentales’ (1854- 1926) y un tercer período de ‘psicopatología estructural’ (1926-1977). En el primer período el énfasis está puesto en lo sincrónico, en el segundo período en lo diacrónico y en el último período, en el dato teórico.

Si bien su historiografía presenta una matriz kuhniana, incluso adhiere a la idea de ‘paradigmas’, Lantéri-Laura acuerda con que, en este campo, no es posible entender los diferentes períodos como una sucesión lineal entre unos y otros, sino como movimientos que van ganando y perdiendo hegemonía a través del tiempo. Aunque se acuerda en este aspecto con el autor, se consideró más adecuada para la presente tesis la utilización de la historiografía propuesta por la metodología lakatosiana, como se comentó en el Capítulo 1. Es decir que, en lugar de buscar revoluciones y cambios definitivos de paradigma, se intentará reconstruir la historia interna de los PICs en conflicto, historia que atraviesa diferentes períodos de tiempo, incluso siglos.

En consecuencia, la propuesta de Lantéri-Laura, ampliamente reconocida en el campo psicopatológico, se torna aquí imprescindible para acompañar y contrastar datos históricos

esbozados en los PICs. Sin embargo, una de las limitaciones que presenta para la investigación es la imposibilidad de explicar cómo, un psiquiatra clínico que desarrolla sus investigaciones en el período de las ‘estructuras psicopatológicas’ (1926-1977) es reconocido y validado a nivel mundial por sus descubrimientos filiados en la tradición investigativa del período previo (de las ‘enfermedades mentales’), es decir, un formato de investigación que la comunidad científica ya habría ‘abandonado y superado’ en términos de la historiografía kuhniana. Mediante la MPIC se intentará mostrar cómo, en verdad, Kanner se mantuvo dentro de la tradición clínica, revitalizando un PIC que se encontraba estancado.

“La clínica es soberana”: El Programa de Investigación Científica Clínico

La clínica es probablemente el primer intento desde el Renacimiento de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada.

Foucault, 1963/2013, p. 130

Tal como señala Argañaraz (2007) en ‘Psicopatología y psicoanálisis. Una perspectiva desde Lakatos’, es a partir de la obra de Sydenham (S. XVII) y su retorno a Hipócrates que la medicina galénica entró en decadencia y desprestigio, siendo suplantada a mediados del siglo XVIII por la medicina clínica²⁰. Sydenham fue uno de los iniciadores del retorno a Hipócrates, más allá de los dogmas explicativos de Galeno, por ello es conocido como el Hipócrates inglés. Si bien el galenismo surgió de la sistematización de las doctrinas de Hipócrates, en este último se encontraban en equilibrio, con verdadero respeto por la observación clínica, lo cual desapareció en Galeno. Señala Laín Entralgo (1978) que el pensamiento de Sydenham fue innovador, en tanto que no veía al evento morboso como *pathos* o *passio*, tanto como *reactio*, noción poco atendida por el galenismo tradicional. De esta manera, realizó una reestructuración de las patologías de la época basado en la descripción naturalista. En medio de concepciones iatromecánicas y vitalistas, puso de relieve el lugar de las observaciones longitudinales para

²⁰ ‘Clínica’ prosiguiendo planteos foucaultianos proviene de la palabra griega "*kliniké*". Con ella se denominaba a la práctica médica junto a la cama (*kliné*) del enfermo: la imagen es la del médico, de pie al lado del paciente para asistir su enfermedad. ‘Clinic’ es en alemán, *ambulatorium* y deriva del término latino *ambulare*, circular (Danto, 2013).

distinguir especies de diferente naturaleza (por ejemplo, separó la rubeola del sarampión), incluso reconoció la influencia de factores psíquicos en las enfermedades (Pichot y Rein, 1995). Además, creó el concepto de ‘especie mórbida’ (Canguilhem, 2004), y toda una nueva nosografía basada en rigurosos criterios clínicos, separando especialmente las enfermedades agudas y crónicas. En efecto, propuso una versión moderna de la noción de enfermedad entendiéndola como un grupo característico y típico de signos articulados entre sí, con una evolución previsible, idéntica entre un paciente y otro (Álvarez, et. al., 2004). Para la patología,

la primera tarea del médico debe consistir en describirla de manera correcta; esto es, en contemplar su aspecto con la intención de reducirlo diagnósticamente a la «especie morbosa» a que corresponda, en distinguir para ello, mediante la experiencia clínica, los síntomas constantes y peculiares de cada modo específico de enfermar —los verdaderamente propios de él, los que solemos llamar «patognomónicos»— de los meramente accidentales y adventicios, y en observar al mismo tiempo la posible relación entre la aparición y el carácter de la enfermedad, por una parte, y la época del año y el conjunto de los accidentes de la atmósfera, por otra (Laín Entralgo, 1978, p. 315-316).

La confianza en la observación y la desconfianza en la teoría, fueron heredadas por sus discípulos —entre ellos Locke— y volverá a aparecer en Pinel, vía Condillac y los Ideólogos (Bercherie, 1986).

La obra de Sydenham datada en el S. XVII marcó todo el siglo XVIII. En este marco, desde Philippe Pinel se desarrolló un Programa de Investigación Científica al interior de la psiquiatría²¹ clínica (PIC Cl) basado y entrecruzado con la clínica médica moderna (Argañaraz, 2014). Incluso algunos de sus referentes lograron celebridad por descubrimientos en ambos campos (como Griesinger o Charcot) y por dirigir investigaciones exitosas del mismo: Kraepelin a Alzheimer y Parkinson, Charcot a De la Tourette (Argañaraz, 2014).

Ya desde la primera edición del ‘*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale*’ (1800), Pinel concebía la curación como el restablecimiento del autodomínio por parte del enfermo, ya que la pasión mostraba dificultades para regir las propias afecciones por la razón. Dentro de las causas morales, podían hallarse pasiones intensas y fuertemente contrariadas o prolongadas,

²¹ Vale la aclaración, ya que también es posible ubicar el PIC Clínico en medicina general de la mano de Claude Bernard, el cual, con éxito previo, fue el modelo del PIC Cl psiquiátrico.

excesos de todo tipo, penas, irregularidades en las costumbres y modos de vida o la ‘institución’ viciosa (Bercherie, 1986).

Retoma de Hipócrates la idea de que la enfermedad es una reacción saludable del organismo contra la acción de causas que perturban su equilibrio. De la misma manera, señala una estrecha ligazón entre las posibilidades de curación en la alienación y acción represiva del asilo. Por ello, rechaza el activismo terapéutico así como el intervencionismo desatado e intempestivo²². Si bien la insistencia en el régimen parecía estar dirigida a demostrar la ineficacia de los métodos físicos tradicionales (purgas, sangrías, etc.), confirmó hasta qué punto la locura era entendida como el resultado de malos hábitos, y el tratamiento adecuado pasaba por un dispositivo asilar destinado a revertir ese abandono de la medida (Vallejo, 2012).

El método hipocrático de expectación fue el marco de referencia para las observaciones. Este implicaba indicaciones terapéuticas limitadas y cuidadosamente regladas en base a la observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad; resultado de ello es su Nosografía (Bercherie, 1986). Quien ejerció gran influencia en ésta fue Cullen, continuador del método de Linneo y Boisser de Sauvage (Pichot y Rein, 1995).

El principio hipocrático sustentaba una concepción del organismo con poderes propios de defensa. Tenerle confianza, al menos de manera provisoria, era un imperativo tanto de prudencia como de habilidad. Por tanto, señala Canguilhem: “A cuerpo dinámico, medicina expectante. (...) El arte médico debe observar a la naturaleza, escucharla” (2004, pp. 18-19). Por ello para Foucault (1963/2013) la observación en la clínica se definía por una ‘mirada locuaz’, con la particularidad de poder oír un lenguaje en el momento que se percibía un espectáculo.

De forma exactamente inversa, el supuesto sobre el que se sostenía el galenismo²³ dictaba que ‘a cuerpo inerte’ correspondía una ‘medicina activa’. Agrega Canguilhem “si se confía a la

²² E. Kraepelin (1917) denuncia estos tormentos y maltratos ‘terapéuticos’ en su libro ‘Cien años de Psiquiatría’, destacando las condiciones a las que fueron sometidos miles de enfermos mentales, entre ellas el uso de correas y cadenas; sillas, camas y camisas de fuerza, jaulas, purgantes, irritantes de la piel (hormigas, sarna), baños por afusión o duchas a chorro, galvanismo, técnicas disuasorias (amenazas, castigos), entre otras.

²³ Hipócrates fue llamado ‘el padre de la medicina’ por sus contribuciones y el ‘corpus hipocrático’ que aportó a la práctica médica. Galeno fue discípulo (indirecto), y se desempeñó trabajando como médico de gladiadores en Roma. En ese contexto, su atención se dirigía estrechamente a las lesiones (que concebía como ventanas del cuerpo). Si bien realizó una síntesis de los principios hipocráticos, consideraba que la función del médico era intervenir en los cuerpos para ‘equilibrar los humores’ mediante los elementos que tenía a su alcance (dietas, sangrías, flebotomía, cirugía, etc.) Estas prácticas se difundieron ampliamente en la sociedad medieval, sin embargo, alejado de los principios de Hipócrates y centradas en intervencionismos terapéuticos (Romero, et. Al., 2017). Entre quienes utilizaron las rigurosas técnicas clínicas de Hipócrates destacan Sydenham, Heberden, Charcot (con su tesis de agregación en medicina de 1857 titulada ‘De l’expectation en medecine’) y Osler como también a J. Breuer (creador del método catártico) (Canguilhem, 2004).

técnica –mágica o positiva– la tarea de restablecer en la norma deseada al organismo afectado por la enfermedad, es porque nada bueno se espera de la naturaleza de por sí” (1971, p. 18). De esta manera, y en forma opuesta al galenismo, la práctica médica debía abstenerse al máximo de toda intervención que fuera a perturbar el desarrollo del ciclo natural de la enfermedad (Bercherie, 1986) y debía orientarse por el criterio de ayudar a las fuerzas de la salud en tal lucha. Es así que observaban –sin intervenir– el comienzo y evolución de una enfermedad, realizando extensas descripciones diacrónicas y manteniendo hipótesis etiológicas abiertas. Ello sin pretensiones teóricas, sino más bien descriptivas y evolutivas. Refiere Canguilhem que, en el caso del hipocratismo,

la enfermedad no está en alguna parte del hombre. Está en todo el hombre y le pertenece por completo. Las circunstancias exteriores son ocasiones y no causas. La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación. El organismo desarrolla una enfermedad para curarse. La terapéutica tiene que tolerar, ante todo, y si es necesario reforzar, tales reacciones hedonistas y terapéuticas espontáneas. La técnica médica imita la acción natural (...) prolongar un movimiento interno (1971, p. 18)

Finalmente, refiere el autor que el pensamiento médico no ha dejado de oscilar entre estas dos maneras –hipocratismo y galenismo– de representarse la enfermedad (Canguilhem, 1971).

“Qui bene diagnoscit bene curat”²⁴

A partir de lo mencionado, es fácil advertir que el PIC CI, intentaba construir una investigación clínica pura, de carácter multidimensional, con el objetivo de “encontrar principios que permitieran seleccionar, en la masa de observaciones por recoger, las que fueran significativas y jerarquizarlas, a fin de edificar conjuntos de valores idénticos a los de las ‘enfermedades’ que se aislaban por el método anátomo-clínico” (Pichot y Rein, 1995, p. 17). Para lograr consenso, la descripción tenía que cumplir con ciertos parámetros. A la expectativa hipocrática como método de atención, correspondía la exigencia de no solo describir los elementos de la enfermedad, sino también su ‘evolución’ en un ‘arco diacrónico’, es decir, una secuencia

²⁴ “Quien bien diagnostica, bien cura”, es un aforismo procedente de la medicina clásica que fue adquiriendo fuerza y precisión gracias a la observación clínica (Lain Entralgo, 1978).

idéntica en –al menos–, cuatro momentos²⁵: pródromos o primeros indicios y manifestaciones (signos inespecíficos), eclosión de la enfermedad; evolución y fase de estado (donde el cuadro morboso se mantiene estacionario), y declinación o fase final, con remisión total (cura), parcial o muerte.

Un ejemplo ampliamente citado en la literatura clínica, es el de la Parálisis General Progresiva (PGP). Esta fue descrita inicialmente por Esquirol y Georget (Bercherie, 1986), pero fue Antoine-Laurent-Jessé Bayle, con su Tesis Doctoral de 1822 (*Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastro-entérite chronique, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale*) quien logró identificar una enfermedad única, a la que denominó *aracnoiditis crónica*, en cuya evolución se podían diferenciar claramente cuatro períodos. En la fase prodrómica (de contagio e incubación) no se observaban mayores manifestaciones, de modo que la enfermedad podía permanecer muchos años, incluso décadas, oculta en ausencia de síntomas mentales. En el período de eclosión se observaban cambios de carácter, actividad y estados afectivos, ideas delirantes y delirios habitualmente expansivos y, por último, trastornos psicosensores. En el periodo de estado se observaba demencia, estados maniaco depresivos y estados delirantes, siendo el de grandeza el más frecuente. En el periodo terminal, la capacidad cognitiva de los enfermos estaba completamente destruida y sólo existían reflejos automáticos hasta llegar a la muerte.

Como señala Álvarez et. al (2004), si bien la tesis de Bayle presentó consistencia y solidez, correlacionando rápidamente síntomas, evolución y lesiones anatomopatológicas, recién en 1878 se postuló la PGP como una etapa final de la sífilis. Esto fue propuesto por Alfred Fournier once años después de la muerte de Bayle, aunque las confirmaciones llegaron de la mano de la reacción de Bordet-Wassermann, el primer procedimiento serológico para el diagnóstico de la sífilis, inventado en 1906 (Fleck, 1986). Esta se asentó de modo definitivo con el descubrimiento del *treponema pallidum* en el cerebro de los parálisis generales en 1913.

Si bien Bayle había logrado encontrar la *arachnoiditis crónica* en las autopsias de los parálisis generales, aun no podía saber que era debido al treponema. De todas maneras, “la identificación y descripción de la PGP, afirmó fuertemente la necesidad de observaciones longitudinales de la evolución de la enfermedad de largo alcance ya que entre el chancro (estigma) sifilítico y la parálisis, podían transcurrir veinte años” (Argañaraz, 2014, p. 130).

²⁵ La cantidad de fases varía según los autores. En la literatura médica, se pueden encontrar otros desgloses, pero en todos se recuperan al menos estos cuatro estadios. Otros autores citan, por ejemplo: incubación, pródromo, invasión, incremento, acmé (florescencia o período de mayor intensidad), estado y declinación (Navarro, 1943).

Bayle no logró generalizar la causalidad orgánica a los trastornos mentales, pero J. P Falret utilizó el modelo de la *arachnoiditis*, en su informe titulado ‘De la no existencia de las monomanías’ de 1854. Apoyado en el argumento de que la locura podía ser la fase final de una enfermedad, introdujo la historia natural (diacronía) de la enfermedad. La tesis de Falret intentaba derrumbar lo esbozado por el discípulo de Pinel, Esquirol. Este había realizado una propuesta nosográfica diferente a la de su maestro, deslindando en dos partes la melancolía (Álvarez, et. al., 2004): un polo depresivo (*lypémanie*), y otro expansivo y razonante (*monomanie*). Así creó una categoría monosintomática, en la cual la enajenación mental se caracterizaba por una lesión parcial de la inteligencia, de las facultades afectivas o de la voluntad, dejando intactas las otras facultades²⁶.

Sin embargo, la enfermedad que describía Bayle atravesaba toda la nosología de Pinel y de Esquirol (Bercherie, 1986). No se trataba de la monomanía, de la demencia, de la manía, sino de un proceso específico que integraba estados monomaniacos, maníacos, demenciales específicos que se podían distinguir de otros estados del mismo orden. La errónea aplicación de las monomanías sobre otros campos médicos (como la medicina legal) y su utilización abusiva ante los tribunales y la justicia, ocasionó una fuerte revisión de esta categoría. A su vez, Falret evidenció que nunca había una sola facultad alterada, desarmando el edificio nosográfico monosintomático de Esquirol.

El caso de la PGP/sífilis demostró la importancia de la diacronía de la observación, en tanto permitía ordenar y jerarquizar datos de la clínica. Por ello, los diagnósticos eran tardíos, dada la necesidad de observar la evolución y diferenciar enfermedades crónicas de agudas y, especialmente, si en la fase final había restitución (o no) del estado de salud. De esta manera, las nosografías se orientaban mayoritariamente en función de la fase final.

Allí la etiología no era fundamental ni para el diagnóstico ni para el tratamiento, por el contrario, sus hipótesis etiológicas eran inespecíficas, abiertas y provisionales. Sí con posterioridad se encontraba la etiología, fuera esta de cualquier índole, no se afectaba el programa ya que no era un problema indicado por su heurística, sino que ésta era convalidada y la descripción se perfeccionaba, incluso los futuros criterios de descripción. Si algo era confuso estaba mal descrito (Argañaraz, 2014). En el intento de adelantar tiempos de diagnóstico y poder predecir, se intentaba identificar **signos patognomónicos**, cuya presencia –aun en ausencia de otros signos–, determinaba el diagnóstico de una enfermedad. Esto no era una tarea sencilla, ya que

²⁶ La concepción de una sola facultad alterada, sentó a su vez las bases de las facultades localizadas en el cerebro, a la que Gall dará el nombre de Frenología.

no siempre se lograba hallar un signo para una enfermedad, lo cual se volvía más difícil aun en la medicina de lo mental.

Otro aspecto que fue –y continúa siendo– clave para el PIC Cl era la separación entre una enfermedad primaria, “sin enfermedad condicionante o subyacente identificada” (CIE-10, 1992, p. 597) y una enfermedad secundaria, ésta última consecuencia de otra enfermedad o de un factor claramente identificado. En el caso de la Hipertensión Arterial (HTA), por ejemplo, la HTA secundaria, se diferencia de la primaria en tanto es ocasionada por la presencia de una enfermedad o situación que condiciona el aumento de la presión arterial, como la enfermedad renal (parenquimatosa o renovascular), el hiperaldosteronismo, la HTA inducida por fármacos o tóxicos, o el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (Santamaría Olomo y Gorostidi, 2021). Más allá de que su presentación fenoménica sea similar, determinar si se trata de una HTA primaria o secundaria es fundamental para el tratamiento y el pronóstico. Muchos ejemplos pueden hallarse en la literatura médica actual, como en caso de cefaleas, amenorrea, diabetes, etc. La distinción ‘primario-secundario’, como se verá luego, era consustancial a la clínica.

Sobre las nosografías

Este PIC Cl , tuvo muchos adherentes del área de la medicina y la psiquiatría, generándose múltiples influencias y mixturas entre clínicos alemanes y franceses²⁷ (Paul Bercherie incluso menciona ‘un espacio francogermano’ en comunicación y debate permanente). Esto se encuentra no solo en Kraepelin, sino también entre Pinel y Griesinger; éste y Falret; éste y Kahlbaum; Morel y Kraft-Ebing; Magnan y Moebius; Charcot y Freud (Argañaraz, 2014). Incluso en el Congreso Mundial de Psicología en París, el psiquiatra francés Danny propuso que se promueva a la Psicopatología de Kraepelin, como nosografía común a todo el medio científico (Bercherie, 1986).

Dada su forma de resolución de problemas, la historia de este programa estaba dominada por la presentación de diferentes propuestas nosológicas. ‘*Die Gruppierung der psychischen krankheiten*’ [Agrupación de las Enfermedades Mentales], fue uno de los libros nosológicos más importantes de la segunda mitad del siglo XIX, escrito por Karl Ludwig Kahlbaum (1863). Entre los diferentes entes mórbidos, se encuentra, su agrupación de síntomas catatónicos²⁸. En

²⁷ Véase Argañaraz (2014) sobre el mito de las ‘dos escuelas’ (francesa y alemana).

²⁸ Bleuler retoma al autor señalando que: “Según él, la catatonía atraviesa los estados de melancolía, manía, estupor, confusión y, finalmente, demencia (análoga a lo que él denominó vesania típica) Cualquiera de estas

continuidad con esta tradición, Hecker, discípulo de Kahlbaum, estableció la hebefrenia en 1871.

En 1883, se publicó otra de las nosografías que será ampliamente conocidas. Se trata de ‘*Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*’ [Psiquiatría. Un manual para estudiantes y médicos] de Emil Kraepelin (1856-1926), quien publicó su primer *Compendium* alentado y formado por Wundt en el célebre laboratorio de Leipzig (Stagnaro, 1996). De sus posteriores reediciones, reformuladas en dialogo con franceses y alemanes (entre ellos Kahlbaum y Hecker), se conoce y difunde mayormente la octava (1913) donde se recogen estas contribuciones.

Kraepelin, mediante la observación de la evolución regular de los estados morbosos y, sobre todo, sus modalidades de terminación, estableció el panorama nosográfico de la psicosis que sigue aún vigente: la oposición entre la locura maníaco-depresiva y la demencia precoz (con sus formas simple, hebefrénica, catatónica y paranoide). Kanner (1944b) destacaba que Kraepelin hizo por la psiquiatría lo que Linneo hizo por la botánica: observar y describir fenómenos individuales y agrupar pacientes, acorde a las similitudes y diferencias esenciales. Al igual que botánicos y zoólogos, quien descubría un ente describiéndolo, poseía el derecho a nominarlo. De esta manera, los nombres quedaban vinculados a aquellas ‘enfermedades’ que habían descrito en forma clara (por ejemplo, Charcot, Parkinson, etc.). Podría decirse que, al conseguir consenso en la comunidad científica sobre la existencia de la entidad que habían identificado se convertían, en términos de Kuhn, en ‘ejemplares’ exitosos de resolución de problemas, de diferenciación de síndromes y enfermedades, de predicción de evoluciones, etc. (Argañaraz, 2014). De esta manera se establecieron límites más claros con la neurología, la fisiología, el derecho, etc. Aunque no fue tomado en consideración inicialmente por Argañaraz, es factible comprobar que también Leo Kanner, fundador de la psiquiatría infantil en EEUU, cumplió punto por punto con la descripción del PIC Clínico y sus investigaciones sostuvieron –hasta su muerte en 1981– los principios del mismo, tal como se detallará en el Capítulo III.

diversas etapas puede faltar, y la curación puede conseguirse en cualquiera de ellas menos la última” (Bleuler, 1993 [1911], p. 11).

Elementos del PIC CI

Creo que se trata de una de las características específicas del abordaje clínico: el proceder pragmático, no dogmático que este abordaje exige. Todo esto supone un buen conocimiento del estado del saber en la disciplina en cuestión, la capacidad de criticar el valor de dichas adquisiciones y autocriticarse, así como también, una experiencia clínica lo suficientemente prolongada.

Guyotat, en Pichot y Rein, 1995, p. 35

En términos de la MPIC lakatosiana, es necesario ubicar para este programa su núcleo firme, heurística positiva, negativa y cordón de teorías auxiliares. Como se mencionó con anterioridad, el núcleo firme supone la existencia de la ‘entidad mórbida’ (Foucault, 1963/2013; Bercherie, 1986) para cuyo estudio los clínicos confiaban en la expectación hipocrática. Es decir, observaban el comienzo y evolución de las enfermedades concebidas como entidades, en lucha dramática con las fuerzas de la salud y las aislaban mediante extensas descripciones diacrónicas y diferenciales, con todos los detalles de lo que se consideraba patológico.

Sin embargo, como señala Argañaraz (2014) sostenían dos compromisos metafísicos, la existencia de: (a) las enfermedades mentales que eran (b) ‘entidades clínicas’ inobservables en sí. Su identificación se lograba a través de la descripción, pero sumando a esto toda la evolución de la enfermedad, que mostraría a posteriori, ser una.

La **heurística positiva** consistía en qué la descripción de distintos elementos, en apariencia heterogéneos entre sí (síntomas mentales, patologías orgánicas, hábitos dietarios, situaciones laborales, domésticas, etc.), y la reunión de casos e información, permitirían la descripción de las formas naturales mórbidas con valores idénticos a los de las ‘enfermedades’ que se aislaban por el método anátomo-clínico. De esta manera, se conseguiría consenso de la comunidad científica sobre una nosografía común (Argañaraz, 2012).

Como señala el epígrafe de este apartado, los clínicos eran pragmáticos en sus referencias filosóficas y psicológicas, cuyas especulaciones tendían a rechazar (aún las neurológicas). Su **heurística negativa**, se fundaba en que ni la psicología, ni la tecnología en la investigación biológica, permitían para la época resultados relevantes para su práctica de diagnóstico, pronóstico y atención de enfermos (Argañaraz, 2012). La terapéutica de los clínicos correspondía a este pragmatismo, usando alternativa o simultáneamente lo que ellos consideraban reeducación, castigos, cambios ambientales, medios físicos y químicos y lo que

comenzó a difundirse con Pinel como ‘tratamiento moral’²⁹ (W. Griesinger en Alemania, F. Leuret en Francia). Pinel es ampliamente conocido por haber ‘quitado las cadenas a los alienados’, pero en verdad, toda la medicina expectante confiaba en las propias fuerzas del organismo para lograr una curación de la patología. Ello se desprendía del ‘*vis medicatrix naturae*’ [fuerza sanadora de la naturaleza] del hipocratismo, premisa según la cual la acción médica debía limitarse a acompañar y facilitar el proceso por el cual la naturaleza supera la enfermedad³⁰. El rechazo de los clínicos a la especulación filosófica iba de la mano de reafirmar la pertenencia de las enfermedades del alma al territorio de la medicina y no de la religión o la filosofía. Señalaba Pinel: “Hay que desconfiar de mezclar las discusiones metafísicas o ciertas divagaciones de la ideología con una ciencia que consiste en hechos bien observados” (en Pichot y Rein, 1995, p. 8). Desde entonces los filósofos no serían idóneos para hablar de la locura como lo hacían antes Kant o Hegel.

El apogeo del PIC Clínico de la psiquiatría se da entre los años 1890 y 1910, con un total control sobre los asilos de alienados, fondos para investigación, integración de las experiencias reeducativas de los asilos-granja ingleses (Argañaraz, 2014). Estos años de prosperidad del PIC Cl son incluidos en la periodización que propone Lantéri-Laura (2000) como el período ‘de las enfermedades mentales’ (ubicado entre 1854 y 1926). Sin embargo, mediante la MPIC puede comprobarse que, en tanto programa de investigación su surgimiento tuvo lugar en el período previo con Pinel (señalado como ‘alienismo’ en Lantéri-Laura) y se consolidó con las obras de Falret (1854) y Kahlbaum (1863) a quienes continuó Kraepelin con la gran síntesis nosográfica que realizó (Argañaraz, 2007). A este programa pertenecen, además, las obras de Griesinger, Charcot, Leuret, Hecker, Krafft-Ebing y –como se comprobará en los siguientes apartados– también la de Leo Kanner (1943).

Para el estado de la ciencia de la época, el Programa Clínico fue progresivo por mucho tiempo y permitió a los médicos hacer predicciones relevantes acerca del diagnóstico y pronóstico de los pacientes –o de su insania ante los jueces–. Sin embargo, se encontraron con la dificultad presentada por los trastornos somáticos de origen psíquico que no lograban explicar, como la

²⁹ En el libro *Du traitement moral de la folie (1840)*, de François Leuret se explicita con mayor profundidad este juego dosificado de paternalismo, amenazas y consuelos que implicaba el tratamiento moral. Bercherie (1986) sostiene que lo principal allí, era hallar las causas morales consideradas como las más numerosas y las más importantes en la producción de la alienación mental, incluso por sobre lo biológico (físico o hereditario).

³⁰ Cuvier dirá en su texto sobre Pinel que el principal resultado de sus investigaciones sobre la locura fue la certeza de que, en muchos casos, la manía era una enfermedad pasajera, que se curaba como la fiebre, con no obstaculizar su marcha (Vallejo, 2012)

histeria –“la más enigmática de las enfermedades nerviosas” (Freud, 1893, p. 20)– y la sugestión como fenómeno central de la influencia del médico.

Charcot se orientó a la descripción de la histeria diferenciándola de otros cuadros orgánicos como las parálisis y la epilepsia, probando la posibilidad de producir artificialmente, en la hipnosis, ataques histéricos³¹, aunque –destaca Freud (1910)– éste no se inclinaba a las concepciones psicológicas. Los trastornos orgánicos de origen psíquico, invertían la relación que había establecido la parálisis general progresiva desde 1840 con graves trastornos producto de lesiones cerebrales difíciles de ubicar en la época. Ello exigía una teoría psicológica. Por otra parte, y asociada a la histeria, la temática de la hipnosis, abrió en el programa clínico, otro debate más, el de una posibilidad terapéutica diferente al antiguo ‘tratamiento moral’. De esta manera, la polémica psicológico-organicista avanzó y el PIC Cl empezó a declinar. No solo se vio forzado a producir respuestas que lo estancarían en esta polémica, sino que también sus clasificaciones empezaron a acumular ‘entes mórbidos’ inexistentes (como la ‘paranoia de autopunición’ o la ‘paranoia periódica’ de Lacan, el ‘automatismo mental’ de De Clerambault, o el cuestionamiento sobre la existencia o no de las ‘parafrenias’ de Kraepelin, etc.). El no conseguir consenso de la comunidad científica sobre una nosografía común, núcleo de su heurística, impulsó fuertemente el decaimiento del PIC Cl.

Desvíos del Programa de Investigación Científica Clínico

Un médico debe saber aquello que sabían los médicos que lo precedieron si no quiere defraudarse a sí mismo y a otros.

Hipócrates en Kanner, 1954, p. 387

La concepción de la ciencia de Lakatos, señala que aun cuando un programa puede mostrarse hegemónico en un área de la ciencia, otro estancado puede llegar a confrontarlo y resultar exitoso por distintos motivos: una nueva tecnología que se haya desarrollado o una nueva versión que lo renueve. En el caso del PIC Cl, la influencia de la psicología dinámica y de la

³¹ En una nota necrológica dirá Freud que al ocuparse de la histeria “Así él [Charcot] repetía en pequeño la hazaña liberadora en virtud de la cual el retrato de Pinel adornaba la sala de conferencias de la Salpêtrière” (Freud, 1893, p. 20)

fenomenología en los inicios del siglo XX comenzaron a penetrar y a conmover las concepciones clásicas de la psiquiatría. J-C. Maleval (2004 [1987]) y P. Bercherie (1986) coinciden en que una de las razones del declinar de la psiquiatría clásica, reside en la difusión del psicoanálisis freudiano, en tanto empieza a dotar de profundidad a la nosología. Esto hace que Jaspers o Watson, compitan con el Psicoanálisis, pero centrados en teorías psicológicas y etiológicas, clausurando gran parte de la riqueza del Programa Clínico, que se negaba a discutir aquello. La Psicopatología de Jaspers –que luego se verá desarrollada al interior del PIC Científico Espiritual– intentaba refutar la psicología de la escuela de Charcot y proponía, a su vez, otra. “La descripción fenomenológica de Jaspers consiste en extraer, describir y delimitar ‘fenómenos mentales’ determinados, para volverlos ‘claramente presentes’ en la observación” (Pichot y Rein, 1995, p. 130). De esta manera, intentaba, a través de las manifestaciones visibles, captar la experiencia subjetiva del enfermo (psicopatología fenomenológica subjetiva). En oposición al PIC Cl, el Psicoanálisis proveía de una teoría de la ‘Psicología humana normal y patológica’ parcialmente evolutiva, fuertes hipótesis etiológicas y un método de cura consistente con ese cuerpo teórico (Argañaraz, 2014). Asimismo, los primeros médicos en considerar no ya la enfermedad, sino la curación como un problema y tema de interés fueron en su mayoría psicoanalistas, o personas para quienes el psicoanálisis existía como instancia de interrogación acerca de su práctica y sus presupuestos (Canguilhem, 2004). Charcot, por ejemplo, presentó en 1857 su tesis de agregación titulada ‘De la expectación en medicina’, tomando para sus conclusiones el ‘Tratado de las enfermedades que es peligroso curar’. Sobre ello refiere Canguilhem (2004) que la idea de ‘enfermedad curativa a su pesar’ se conciliaba con la representación del organismo animal en tanto ‘economía’, en la línea de una tradición hipocrática latente aún.

Al mismo tiempo –señala Argañaraz (2004)– los pocos avances de la neurología decimonónica, además de tomar posición sobre los aspectos psicológicos de las enfermedades mentales, comenzaban a permitir descripciones específicas de patologías que no se habían previsto. Ejemplo de ello fue la afasia de Wernicke, a la cual arriba por investigar en esa dirección. El PIC Neuropsicológico se inclinó hacia la fisiología y la neuroanatomía, asociando el estudio material del cerebro a la Psicología. Herederos –en última instancia– de la frenología de Gall, los estudios de anatomía del sistema nervioso se perfeccionaron notablemente a partir de la segunda mitad del siglo XIX con los estudios de Meynert y Wernicke (Álvarez, 2004). Este PIC se consolidó investigando las funciones y disfunciones de la motilidad, voluntad, pensamiento, lenguaje, como las interrupciones en la asociación de sistemas neuronales. Este

formato de investigación, llamado por K. Jaspers ‘mitología del cerebro’ [*Gehirnmythologie*], alcanzó su máximo esplendor con las obras de Theodor Meynert (1833-1892) y de Karl Wernicke (Álvarez, 2004). Para este programa, fuertemente criticado por los Clínicos, aunque aceptando sus resultados parciales, se supuso prematura y excesiva la generalización de sus resultados y la nosografía a la que conducía, cuya complejidad no parecía fruto de su riqueza sino de sus hipótesis ad hoc (Argañaraz, 2014). Agrega Álvarez que “esta corriente se caracterizó por estar imbuida de un nihilismo terapéutico notable y por preferir la investigación de laboratorio a la clínica y al contacto con los pacientes” (2004, p. 86).

Sigmund Freud, como se verá a continuación, es una clara muestra de que un investigador puede pertenecer a dos programas de investigación en forma simultánea. Antes de abocarse al PIC Psicoanalítico, desarrollando el método catártico de Breuer, Freud practicó por mucho tiempo la sugestión hipnótica, tradujo a los principales referentes de esa práctica (Forel y Berheim) y aun practicando el método catártico, permaneció años intentando conciliar sus resultados con el PIC Neuropsicológico, alentado por W. Fliess (a quien ofrenda su ‘Proyecto de psicología para neurólogos’).

Se pueden hallar muchos trabajos donde se refleja esta tensión. Ejemplo de ello son los escritos sobre la afasia, donde Freud toma partido en la disputa localizacionista-global del lenguaje (Bellone Cecchin, 2015). Cabe recordar que el ‘localizacionismo cerebral’ que se conforma a partir de investigaciones de Franz Joseph Gall en 1825, suponía al cerebro compuesto de tantos sistemas particulares como funciones. En 1861, Broca definió la correlación entre un tipo de afasia y una región del cerebro –cuyo epónimo aún se utiliza–, trabajo completado por Wernicke en 1874, luego de haber trabajado en el laboratorio de T. Meynert. Como conclusión de estos trabajos se arribó a la premisa de que grandes regiones del ‘espíritu’ se correspondían con grandes regiones del cerebro. Meynert, neuroanatomista y psiquiatra, –profesor de Paul Flechsig, V. von Ecónomo, Carl Wernicke y Auguste Forel– sostenía que el cerebro se organizaba en diferentes áreas funcionales conectadas unas con otras por haces de sustancia blanca. Se inspiró en el modelo herbartiano diferenciando la corteza superior (instancia de ‘formación del yo’) de la inferior (de naturaleza primitiva, que producía actos automáticos e involuntarios). Meynert, siguiendo a Griesinger formuló la hipótesis de un ‘yo primario’ que contenía percepciones sensitivas y sensaciones corporales y un ‘yo secundario’ que comprendía pensamientos tradicionales y las motivaciones éticas, hipótesis que sería retomada por Freud (1895) en su ‘Proyecto ...’.

Por su parte, Freud, quien en 1882 comenzó a trabajar en la Clínica Psiquiátrica de Meynert³², reconoció el profundo influjo que este gran anatomista del cerebro ejerció sobre la evolución de la neuropsicología y la concepción de los enlaces entre el cerebro y el pensamiento. Incluso es por medio de Meynert que Freud conoce la psicología de Herbart (Laplanche y Pontalis, 2004; Assoun, 2001).

En 1885 Freud conoce en Paris a Jean Marie Charcot, de quien se consideró discípulo³³. El interés por el hipnotismo y la histeria era muy difundido en la Salpêtrière. Charcot se encontraba trabajando sobre la histeria masculina y distinguía una forma ‘clásica’, determinada por la herencia, y una forma ‘postraumática’, donde los síntomas (en particular las parálisis) eran vistos como trastornos funcionales, sin sustrato hereditario ni lesión orgánica. En 1891, y bajo la influencia de Charcot, Freud (1974 [1891]) definió una posición diferente a la de Meynert (en su sentido neuroanatómico y su nihilismo terapéutico) y la de Wernicke, presentando su trabajo sobre ‘La afasia’ donde refuta las localizaciones parceladas de la función del lenguaje. En su lugar, aboga por una localización global y articulada de lo que denominó en ese momento ‘aparato del lenguaje’ [*sprachapparat*]. En este escrito, confrontó a los partidarios del localizacionismo cerebral, situándose más allá de lo lesional o de lo funcionalmente acotado en que trabajaba el neurólogo ‘tradicional’ (Freud, 1891). Refirió que las afasias se producían cuando las asociaciones de funciones en las que consistía eran interrumpidas o destruidas por lesiones de los sistemas no específicamente dedicadas al lenguaje, pero que estaban al servicio de esta función.

La teoría extendida de la afasia que sostuvo Freud, incorporó las para-afasias, los efectos transitorios de la fatiga, y los trastornos neuróticos del lenguaje (Castel, 2017). “Como lo notaba ya Binswanger, Freud ha preferido la aplicación al cerebro de la biología darwiniana, que es necesariamente funcionalista, a la neurología locacionista” (Castel, 2017, p. 6). Es posible observar así que, ya tempranamente en su obra, Freud sostenía una diferencia entre ‘hardware’ y ‘software’, haciendo referencia al ‘aparato neuronal’ y ‘aparato del lenguaje’, diferencia que en las filosofías de la mente actual ocupan un lugar común.

³² Muchos (y quizás también muchas) psiquiatras deben su inspiración a Meynert. Su teoría asumía una relación entre la maduración de los tejidos y sus funciones, así sostuvo la idea de una cerebración progresiva. Si bien Meynert era herbartiano, creía posible neurologizar el modelo de representaciones de Herbart. Con la intención de reducir todos los fenómenos psicológicos a un sustrato orgánico, terminó por elaborar una ‘mitología cerebral’, descreyendo de toda terapéutica

³³ Se referirá a él en las conferencias pronunciadas en la Clark University, de la siguiente manera: “El gran observador francés, de quien fui discípulo entre 1885 y 1886” (Freud, 1910, p. 18).

A pesar de su distanciamiento de Meynert, Freud continuó investigando en el PIC Neuropsicológico por un tiempo. Incluso intentó incluir la histeria a este PIC (Argañaraz, 2004). En ‘Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas’ (1888-93), señala:

Nos inclinaremos a creer que bajo el término de «lesión orgánica» se esconde la idea de una lesión como el edema o la anemia, que son realmente afecciones orgánicas pasajeras. Por el contrario, afirmo que la lesión de las parálisis histéricas debe ser completamente independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y demás manifestaciones como si la anatomía no existiese, o como si no tuviese ningún conocimiento de ella. (...) Toma los órganos en el sentido vulgar, popular, del nombre que llevan: la pierna es la pierna hasta la inserción de la cadera, y el brazo es la extremidad superior, tal y como se dibuja bajo los vestidos (p. 206).

Otros ejemplos que muestran el interés neurológico que tenían en este período las teorías de Freud se citan en el prólogo de J. Strachey a los ‘Estudios sobre la histeria’ (publicado cuatro años luego del escrito sobre las afasias), lo cual contrasta con las teorías de Breuer, quien intenta llevar a Freud hacia una psicología que prescindiera de la terminología neurológica. Señala Strachey (1976) que tanto Freud como Breuer adherían a la escuela de Helmholtz, donde fueron alumnos de Ernst Brücke. Gran parte de la teoría que subyace en los ‘Estudios...’ deriva de los postulados de dicha escuela, donde todos los fenómenos naturales eran explicables, en última instancia, en función de fuerzas físicas y químicas.

Breuer (...) declara su propósito de tratar el tema de la histeria en términos puramente psicológicos: «En estas elucidaciones se hablará muy poco del encéfalo, y nada sobre las moléculas. Los procesos psíquicos deben tratarse en el lenguaje de la psicología». (...) Freud aplicaba todas sus energías a la explicación de los fenómenos psíquicos en términos fisiológicos y químicos”. (...) “Su formación inicial y su carrera como neurólogo hacían que se resistiese a aceptar como definitivas las explicaciones psicológicas, y estaba empeñado en formular una complicada estructura de hipótesis que permitieran describir los sucesos psíquicos en términos exclusivamente neurológicos. Este intento culminó en el «Proyecto» y no mucho después fue abandonado; pero hasta el fin de su vida Freud siguió sosteniendo la etiología química de las neurosis «actuales» y creyendo que a la postre se descubriría el fundamento físico de todos los fenómenos mentales. En el ínterin, sólo gradualmente llegó a adoptar la concepción de Breuer en cuanto a que los procesos psíquicos debían tratarse en el lenguaje de la psicología (Strachey 1976, en Freud, 1893-1895, p. 18-19).

Si bien pareciera hallarse cierto ‘barroco epistemológico’ (Assoun, 2001) “en la medida en que la epistemología freudiana actúa en las fronteras de tradiciones dispares” (p. 118), a partir de la MPIC es posible advertir que Freud se encontraba trabajando simultáneamente en dos Programas de Investigación Científicos (Argañaraz, 2004, 2007, 2014), el neuropsicológico y el clínico (junto con Breuer). Incluso intentará aunarlos en el mencionado ‘Proyecto de Psicología para Neurólogos’ (1895), presentando su modelo neuronal del ‘grupo psíquico separado’ en la histeria, la cual había encontrado en el tratamiento catártico.

Freud es aquí un caso lakatosiano donde se ejemplifica cómo un científico se ve precisado a desarrollar otro programa para demostrar sus límites, en su caso habiendo desarrollado al máximo las posibilidades del programa neuropsicológico, aunque teniendo ya varios elementos de lo que luego sería el psicoanálisis (Argañaraz, 2004).

El Programa de Investigación Científica Psicoanalítico (PIC Psa)

El psicoanálisis se constituye apoyado en el mismo
movimiento por el cual la medicina arrancará la sexualidad
del campo de la moral y la religión

Argañaraz, 2007, p. 42

Como se desarrolló con anterioridad, los clínicos se basaban en la diacronía para una descripción estrictamente ‘nosográfica’ (como la que pretendía Charcot en la Escuela de la Salpêtrière) donde se excluía cualquier supuesto teórico de los fenómenos en cuestión. Freud dirá que, a su parecer, ello se debía a una “falta de distinción suficientemente nítida entre [por ejemplo] afecciones orgánicas nerviosas y neurosis, ya sea en cuanto a su etiología o en otros aspectos” (Freud, 1893-1895, p. 22). Los intereses de Freud –no tanto ya en la nosografía, sino en la nosología– sumado a las influencias de Breuer y Mach devinieron para él un deslizamiento desde la neuropatología a la psicopatología.

Tomando la heurística positiva del PIC Clínico y extendiendo ampliamente el estudio de la evolución de la enfermedad, Freud llega a investigar acontecimientos ocurridos en la infancia de sus pacientes (anamnesis jamás imaginada por los clínicos previos, pero con jerarquización

de los datos). Además, sostiene la importancia de restituir la actitud hipocrática de la expectación, aunque, a diferencia de los clínicos, hace corresponder una ‘entidad mórbida’ con un cierto ‘mecanismo inconsciente’ (con la ‘noxa’ de lo ‘sexual reprimido’ como fuente de fisiopatología y de la Psicología cotidiana). Asimismo, mantiene **la doble fuente etiológica, somática y psíquica** (como se mencionó con el suceso de Bayle, sumamente importante para el PIC Cl), luego mejorada a través de las ‘series complementarias’. (Argañaraz, 2014). De esta manera, logra separar, por ejemplo, las obsesiones ‘verdaderas’ (neurosis obsesiva) apoyado en Westphal (1887) de las paranoias (o *folie raisonnante/lucide* como la llamaban en Francia). También separa la neurosis de angustia de la neurastenia y constituye las fobias (mezcladas antes con ideas paranoicas y obsesivas). De esta manera, el PIC Psa mediante sus heurísticas, permite esclarecer la psicopatología, lo cual no hallará continuidad luego de la muerte de Freud. Los elementos presentados permiten demostrar la continuidad entre el PIC Cl –que comienza a mostrar signos de degeneración– y el Programa de Investigación Científica Psicoanalítico (PIC Psa) que lo terminará sustituyendo. En cuanto a la constitución del PIC Psa pueden identificarse sus elementos (núcleo firme, heurísticas, cordón de teorías auxiliares) de la siguiente manera:

El núcleo firme del PIC Psa, en tanto ideación fuertemente imaginativa para incrementar nuestro conocimiento del universo y probablemente falsa (Lakatos, I,1971,1987: 146), queda constituido por el método hipocrático-aristotélico de la expectación y el modelo representacional herbartiano (Argañaraz, 2014, p. 189).

Es decir que el **núcleo firme** de este PIC se compone de dos partes:

- Restaura el método de expectación hipocrática (aquí de la mano de Breuer se sostiene la catarsis contra el tratamiento moral y la sugestión psiquiátrica)
- Incluye el modelo de Herbart de una psique dividida, siempre en conflicto, construida con representaciones (parte de conceptos teóricos y compromisos ontológicos que incluirán el inconsciente, la conciencia –luego el yo–, la sexualidad).

Es importante destacar aquí que, como se señaló con anterioridad, Freud adhiere a las tesis machianas del empirio criticismo. En ‘Discontinuidades en los Programas de Investigación científicos de Freud y Lacan’ (Bellone Cecchin, 2015), se evidencia la influencia del ‘Análisis de las sensaciones’ de Ernst Mach y los ‘Estudios sobre la conciencia’ de Salomon Stricker en Freud. El mundo para Mach (1925) consistía solo en sensaciones (monismo radical) y lo que habitualmente se llamaba ‘objeto’ era, para éste, una construcción surgida de sensaciones

persistentemente conectadas. Cabe destacar la relación indirecta que mantenía Freud con Mach³⁴ y la relación ‘directa’ que mantenía éste con Breuer, desarrollando una teoría del paso de las sensaciones a las representaciones; incluso juntos postulan la hipótesis Breuer-Mach:

la problemática era cómo se construyen las representaciones a partir de los estímulos exteriores y las sensaciones. El estudio de la cadena: estímulo-percepción-sensación-representación, es llevado adelante por Mach en su análisis de las sensaciones (1886, 1925) con la intención explícita de fundamentar una psicología del conocimiento, del error y la ilusión y, en último término, de la epistemología (Argañaraz, 2012, p. 61).

Ninguna de estas menciones resta originalidad a la teoría de base empírica de Freud (Strachey, 1976), quien en 1914 aun señala “todas nuestras ideas psicológicas habrán de ser alguna vez suscritas a sustratos orgánicos” (Freud, 1914, p 76). Para Assoun (2001), la anatomía continuó siendo la base de investigaciones topológicas pero la clínica le sirvió a Freud para exhibir las leyes anátomo-fisiológicas, ocupando el terreno de la experimentación clásica. Desde la perspectiva de Lakatos, se demuestra no solo la adhesión de Freud a un programa de investigación antecedente, sino la aceptación de los mismo presupuestos filosóficos y ontológicos monistas propios de una concepción naturalista de la ciencia y en franca pugna con los presupuestos filosóficos y la ontología dualista del PIC existencialista que se retomará luego.

Por otra parte, los dos principales **cordones auxiliares** de teorías refutables y modificables que protegen al PIC Psa (Argañaraz, 2014) podrían resumirse en:

- la teoría de la desfiguración o del cifrado y descifrado: proceso primario y secundario (Breuer), identidad de percepción, energía libre y ligada, la inclusión darwiniana del instinto como base del afecto de la representación, condensación (Herbart) y desplazamiento, etc.
- la teoría de la sexualidad humana: el descubrimiento de la sexualidad infantil como exceso empírico, el polimorfismo de esta primera sexualidad, la represión y la amnesia sobre la misma y el retorno en los síntomas (Argañaraz, 2014, p. 190).

La **heurística positiva** de este PIC en la época demostró ser rápidamente progresiva: además de la psicopatología (organización de patologías en función del contenido manifiesto y latente

³⁴ Es conocida la carta 137 que escribe Freud a Fliess, en la que agrega “leo, empero, las últimas obras psicológicas (Mach: *Analyse der Empfindungen*, segunda edición; Kroell: *Aufbau der Seele*, etc.), todas las cuales persiguen objetivos similares al de mi obra” (Freud, 1900, p. 3643).

de un síntoma, por ejemplo, las pseudo ‘fobias’ de un paranoico o un obsesivo, y su relación con la sexualidad), investiga toda disfunción de la conciencia, memoria, afecto, disfunciones del lenguaje y la voluntad (lapsus, actos fallidos, neologismos). Ya con la desmemoria y los recuerdos encubridores podía ubicarse dentro de la psicología normal. La incorporación del elemento determinante infantil reabsorbió un principio postulado por el PIC Cl: el de la ‘evolución diacrónica de la enfermedad’ pero ampliada hasta la infancia (Argañaraz, 2014). En cuanto a la **heurística negativa**, entiende que toda consideración sobre los procesos psíquicos que no tome en cuenta los procesos inconscientes supondría anomalías (que estos procesos pueden esclarecer). La condición de entrenamiento previo del investigador (psicoanálisis personal) ocupó también un lugar importante (Argañaraz, 2012). Freud intentó demostrar –para la psiquiatría y la psicología de la época– que su núcleo firme y heurísticas aumentaban la racionalidad científica allí donde ésta introducía un elemento azaroso, irracional o contingente.

[la psiquiatría] en su forma actual tiene un carácter meramente descriptivo, pues solo muestra al estudiante una serie de cuadros clínicos y lo faculta para distinguir entre ellos los que son incurables o los que revisten peligrosidad social. Su única vinculación con las demás ramas del saber médico reside en la etiología orgánica y en las comprobaciones anátomo-patológicas, mientras que no facilita la menor comprensión acerca de los hechos observados. Solo la psicología profunda puede suministrar tal comprensión. (...) En Estados Unidos ya se ha reconocido *que el psicoanálisis – primer ensayo de psicología profunda- aborda con éxito dicho sector aun irresuelto de la psiquiatría* (Freud, 1918, p. 170. El destacado no se encuentra presente en el original)

Como se mencionó anteriormente, un rasgo característico y a su vez diferencial del PIC Clínico estribaba en su cautela en apoyar teorías e hipótesis etiológicas. Por el contrario, el PIC Psa comienza sus descripciones con fuertes hipótesis etiológicas y un conjunto de supuestos, subrayando elementos que le son convenientes y soslayando otros. Al extremar la propia heurística diacrónica del PIC clínico, tomó una problemática progresiva en uno de sus estados degenerativos arribando al descubrimiento de la sexualidad infantil. L. Fleck (1986) realiza un comentario sobre ello en estos términos:

en la época en que la sexualidad equivalía a impureza y la ingenuidad a pureza, los ingenuos niños eran considerados asexuados. No se pudo ver su sexualidad.

¡Asombrosa comedia! Todos nosotros hemos sido niños y nadie vive alejado completamente de los niños y, sin embargo, tuvo que ser el psicoanálisis el que descubriera la sexualidad del niño (p. 76).

A partir del ‘giro etiológico’, el psicoanálisis tuvo la habilidad de liberarse de disputas barrocas sobre nosografía descriptiva, cambiando radicalmente el eje de la discusión. Si bien este PIC jerarquizaba observaciones y arriesgaba cuestiones centrales de convalidación de sus hipótesis etiológicas, aportó a que la nosografía se vaya separando del lugar central que tenía en el programa clínico.

La continuidad y diferenciación del PIC Cl y el PIC psicoanalítico puede verse resumida en el siguiente cuadro:

Cuadro N°2. Continuidad y diferenciación entre el PIC Cl y el PIC Psa

	PIC Clínico	PIC Psicoanalítico
Núcleo firme	Supone la existencia de la “ entidad mórbida ”, utilizando el método hipocrático (expectación). Implicaba observar el comienzo y evolución de la entidad mórbida, mediante extensas descripciones diacrónicas de las enfermedades.	El núcleo se compone de dos partes: el método de expectación hipocrática (expandingo del estudio de la evolución diacrónico de la enfermedad, con anamnesis jamás imaginadas por los clínicos previos, llevadas hasta la infancia) y el modelo de Herbart de una psique dividida, siempre en conflicto, construida con representaciones ³⁵ . La entidad mórbida es consecuencia de “ mecanismos inconscientes ” y son ellos el eje de teorización, descripción y análisis ³⁶ .
Heurística positiva	Búsqueda de formas naturales mórbidas (valores idénticos a los de las “enfermedades” que se aislaban por el método anatómo-clínico), mediante la descripción de distintos elementos que parecen	Investigación diacrónica de toda disfunción de la conciencia, memoria, afecto, disfunciones del lenguaje y la voluntad, haciendo pie en la explicación de la psicología normal ³⁷ .

³⁵ Estas se construyen por vía de las sensaciones (tesis machianas del empirio-criticismo).

³⁶ Freud propuso tres tipos de represión que se darían en sus tres tipos de neurosis, explicando y matizando las descripciones de la neurosis obsesiva, la histeria y la fobia. Es decir que Freud busca mecanismos (inconscientes) (Freud, 1915b). Sin embargo, con posterioridad a Freud hubo un gran descuido de estos matices.

³⁷ Por ejemplo, la desmemoria y los recuerdos encubridores.

	heterogéneos (síntomas mentales, patologías orgánicas, hábitos), y la reunión de casos e información. Consenso de la comunidad científica sobre una nosografía común	Incorpora el elemento determinante infantil. Psicopatología (organización de patologías en función de la etiología sexual). La nosografía pierde el rol central que tenía en el programa clínico, pero a su vez jerarquiza observaciones y arriesga cuestiones centrales de convalidación de sus descripciones.
Heurística negativa	No admiten especulaciones filosóficas, psicológicas, neurológicas, ni la tecnología en la investigación biológica , ya que no permitían para la época resultados relevantes para su práctica de diagnóstico, pronóstico y atención de enfermos. Ello implicaba reafirmar la pertenencia de las enfermedades del alma al territorio de la medicina y no de la religión o la filosofía.	Toda consideración sobre los procesos psíquicos que no considere los procesos inconscientes supondrá anomalías . La condición de entrenamiento previo del investigador ocupa también un lugar importante.
Hipótesis etiológicas	Abiertas e inespecíficas (no es un problema indicado por su heurística). En sus análisis y descripciones no gravita el abonar hipótesis etiológicas.	Supone una doble fuente etiológica , ambiental, psíquica y orgánica (series complementarias).

Fuente: Elaboración propia a partir de Argañaraz, J. (2012) Ruptura y continuidad de Lacan con Freud (desde Lakatos). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

J. F. Herbart y W. Griesinger: aportes a la teoría freudiana del yo

Fueron grandes influencias para Freud tanto las tesis de Johann Friedrich Herbart (1776-1841) y su modelo de una psique construida con representaciones, como las de William Griesinger (1817-1868) en torno al yo y sus metamorfosis. Griesinger –y su publicación, en 1845, de ‘*Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*’ [Patología y terapéutica de las enfermedades psíquicas]– es conocido por introducir las ideas de Pinel en Alemania, negando toda autonomía a las monomanías razonantes e instintivas de Esquirol. Impulsa allí el modelo de investigación clínico, lo cual fue resquebrajando movimientos filosóficos muy arraigados (en torno a doctrinas de Kant, Locke, Condillac, Hegel). En efecto, presenta una nosología

construida sobre la idea de la evolución de las formas clínicas. Señala Bercherie (1986), que Griesinger es el primero en aplicar las concepciones psicológicas de Herbart en un tratado de psiquiatría.

Podría decirse que dos grandes tendencias desarrolladas posteriormente en la clínica alemana parten de sus contribuciones: la ‘patología del cerebro’ (Meynert y Wernicke, pertenecientes al PIC Neuropsicológico) y la nosología clínica (Kahlbaum, Kraepelin, pertenecientes al PIC CI). Freud, como se mencionó, perteneció a ambos PICs. Su interés en Griesinger fue tal, que se halló entre sus pertenencias un ejemplar del texto de éste, abundantemente subrayado, en especial las páginas que en la que se exponía su teoría del Yo.

Lejos de las concepciones estrictamente organicistas en las que se ha encasillado a Griesinger, éste adoptó una posición que mucho debe a la influencia de J. F. Herbart (Stagnaro, en Griesinger, 1845/1997). Herbart era filósofo y pedagogo, sucesor de Immanuel Kant en la cátedra de Königsberg en 1809. Consideraba los fenómenos mentales como provenientes de la interacción de ideas elementales, que cuando son fuertes pueden existir como ‘estados de realidad’ (conscientes) y al debilitarse pasan un umbral de conciencia para transformarse en ‘estados inconscientes’.

En sus escritos pedagógicos, señala Herbart (1935 [1835]), el niño no es ‘libre’, no puede dominar la ‘masa aperceptiva’ que lo abruma y determina empíricamente. Incluso estas masas de representaciones existen en el niño mucho antes de que sepan expresarlas en el lenguaje. Por ello, desataca que “la educabilidad no depende pues, de una relación entre varias facultades del alma originariamente diferentes; sino de una relación de las masas de representaciones ya adquiridas [en parte, entre sí mismas, en parte con la organización corporal]” (Herbart, 1935 [1835], p. 26). Tras la educación, el alma puede liberarse de las determinaciones empíricas como el placer, el miedo, etc. –en esto Herbart continúa a Kant–.

De esta manera, Herbart desarrolla una concepción de la Pedagogía –y de la Psicología– como ciencia natural, ya que se dirige, justamente, a educar a ese ‘yo empírico’ aunque su objetivo sea moral (Argañaraz, 2020). No cree en el libre albedrío, igual que se verá luego en Mach y en Freud.

La libertad del hombre no es más que el dominio de la masa aperceptiva sobre las excitaciones y los movimientos provenientes del exterior. Para Herbart, los niños no son verdaderamente libres porque aún no han adquirido un carácter, es decir, una verdadera solidez en la masa de representaciones dominantes. Por otra parte, el carácter mismo, el Yo adulto, es susceptible de romperse, escindirse como

sucede en los casos de desdoblamiento de la personalidad, esto es, en ciertas formas de demencia (Abbagnano y Visalberghi, 1964, p. 337).

La referida ‘formación del carácter’, es para Herbart la formación de un grupo de representaciones dominantes, el Yo, que ‘reprime’ otros grupos de representaciones de modo provisorio logrando organizar y dominar la ‘masa aperceptiva’. La relación entre lo que el individuo obtiene de la experiencia, las representaciones que emergen libremente y las masas de representaciones que se acercan a la estabilidad, es dinámica (Herbart, 1935 [1835]). Una de las preocupaciones centrales de Herbart es la relación entre las representaciones predominantes y su represión (o no) necesaria para aceptar lo nuevo de la instrucción (Herbart, 1935 [1835]). Posterior a la Pedagogía general, Herbart desarrolló una Psicología científico-natural altamente sistematizada³⁸, indagando las determinaciones del ‘yo empírico’ contra el innatismo del yo (Argañaraz, 2020).

W. Griesinger (1997 [1845]), aplicando a Herbart en la psiquiatría, en 1845 dirá que los sueños son cumplimientos de deseos y que, en los estados de la locura y el sueño, el Yo es invadido por grupos de representaciones reprimidas. El Yo se descompone en ambos estados, reconstituyéndose al despertar en el caso del sueño. También subraya esto último en la expresión de muchos enfermos que ‘despiertan’ de la locura. Griesinger estudia detalladamente la percepción, las sensaciones, las representaciones y los afectos. En ‘Patología y terapéutica de las enfermedades mentales’, publicado en 1845, presenta una descripción psicofisiológica y asociacionista, la cual completa con su teoría del yo conformado por conjuntos heterogéneos de ideas sólidamente encadenadas, entendidas las ideas en sentido aristotélico: ‘como las sensaciones, pero sin materia’. Señala:

en el transcurso de nuestra vida se forman, gracias a la unión progresiva de ideas, grandes conjuntos de ideas cada vez más sólidamente encadenadas. Su particularidad en cada hombre depende, no solo del contenido especial de las ideas aisladas provocadas por las impresiones de los sentidos y por los sucesos externos, sino también de las relaciones habituales de las ideas con los móviles y con su voluntad, y también de ciertas influencias de todo su organismo que se han vuelto permanentes y que activan o traban su producción. Ya el niño recibe de sus conjuntos de ideas, aun relativamente simples, una impresión general que

³⁸ Véase su Manual de Psicología de 1816.

comienza a designar, en cuanto este posee ciertos elementos necesarios, bajo la expresión abstracta de yo (Griesinger, 1997 [1845], p. 69)³⁹.

Los conjuntos de ideas luchan por llegar a la conciencia, donde ganan las más fuertes —que a su vez no son más que una ínfima parte de las ideas disponibles— constituyendo así al ‘yo’. De esta manera, las representaciones que le son conformes, son ‘reforzadas’ y pueden abrirse paso a la conciencia, buscando transformarse en actos; las otras son ‘reprimidas’, en el sentido de Herbart. El yo sería entonces “una abstracción en la cual las huellas de cada una de las sensaciones de los pensamientos y las voluntades anteriores se encuentran contenidas en estado de envoltura” (Griesinger, 1997 [1845], p. 70).

Para Griesinger, la mayor y más importante parte de estas ideas se encuentran en forma de disposiciones que no pasan al estado consciente, generando un ‘conflicto’ donde el yo, representado por el conjunto de ideas dominantes, debe juzgar continuamente, como se señaló *ut supra*, otras ideas que se hacen presentes en la consciencia. A su vez, el yo puede modificarse en el curso de la vida; un caso típico que aborda el autor, es la pubertad. Allí nuevas sensaciones e ideas invaden los conjuntos de ideas antiguas, se integran y como resultado, se produce una metamorfosis del yo (fisiológica en este caso).

El ejemplo, sirve a Griesinger para introducir la descripción de la metamorfosis patológica del yo que caracteriza la alienación mental. En el inicio de la enfermedad, se desarrollan algunas masas de sensaciones, de inclinaciones y de ideas totalmente nuevas y que, hasta el momento, el individuo desconocía completamente bajo esta forma. Los individuos sienten esta penetración en el círculo de las viejas ideas como una toma de posesión del antiguo yo por una potencia oscura, entran en conflicto con el yo, dando lugar a una sensación de combate; de ahí que los primeros períodos de la inmensa mayoría de los casos de locura consisten en afecciones de los sentimientos cuyo carácter es normalmente el de tristeza (Griesinger, 1997 [1845]), similar a lo que Guislain había llamado ‘frenalgia inicial’, es decir ‘dolor del alma’.

Los casos de la metamorfosis del yo en la pubertad y la metamorfosis patológica, contribuyen a que Griesinger destaque que **‘el Yo no es una Mónada’, es un compuesto, y en conflicto permanente**. De esta conclusión de Herbart parte, explícitamente, Ernst Mach en su *Conocimiento y error* (1948 [1905]):

³⁹ Compárese esta cita con ‘Introducción del narcisismo’ (Freud, 1914).

El Yo es algo más que una pura unidad y ya no es enteramente una simplicidad según Herbart. (...) Si el Yo no es una mónada aislada del mundo (...), debemos estar inclinados a considerar el mundo como alguna cosa conocible. Nosotros mismos estamos bastante cerca de nosotros y somos parientes demasiado próximos de las otras partes del mundo (p. 307).

El Yo es un organismo psíquico al cual corresponde un organismo físico. Se tiene dificultad en creer que el Yo debe permanecer eternamente como un problema, que los esfuerzos combinados de la psicología y de la fisiología jamás podrán dilucidar. La introspección sola, sin la física, jamás habría conducido al análisis de las sensaciones (p. 102-103).

Ya Herbart había descompuesto la pseudo unidad del ‘yo’ en sus representaciones. En el modelo de psique herbartiano, la representación era el elemento atómico que construía el alma, en forma análoga a como las fibras construían el cuerpo. Todo este conjunto de presunciones, incluido el sueño como realización de deseos y la invasión del yo por representaciones reprimidas en el sueño y la locura se encuentran en Freud. La presencia de la ‘escuela herbartiana’ y su teoría representacional, es clara en los ‘Estudios sobre la Histeria’:

En efecto, era de universal consenso entre los psicólogos que la admisión de una nueva representación (admisión en el sentido de la creencia, atribución de realidad) depende de la índole y de la dirección de las representaciones ya reunidas en el interior del Yo; y ellos han creado particulares nombres técnicos para el proceso de la censura a que es sometida la recién llegada (Freud, 1893-1895, p. 276).

Las representaciones reunidas –armónicas– en el yo pugnan con la nueva representación. La ‘resistencia’ y la ‘transferencia’, en tanto ‘hechos clínicos’ se corresponden a los dos elementos del núcleo firme del PIC Psa (Argañaraz, 2014).

El Yo que sostendrá Freud, tampoco existe desde el nacimiento, se va constituyendo de modo paulatino y precario, en intercambio con el mundo exterior. Este podrá poco a poco realizar algunos juicios de realidad sin poder dominar la masa aperceptiva, es decir el enorme cúmulo de estímulos difíciles de discriminar y jerarquizar.

Como señala Argañaraz (2020), el realismo en Freud es, como en Herbart, radical: la realidad existe por sí misma, en tanto mundo exterior al psiquismo, con el que debe lidiar. Pero a su vez, empirismo crítico de Mach mediante, es radicalmente crítico del fácil acceso a la observación

objetiva de la realidad. Puede decirse quizá, que ningún autor ha desarrollado tanto, incluso más que E. Mach, y tan pormenorizadamente como Freud, los mil modos en que el Yo se engaña, distorciona y proyecta sus fantasías e ilusiones en la realidad en que vive (Argañaraz, 2020). Ello se dio a tal punto que Freud consideraba el juicio de realidad, esencial al conocimiento científico, el proceso más complejo y sofisticado que el aparato psíquico adulto, e incluso sano, debía afrontar y, aún más complicado, cuando se trataba de objetos con carga libidinal: padres, hijos y obviamente el propio Yo.

Para la época en que Leo Kanner iniciaba sus investigaciones, nadie discutía ya ni con Herbart ni con los herbartianos, sino con Freud. Desde la MPIC se podría pensar que ello se debía a que con Freud se presenta una versión más compleja y mejorada de estas teorías. Sin embargo, en su afán de sostener las heurísticas clínicas Kanner lee de primera mano a Griesinger y lo reconoce como el ‘notable’ psiquiatra alemán, aunque no recupera sus contribuciones para el autismo infantil.

Los rodeos freudianos en torno a la formación del yo. Entre el autoerotismo y el narcisismo

Si bien excedería la presente tesis una profundización más amplia de la teoría Freudiana, se presentarán aquí algunos desarrollos acotados a la formación del Yo y a la teoría de la sexualidad y sus reformulaciones en torno al Yo. Los escritos que se tomarán como referencia son: ‘Tres ensayos sobre teoría sexual’ (1905), ‘Introducción del Narcisismo’ (1914) y ‘Pulsiones y destinos de pulsión’ (1915). En el primero de estos escritos, Freud aborda en profundidad por primera vez la sexualidad infantil. Ello, en contra de la creencia común en la época, de que la sexualidad se iniciaba con la pubertad. Si bien critica esta negligencia que recaía sobre la infancia, en notas posteriores reconoce un trabajo de Bleuler sobre la sexualidad infantil anormal y las contribuciones de la doctora Hug-Hellmuth, a quien –señala– se le negó injustamente y por muchos años la atención que merecían sus trabajos.

Como se mencionó con anterioridad, al sostener la heurística diacrónica del PIC CI, Freud realizaba, en el análisis de adultos, anamnesis que llegaban hasta los años infantiles (Freud, 1914b). Siguiendo esta heurística es que arriba a la sexualidad infantil, permitiendo una primera ampliación de sus sospechas sobre la sexualidad que la casuística de la catarsis le había mostrado. En sus cartas a W. Fliess muestra –con números– que, pacientes que habían realizado

actividades sexuales en la infancia tendían a coincidir con obsesiones y quienes las habían sufrido pasivamente, coincidían con histeria.

Para ahondar sobre las manifestaciones de la sexualidad infantil, retoma el concepto de **autoerotismo**, puesto en circulación por Havelock Ellis (Freud, 1905) y ejemplifica este concepto por medio del chupeteo del pulgar en el bebé. Se trataba de una ‘actividad sexual placentera’, donde la pulsión no se orientaba hacia otras personas, sino que se satisfacía en el propio cuerpo (Freud, 1905). Señala también, que este acto era determinado por la búsqueda de placer, aunque una vez hallado, tendía a repetirse. En este ejemplo, la satisfacción de la zona erógena aparece inicialmente asociada con el hambre, pero luego se hace independiente de ella; es decir, se independiza del mundo exterior, que no puede dominar aún. En el acto de ‘la succión productora de placer’ Freud (1905) reúne los tres caracteres esenciales de una manifestación sexual infantil: se origina apoyada en una función fisiológica vital; no tiene un objeto sexual (es autoerótica); y su fin sexual se halla bajo el dominio de una zona erógena (oral, anal, fálica). Por ello, concluye en una sexualidad infantil ‘perversa y polimorfa’, a la cual ubica dentro del desarrollo sexual pregenital. Además, repara en que a esa edad aún no se han constituido los diques anímicos de asco, vergüenza y moral (Freud, 1905).

Años más tarde, en ‘Introducción del narcisismo’ Freud (1914) señala un aspecto clave en la formación del psiquismo: si bien las ‘pulsiones autoeróticas’ son primordiales, no existe en el individuo, desde un principio, una unidad comparable al Yo, sino que éste tiene que ser desarrollado. Escribe Freud:

algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya (p. 74).

Agrega que el término ‘narcisismo’ procede de la descripción clínica, aunque su utilización es más específica: se trata de la instancia en la cual las pulsiones parciales se unifican teniendo al Yo como objeto (Mazzuca, 2001). A partir de este escrito, es el narcisismo el momento constitutivo del Yo, el cual es tomado como objeto libidinal por progenitores y por el propio individuo en formación, por lo cual, la constitución del Yo es simultánea a su libidinización y la constitución unificada del cuerpo, ausente en el autoerotismo.

Con este escrito, tiene lugar una segunda ampliación del concepto de sexualidad, donde el Yo se postula como uno de los objetos 'sexuales' (en el sentido de esta segunda ampliación) y el más importante.

Un año más tarde, en 'Pulsiones y destinos de pulsión' (1915), Freud vuelve sobre la formación del Yo, en tanto considera diferentes instancias: un Yo realidad primitivo, un Yo placer purificado y un Yo realidad definitiva. El primer Yo, diferencia el exterior (estímulos perceptuales) y el interior (estímulos pulsionales) conforme a signos objetivos; el segundo, utiliza los mecanismos de proyección e introyección: el mundo exterior se divide para él en una parte placiente, que se introyecta, y una parte displacentera que proyecta al mundo exterior y se percibe como hostil. Así, se establece la polarización: Yo=placer - mundo exterior=displacer (antes, indiferencia) (Freud, 1915). En el tercer Yo, el principio de realidad va tomando preponderancia. Cuando la vivencia alucinatoria fracasa, el Yo tiene que encontrar una forma de satisfacer sus necesidades a través de la realidad externa. Esto conduce a la diferenciación eficaz entre la realidad interna de la externa (que puede ser modificada). En este momento, el Yo intenta encontrar en el exterior un objeto real que corresponda a la representación del objeto primitivamente satisfactorio y perdido (Laplanche y Pontalis, 2004).

Refiere Freud (1917) que, el tránsito del principio de placer al principio de realidad es uno de los progresos más importantes en el desarrollo del Yo. Esta adecuación al principio de realidad vincula la organización del aparato psíquico a las leyes del proceso secundario. Aún se mantiene en la primera tópica que incluye los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente, donde el preconsciente establece una mediación entre el inconsciente y el sistema percepción-conciencia.

En este texto, y de la diferenciación de los tres 'Yo' freudianos, se basarán tanto Melanie Klein como Jacques Lacan para profundizar en sus teorizaciones sobre el Yo; Lacan desarrolla incluso un esquema del Yo, a partir de lo esbozado por Freud en 'Pulsiones y destinos...'. Además, estos textos freudianos serán para Lacan, la base para su teoría del 'estadio del espejo' de 1949. Sin embargo, en Freud, la teoría del Yo sufre otra modificación a partir de 'Lo ominoso' (1919) donde lo siniestro y el doble muestran la posibilidad de destrucción del Yo. A partir de allí inicia el llamado 'giro del 20', especialmente a partir del análisis de las neurosis traumáticas, en el contexto de la Primer Guerra Mundial.

En 1920 escribe 'Más allá del principio del placer' y en 1923 'El Yo y el Ello' donde reformula los desarrollos teóricos sobre la psicología del Yo, la relación placer-displacer y la primera tópica: Consciente/Preconsciente/Inconsciente; dando paso a una segunda tópica

Yo/Ello/Superyó. Esta ampliación del concepto de Yo implica que se atribuye a éste funciones como el control de la motilidad y de la percepción, la prueba de realidad, la anticipación y ordenación temporal de los procesos mentales, etc. (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 466).

En el escrito de 1920 refiere la observación de un niño de un año y medio, que llamativamente no lloraba cuando su madre se ausentaba, incluso por muchas horas. El niño, para su sorpresa, elaboraba la ausencia de la madre, mediante el juego con un carretel. El juego completo implicaba arrojar el carretel por fuera de la cuna (diciendo ‘fort’, ‘se fue’) hasta hacerlo desaparecer y luego tirar de un piolín para reencontrarse con él (‘da’, ‘acá está’). Pocas veces se daba el juego completo, y la primera parte era la que más se repetía. En una nota a pie de página, agrega Freud que en otra ocasión pudieron observar al niño jugando al ‘fort-da’, haciendo desaparecer su propia imagen en el espejo. A partir de estas observaciones señala que el pequeño había convertido en juego un suceso desagradable volviéndose activo de una vivencia pasiva displacentera. De esta manera, tomando el juego infantil y los aportes de las neurosis de guerra, Freud reconsideró el fenómeno de la compulsión a la repetición –que ya había empezado a esbozar aun antes de 1914–, ‘más allá del principio del placer’.

A partir de estos desarrollos, esbozó una serie de postulados sobre el mecanismo que da lugar a las neurosis traumáticas. Refirió que en el organismo existía una capa cortical receptora de estímulos, provista de un dispositivo protector contra las excitaciones provenientes del exterior, el cual no permitía que tales estímulos pudieran propagarse libremente hacia el interior del organismo, sino con solo una mínima parte de su intensidad. Identificó los órganos de los sentidos –incluida la piel– como partes de esta capa cortical que se encuentra en la superficie del organismo, debajo del dispositivo protector. Los órganos de los sentidos, contenían dispositivos, tanto para la recepción de estímulos específicos, como para una nueva protección contra estímulos desmesurados.

Esta capa cortical sensible –que luego constituirá el sistema Consciente– recibía también excitaciones del interior, contra las que no tenía defensa alguna y las trataba como provenientes del exterior, empleándose contra ellas distintos mecanismos como la **proyección**.

En caso que estímulos provenientes del exterior tuvieran la suficiente energía como para atravesar y romper la protección, se producía una situación traumática. La perturbación era tal, que se ponían en juego todos los mecanismos de defensa del Yo. Además, la ruptura de la barrera antiestímulos generaba la formación de una **contracarga** de energía, que empobrecía a los demás sistemas psíquicos para poder disponer de mayor carga psíquica en reposo –por lo tanto, mayor carga ligadora (Freud, 1920)–. Por ello, concluye que todo trauma poseía

naturaleza compulsiva y que, dada la gran intensidad psíquica requerida, mostraba amplia independencia respecto de la organización de otros procesos anímicos (adaptados al mundo exterior y el pensar lógico). El psiquismo no era influido por la realidad exterior, sino que parecía tratarse de “un Estado dentro del Estado, inviable para el trabajo conjunto, pero que puede llegar a vencer al otro, llamado normal, y constreñirlo a su servicio” (Freud, 1938, p. 73). Si esto acontecía se alcanzaba el imperio de una realidad psíquica interior sobre la realidad del mundo exterior⁴⁰.

Freud (1920) aborda las Neurosis de guerra y las neurosis traumáticas, distinguiendo los casos en que se presentaban heridas físicas. Allí, la violencia mecánica del trauma liberaba el quantum de excitación, es decir, la herida en el cuerpo de forma simultánea, podía ligar el exceso de excitación por la intervención de una sobrecarga narcisista del órgano herido. En las neurosis traumáticas que no conllevaban heridas físicas, la etiología no se debía a la violencia sobre el organismo, sino al terror y al peligro de muerte. El terror se caracterizaba por la falta de disposición a la angustia, disposición que podía haber generado una sobrecarga anticipatoria; pero al no estar presente, la ruptura de la protección antiestímulos se sentía con mayor facilidad. Por ello, los sueños en la Neurosis traumática, no eran ahora cumplimiento de deseos, sino que intentaban desarrollar la angustia para dominar el exceso de excitación sufrido, de forma independiente al principio del placer.

En 1938 agrega Freud que las impresiones (sexuales, agresivas o de daños tempranos del Yo) presentaban particular interés en el período en que se iniciaba la capacidad del lenguaje, especialmente las impresiones de la temprana infancia que no obtenían una tramitación normal. Al trauma de la infancia podía seguir un estallido neurótico poblado por los empeños defensivos y con formación de síntomas (este podía esta durar un tiempo largo y causar perturbaciones llamativas, o también podía pasar latente e inadvertido).

Además, refiere que en todo acontecimiento traumático donde no hubo una tramitación normal, era factible hallar efectos positivos y negativos. Los primeros buscaban devolver al trauma su vigencia, ya sea recordando o repitiendo la vivencia olvidada (fijación al trauma y compulsión de repetición). Estos podían ser acogidos en el Yo, aunque su fundamento real estuviera olvidado. Por el contrario, las reacciones negativas buscaban que no se recuerde ni se repita nada de los traumas olvidados. Resumidas como ‘reacciones de defensa’, su expresión principal

⁴⁰ Agrega Freud (1938) que la más de las veces esto abría el camino a la psicosis. Y aun en los casos en que no se llega tan lejos, difícilmente se visualizaba el significado práctico de estas constelaciones.

era la evitación. En todos los casos quedaban como secuelas alteraciones del Yo, comparables a unas cicatrices.

Para Freud (1938) era lícito considerar la contracción de una Neurosis traumática como intento de curación, como empeño por volver a reconciliar con las demás las partes del Yo escindidas por el influjo del trauma y reunir las. Pero sólo rara vez cuajaba un intento así, si no era auxiliado por el trabajo analítico, “y aun entonces no siempre (...) a menudo termina en una total devastación del Yo y en su despedazamiento, o en su avasallamiento por el sector tempranamente escindido, gobernado por el trauma” (Freud, 1938, p. 75).

A esta altura de sus escritos, el Yo es un aparato a desarrollarse a partir del sistema Percepción-Conciencia terna que tendría su origen en ciertas percepciones privilegiadas, provenientes, no del mundo exterior en general, sino del mundo interhumano (Laplanche y Pontalis, 2004). Las consideraciones sobre el ‘Fort-da’ y las Neurosis traumáticas, ubican a Freud frente a la necesidad de reformular su postulado sobre el principio del placer, ya que lo no ligado en los traumatizados no tenía una finalidad placentera, sino más bien era parte del trauma. Señala que, a medida que el Yo lograra ligar la energía libre (Breuer), se podría imponer el principio de realidad (proceso secundario).

De esta manera, Freud modifica su ontología (siempre provisoria) y postula que el neonato humano es solo un ‘Ello’. A partir de aquí ‘el’ inconsciente ya no existe como ente y pasa a ser un adjetivo, ‘lo’ inconsciente, que se aplica a cada instancia psíquica –Superyó, Ello y Yo– continuando la premisa de J. F. Herbart que sigue también E. Mach: ‘el Yo no es una mónada’ (Argañaraz, 2023). La caracterización que realiza de ese Ello inicial, del cual emergerá un Yo por la interacción con la realidad, es consistente con un simple organismo biológico enfrentado a un Continuo perceptivo indiscriminado.

Ni el cuerpo, ni el Yo están conformados, ni diferenciados en un inicio, ni hay separación entre los estímulos del mundo exterior y los estímulos internos. (...) la cría humana -incluso neurológicamente inmadura al nacer según conocemos hoy-, padece un **continuo perceptivo** sin, incluso, la ‘discreción’ básica entre el interior y el exterior del organismo y sin una separación entre los cinco sentidos que generan percepciones. No puede siquiera discernir -es un anacronismo plantearlo -, si esa ‘masa aperceptiva’ sin elementos discretos provienen de su organismo o del exterior (Argañaraz, 2023, p. 18. El destacado se encuentra presente en el original).

Bleuler-Freud y la disputa del autoerotismo/autismo

Apelando al estado ‘embrionario’ de la psicología de ese entonces y suponiendo la descripción de Kraepelin del grupo de la *Dementia Praecox* ‘demasiado fluido, incompleto y provisorio’, Paul Eugen Bleuler (1857-1939) presentó, en 1911 un escrito titulado ‘*Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*’ [Demencia precoz o el Grupo de las Esquizofrenias]. A diferencia de Kraepelin, defensor del criterio evolutivo orientado al pronóstico (favorable para la psicosis maníaco-depresiva, desfavorable para la demencia precoz⁴¹), Bleuler criticó el término ‘Demencia Precoz’, señalando que algunos casos parecían llegar a la recuperación, y en otros, la demenciación no se daba de forma precoz, sino, más bien tardíamente. Refirió que muchos psiquiatras se habían aferrado a la literalidad del término ‘demencia precoz’ ignorando o no comprendiendo el concepto básico de esta entidad patológica, por lo que no quedaba “ninguna alternativa excepto la de dar un nuevo nombre a la enfermedad, menos apto para ser malentendido. Tengo plena conciencia de las desventajas del nombre propuesto, pero no conozco ninguno mejor” (Bleuler, 1911/1993, p. 14). Continuó:

Llamo a la demencia precoz “esquizofrenia”, porque (como espero demostrarlo) el “desdoblamiento”⁴² de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes. Por razones de conveniencia utilizo la palabra en el singular, aunque es evidente que el grupo incluye a varias enfermedades (Bleuler, 1911/1993, p. 14) Las comillas están presentes en el original).

En ocasiones hace equivaler los términos ‘demencia precoz’ y ‘esquizofrenia’, aunque destaca que alude a “un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*” (Bleuler, 1911/1993, p. 15. El destacado se encuentra presente en el original). Desde el punto de vista nosológico, el término esquizofrenia le permite a Bleuler desplazar los criterios de precocidad, cronicidad y deterioro –inherentes a las demencias precoces kraepelineanas– y poner el énfasis en un mecanismo psíquico subyacente: la escisión.

⁴¹ Sin embargo, había reconocido hasta un 13% de casos cuyo pronóstico era favorable y se curaban sin dejar secuelas

⁴² Disociación o escisión, según la traducción al español del término alemán ‘*spaltung*’. Este mecanismo que para Bleuler estará en la base de la esquizofrenia, también le implicará conflictos con Freud, quien sostenía –como se señaló *ut supra*– que la psiquis está dividida siempre.

Menciona otras propuestas terminológicas como *dementia dessecans* (Zweig) o *dementia sejunctiva* (Gross⁴³), a las cuales rechaza por no considerarlas precisas. Señala que además de los frecuentes signos de deterioración, se encuentran presentes otros síntomas como alucinaciones, ideas delirantes, confusión, estupor, manía y fluctuaciones afectivas melancólicas y síntomas catatónicos. En cuanto a la clasificación kraepelineana, menciona sus subgrupos: paranoide, hebefrénica y catatónica, agregando la esquizofrenia ‘simple’ (Kraepelin retomará este subgrupo para la octava reedición de su manual), aunque destaca la comodidad de referirse a la esquizofrenia en singular. A su vez, Bleuler hace énfasis en separarla de las psicosis orgánicas (demencia paralítica, demencia senil, psicosis de Korsakow), de los estados epilépticos, de la idiotez, la paranoia, el alcoholismo crónico, el delirium tremens, la amencia (Kraepelin), las psicosis febriles, las formas maníaco-depresivas, la histeria, entre otras.

En pocas palabras, Bleuler caracteriza su esquizofrenia por una escisión de las funciones psíquicas que altera el pensamiento, la afectividad y la relación con el mundo exterior, aunque sin dificultades en la percepción, la orientación o la memoria. Destaca alteraciones de la asociación (fragmentaria), la afectividad (desde una completa carencia hasta respuestas afectivas extremadamente exageradas o inadecuadas) y la ambivalencia (afectiva, volitiva e intelectual), la predilección por la fantasía en oposición a la realidad y la inclinación a divorciarse de la realidad, donde la vida interior asume una preponderancia patológica a la que denomina ‘autismo’.

En el apartado “a) Relación con la realidad. Autismo”, señala lo siguiente:

Los esquizofrénicos más graves, que no tienen más contacto con el mundo externo, viven en su mundo propio. Se han encerrado en su crisálida con sus deseos y anhelos, que consideran cumplidos, o con las tribulaciones de sus ideas persecutorias, y se han apartado en todo lo posible del contacto con el mundo

⁴³ Sejunción es un término introducido por Karl Wernicke en su "*Grundriss der psychiatrie*" publicado en 1900. Alude a una ‘relajación o disolución’, en tanto defecto, interrupción o separación en la continuidad de determinadas actividades asociativas. Señala que, en el cerebro diferentes imágenes y complejos imaginativos se agrupan en numerosas anudaciones de las que nace la unidad del yo. Plantea Wernicke que la Sejunción ofrece la clave para la interpretación de alteraciones mentales agudas y crónicas, al menos para los síntomas más importantes de las mismas, los que podrían compararse con los síntomas ‘focales’ de las enfermedades cerebrales (Wernicke, 1996). Otto Gross, discípulo de Wernicke, escribió extensamente sobre aspectos variados de las psicosis orgánicas y funcionales y propuso reemplazar el término "dementia praecox" por el de "dementia sejunctiva" (Hoche, 2009). A su vez se sumó al movimiento psicoanalítico y escribió un trabajo temprano sobre el complejo pasivo ante el padre como base de la psicosis citado varias veces por Freud y luego eliminado en las siguientes ediciones. Otto Gross, hijo de un influyente jurista trabajó con Jung y ante un episodio psicótico fue internado en la misma institución y ‘psicoanalizado’ por Jung en sesiones que duraban, a veces, horas.

exterior. Denominamos autismo a este desapego de la realidad, combinado con la predominancia, relativa o absoluta, de la vida interior (Bleuler, 1911/1993, p. 71).

El mundo autista tiene para el paciente tanta realidad como el verdadero, pero una realidad de distinta especie, las cuales no siempre puede mantener separadas. Como ejemplo de ello señala Bleuler: “un paciente nos oyó hablar de un tal Dr. N. Inmediatamente después pregunta si se trató de una alucinación o si realmente hablamos de un doctor N. Busch” (Bleuler, 1911/1993, p. 72). Cabe hacer hincapié en que Bleuler designó aquí con el término *autismo* a un trastorno propio de la esquizofrenia de adultos, caracterizado por la ruptura mental con el mundo exterior y la exacerbación patológica en la vida interior. Sin embargo, en el pie de página del término autismo agrega:

El autismo es casi lo mismo que lo que Freud denominó autoerotismo. Pero dado que para este autor los conceptos de libido y erotismo son mucho más amplios que para otras escuelas, no podríamos usar aquí su término sin dar origen a muchos malos entendidos (p. 72).

El término ‘autoerotismo’, introducido por Havelock Ellis a finales del siglo XIX y retomado por Freud (1905), no fue aceptado por Bleuler, ya que evidenciaba la vertiente sexual del término (eros) y daba lugar a ‘malos entendidos’. Es por ello que intenta nombrarlo inicialmente ‘ipsismo’ y finalmente se decide por ‘autismo’, como contracción de auto-erotismo (Thomas, 2014). En la correspondencia con Freud (2016), Bleuler explicita con mayor detalle cómo ‘su autismo’ no se deduce de la sexualidad.

Recuérdese que la primera ampliación del concepto de sexualidad para Freud había sido la inclusión de la sexualidad infantil en 1905. La segunda ampliación se da por la misma época que la publicación de Bleuler con la ‘Introducción del Narcisismo’ (1914), donde incorpora el origen sexual de la constitución del Yo.

La distinción autismo/autoerotismo originó una serie de disputas de Bleuler con Freud, quien no utilizará el término ‘autismo’ más que una sola vez en toda su obra⁴⁴, reafirmando el lugar del autoerotismo para el psicoanálisis⁴⁵. En términos lakatosianos, podría decirse que Freud

⁴⁴ Véase Freud, S. (1911) ‘Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico’

⁴⁵ En el texto ‘Psicología de las masas y análisis del yo’ Freud (1921) se explaya sobre esta disputa. Se cita a continuación un fragmento donde enfatiza que ‘si se empieza cediendo en las palabras, se cede luego en las cosas’: “Creemos, pues, que con la palabra «amor», en sus múltiples acepciones, ha creado el lenguaje una síntesis

tomó el t-no teórico ‘eros’ (vocabulario antecedente), aunque su propia definición teórica de ‘eros’ logró mayor potencia explicativa e incluyó más casos que en el uso anterior. Incluso con los desarrollos teóricos posteriores, autismo y autoerotismo tomarán direcciones muy diferentes. Bleuler se centrará además en el concepto de ‘pensamiento autístico’⁴⁶ donde “la realidad es transformada en una medida considerable por las ilusiones, y en gran parte reemplazada por alucinaciones” (Bleuler, 1911/1993, p. 72). La tendencia que comandaba este pensamiento autístico era una ‘afectividad excesiva’.

Bleuler se apartará finalmente del psicoanálisis y en 1926 presentará en Ginebra (1926) su noción de esquizofrenia recurriendo no ya a la semiología ni a la clínica, sino a la psicopatología. Para Lantéri-Laura (2004) esta exposición en francés, fue un hito clave que cambió la forma de concebir a la psicopatología psiquiátrica, inaugurando el período que llamó ‘de las Estructuras psicopatológicas’. El eje de la psicopatología no estuvo puesto en aspectos diacrónicos o sincrónicos como en los períodos anteriores, sino en lo teórico. En este punto –retomando la perspectiva lakatosiana– la periodización de Lantéri-Laura apoya la caída del PIC Cl, señalando también como se impusieron sobre las nosografías, las nosologías, es decir, las teorías explicativo-etiológicas, en términos de ‘mecanismos psíquicos’. De esta manera, la clasificación psicopatológica se vio reorganizada no ya en función del dato empírico, sino del aporte conceptual (teórico), donde –como se mencionó anteriormente– el PIC Psa fue ganando un amplísimo lugar.

perfectamente justificada y que no podemos hacer nada mejor que tomarla como base de nuestras discusiones y exposiciones científicas. Con este acuerdo ha desencadenado el psicoanálisis una tempestad de indignación, como si se hubiera hecho culpable de una innovación sacrílega. Y, sin embargo, con esta concepción «amplificada» del amor, no ha creado el psicoanálisis nada nuevo. El «Eros» de Platón presenta, por lo que respecta a sus orígenes, a sus manifestaciones y a su relación con el amor sexual una perfecta analogía con la energía amorosa, esto es, con la libido, del psicoanálisis, coincidencia cumplidamente demostrada por Nachmansohn y Pfister en interesantes trabajos, y cuando el apóstol Pablo alaba el amor en su famosa «Epístola a los corintios» y lo sitúa sobre todas las cosas, lo concibe seguramente en el mismo sentido «amplificado», de donde resulta que los hombres no siempre toman en serio a sus grandes pensadores, aunque aparentemente los admiren mucho. Ahora bien, en el psicoanálisis estas pulsiones de amor son llamadas a potiori, y en virtud de su origen, pulsiones sexuales. La mayoría de los hombres «cultos» han sentido este bautismo como un ultraje; su venganza fue fulminar contra el psicoanálisis el reproche de «pansexualismo». Quien tenga a la sexualidad por algo vergonzoso y denigrante para la naturaleza humana es libre de servirse de las expresiones más encumbradas de «Eros» y «erotismo». Yo mismo habría podido hacerlo desde el comienzo, ahorrándome muchas impugnaciones. Pero no quise porque prefiero evitar concesiones a la cobardía. Nunca se sabe adonde se irá a parar por ese camino; *primero uno cede en las palabras y después, poco a poco, en la cosa misma*. No puedo hallar motivo alguno para avergonzarse de la sexualidad; la palabra griega «eros», con la que se quiere mitigar el desdoro, en definitiva, no es sino la traducción de nuestra palabra alemana «Liebe» {amor}; por último, el que puede esperar no necesita hacer concesiones Ensayemos, entonces, con esta premisa: vínculos de amor (o, expresado de manera más neutra, lazos sentimentales) constituyen también la esencia del alma de las masas” (Freud, 1921, p. 187. El destacado no se encuentra presente en el original. Se destaca que sobre esta discusión no había habido hasta el momento ninguna problematización).

⁴⁶ Concepto retomado por autores como Piaget (1969/2016) o Vigotsky (1986/2016).

A partir de la reformulación de Bleuler, la esquizofrenia se impuso (en singular), y se desdibujaron sus cuatro cuadros (simple, catatónica, hebefrénica, paranoica) para destacar la ‘escisión’ como elemento lo central. La noción de ‘autismo’ también fue destacada por otros psiquiatras de la época. E. Minkowski lo definía como la pérdida de contacto con la realidad que entrañaba una imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás (Huertas, 2010)⁴⁷.

Carl Gustav Jung, a principios de la década del ‘20 introdujo los conceptos de personalidad extrovertida e introvertida, relacionando la introversión severa (característica de algunas formas de esquizofrenia) con el autismo de Bleuler (Artigas-Pallares y Pérez, 2012). Esta concepción tuvo gran acogida dentro de una parte de la comunidad ‘psi’ europea, vinculando lo ‘autista’ con un aspecto de la personalidad introvertida. Como se verá luego, esto fue retomado por el pediatra vienés Hans Asperger en su ‘Psicopatía Autista en la infancia’ presentada en 1944.

La literatura sobre los tipos de personalidad incluye ciertamente categorías que muestran parecidos con las personas con autismo. La personalidad ‘esquizotímica’ de Kretschmer, el cuadro de desintegración de la personalidad de Jaensch y, sobre todo, la personalidad introvertida descrita por C.G. Jung. En la descripción de este último, en especial, hay muchos datos que nos recuerdan a los niños que hemos visto en este artículo. *La introversión, entendida como un repliegue del sí mismo y una reducción de las relaciones con el medio, podría ser, muy bien, la esencia del autismo.* Sin embargo, ninguno de los autores mencionados aporta datos sobre la conducta de sus ‘tipos’ de personalidad durante la infancia (Asperger, 1944, p. 39. El destacado no se encuentra presente en el original).

La concepción jungiana de ‘personalidad introvertida’ también fue tomada por Leo Kanner – aunque sin recuperar el vínculo con lo ‘autista’– en el apartado destinado al estudio de la personalidad infantil en su Manual de Psiquiatría Infantil (1935).

Freud: El legado de y la deuda con la infancia

En 1914(b), cuando Freud escribe la ‘Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico’ refiere que el descubrimiento de la sexualidad infantil se dio casi exclusivamente a raíz de haber analizado adultos que rememoraban su pasado, ya que no había tenido oportunidad de observar

⁴⁷ El autismo más intenso, según Minkowski, se daba en el estupor catatónico.

directamente la actividad infantil⁴⁸. Esta afirmación, pareciera desconocer la actividad pediátrica que él mismo había llevado adelante en sus años en Berlín (1886) junto a Adolf Baginsky.

En ‘¿Por qué hemos ignorado a Freud, el “pediatra”?’’, Carlo Bonomi (1994) señala que Freud debió verse afectado por una práctica pediátrica que prevalecía en ese momento: la de intentar curar la masturbación en niños y niñas (como también ocurría con la histeria en mujeres) a través de intervenciones quirúrgicas en sus órganos genitales (castraciones, circuncisiones, clitoridectomias, entre otras). La relación entre masturbación y enfermedades nerviosas, como se señaló con anterioridad, era también una hipótesis común en los círculos pediátricos. En los años de trabajo con Breuer (1893-1895), Freud evocaba el papel patógeno de los traumatismos infantiles en el terreno sexual y, años más tarde, presentó la sexualidad perversa polimorfa del niño en su escrito ‘Tres ensayos...’ (1905).

Las observaciones realizadas por el padre de Juanito (caso conocido como el Pequeño Hans), no fueron las únicas. Muchos discípulos de Freud intentaron ‘psicoanalizar’ a sus hijos e hijas bajo la supervisión de Freud. Uno de ellos fue Jung, que analiza a su hija Agathlí de cuatro años, e intercambia correspondencia con Freud sobre los descubrimientos acerca de la curiosidad sexual de su hija. Llevado por este interés, Jung forma a varias mujeres para que puedan trabajar como analistas infantiles, entre ellas su esposa Emma Jung, Maria Moltzer, Sabina Spielrein, Mira Oberholzer (López, 2003). El historial de Juanito y las observaciones a las que Freud arribó mediante la correspondencia con su padre, fueron el punto de partida del psicoanálisis de niños. Freud encomendará a su hija, Anna, buscar una técnica que hiciese posible aplicar a niños y niñas el método psicoanalítico.

Señala Danto (2013) que fue en el *Poliklinik* de Berlín, fundado en 1920 donde primero se debatió formalmente sobre el análisis infantil y se estandarizó la educación psicoanalítica. Sin embargo, los cuestionamientos en torno a este análisis temprano no tardaron en salir a la luz. Se temía que, al levantar represiones infantiles, podía convertirse al pequeño paciente en un ser descarriado, sujeto a unas pasiones irrefrenables (López, 2003).

La necesidad de una combinación de la cura psicoanalítica con una educación sexual y psicoanalítica, surgió como una preocupación para varias/os psicoanalistas. El foco estuvo puesto en sustituir una represión inconsciente, y provocadora de conflictos y síntomas, en una represión consciente, al servicio de la personalidad moral. Hermine Von Hug-Hellmuth fue una

⁴⁸ En este punto Freud, como se verá luego, fue duramente criticado por Kanner

de las referentes de esta práctica. Apoyada en el psicoanálisis freudiano, creó una propuesta lúdica modificando aspectos del encuadre y de las reglas técnicas. Ejemplo de ello fue la no utilización de diván ni de asociaciones libres, reducir el número de sesiones, permitir el uso del juego, contar con la colaboración de la familia, entre otras. Limitó su técnica al tratamiento de niños/as mayores de 7 años, por poner énfasis en el aspecto pedagógico del juego. En sus escritos explicitó algunas particularidades del método: el encuadre, la transferencia negativa y positiva, la interpretación, las resistencias y ‘el problema de los padres’. Refiere que, si éstos se sometieran a un análisis con anterioridad, menos niños y niñas necesitarían recurrir a un análisis.

Sobre los hallazgos de Hug-Hellmuth, Freud escribe a Abraham –aludiendo a su nieto de cuatro años– que, “una crianza firme, a cargo de una madre inteligente, ilustrada por Hug-Hellmuth, ha sido muy beneficiosa” (Freud en Danto, 2013, p. 151).

Luego de Margarethe Hilferding y Sabina Spielrein, Hug-Hellmuth fue, en 1913, la tercera mujer en integrar la Asociación Psicoanalítica de Viena. No es un dato menor que las llamadas ‘pioneras del psicoanálisis infantil’ hayan sido predominantemente mujeres: Eugenia Sokolnicka, Sophie Morgenstern, Mlle. Rampert, Anna Freud, Melanie Klein, entre otras. Señala Roudinesco (citada en Esteban, 2017) que en los años veinte las mujeres estuvieron cada vez más presentes en el movimiento psicoanalítico, dentro del cual se desarrollaban varios debates que las incumbían en su existencia y su práctica: la femineidad, la maternidad, el análisis de niños y la sexualidad femenina.

Las tareas pedagógicas y de cuidado, estrechamente vinculadas al campo femenino, promovieron la entrada de mujeres para ocupar un lugar en el movimiento freudiano. Además, la clínica con adultos durante muchos años fue ‘vedada’ a los profanos, por ello el trabajo con infantes (que no requería para la época formación médica) era un ingreso posible al psicoanálisis. Ana Fernández (2006) destaca que la consolidación del psicoanálisis (y la mirada sobre ‘lo infantil’) coincide precisamente con aquel periodo histórico en el cual se ‘produce’ la infancia y la escuela gana sentido social y político.

Melanie Klein y Anna Freud, referentes del psicoanálisis en edades tempranas

Melanie Klein y Anna Freud, en su intento de aplicar la técnica psicoanalítica en niños, se aferraron a los postulados freudianos, especialmente luego del ‘giro del 20’ donde Freud señalaba que el niño no juega solamente a aquello que le resulta placentero, sino que también

repite situaciones dolorosas. A partir de las publicaciones de las primeras curas de niños y niñas es que se puede situar, en sentido estricto, una técnica de análisis infantil.

1. Anna Freud y la psicología del Yo (egopsychology)

Anna Freud (1895-1982), formada en psicoanálisis y analizada por su padre, inició su trabajo como psicoanalista habiendo estudiado previamente el profesorado de Educación Elemental. Ejerció algunos años la docencia hasta interrumpir su actividad por enfermar de tuberculosis en 1920. Ingresó a la Sociedad Psicoanalítica de Viena en 1922 donde fue influenciada por psicoanalistas como Hug-Hellmuth, August Aichhorn y entabló una amistad personal con Lou Andreas Salomé.

Bajo esta impronta, participó en el desarrollo de escuelas experimentales con ‘nuevas metodologías educativas’ para la primera infancia (como la de María Montessori, de quien se considerará discípula) en familias marginales de Viena, especialmente luego de la primera guerra. De la mano de Adler, acompañó la apertura de las primeras Clínicas de Orientación Infantil (*Child Guidance Clinics*), las cuales tenían por objeto la ‘reeducción’ en las escuelas y en los hogares. Incluso la mayoría de las clínicas estaban alojadas al interior de las escuelas. Debido a las necesidades planteadas por niños, niñas, maestros y maestras, lograron reunir un vasto público ávido de conocer sobre el psiquismo infantil (Danto, 2013).

A inicios de la década del '20 Anna ya había empezado a trabajar con Dorothy Burlingham en la escuela Heitzing, escuela experimental sobre educación para la primera infancia. En este mismo lugar trabajaron analistas como Peter Blos, Erik Erikson, Marie Brieuhl, Joan Serson, August Aichhorn. También allí asistieron los hijos de Burlingham y los de Ernest Simmel.

A lo largo de su obra, Anna se mostró interesada por dos asuntos del abordaje infantil. El primero fue determinar si el análisis de niñas y niños podía coincidir teóricamente con el análisis de adultos (en cuanto a las asociaciones libres, la transferencia, la interpretación) ya que “en la situación del niño falta todo lo que consideramos indispensable en la del adulto: la conciencia de enfermedad, la resolución espontánea y la voluntad de curarse” (A. Freud, 1927, p. 14). La segunda cuestión estaba relacionada con el papel pedagógico que padres, madres y educadores desempeñaban en la formación del niño y en su contribución (o no) al desarrollo de la neurosis. A partir de estas consideraciones, presentó posibles aplicaciones del psicoanálisis a la educación (y reeducación) de niños y niñas, intentando ubicar cuál sería la dosis adecuada

de satisfacción permitida y las limitaciones impuestas a la vida pulsional según la edad (López, 2003).

En cuanto a la técnica analítica, recién presentó una primera sistematización en las conferencias de Viena tituladas ‘Psicoanálisis del niño’ (1927). Los principales puntos se resumen en cuatro aspectos: la fase preparatoria para el análisis y el establecimiento de una transferencia positiva, el lugar de los padres, el análisis de las fantasías diurnas y la interpretación de los sueños y el dibujo. El primero de estos puntos se refiere a la necesidad de una ‘fase preparatoria’ (no necesaria en el análisis del adulto), ya que habría que volver al niño ‘analizable’. El objetivo estaba puesto en conquistar su amor contra una parte de su propia vida psíquica. Con frecuencia, señala Anna, no es el niño quien sufre, sino su entorno. En este sentido, el niño carece de características presentes en el análisis del adulto: la conciencia de enfermedad, la resolución espontánea y la interiorización de la voluntad de curación (A. Freud, 1927).

la vinculación cariñosa, la transferencia positiva, como la designa la terminología psicoanalítica es la condición previa' de todo el trabajo ulterior. Al respecto, el niño va aún más lejos que el adulto, pues sólo cree en las personas amadas y sólo es capaz de hacer algo cuando lo hace por amor a alguien (...). El éxito pedagógico siempre depende de la vinculación afectiva del educando con el educador (A. Freud, 1927, p. 53-54).

Señala Anna (1927) que el pequeño paciente no está dispuesto a reeditar sus vinculaciones amorosas, porque aún no ha agotado la vieja edición –los padres–. Estos aún existen en la realidad (no sólo en la fantasía como en el neurótico adulto) y “el niño mantiene con ellos todas las relaciones de la vida cotidiana y experimenta todas las vivencias reales de la satisfacción y el desengaño” (p. 58). Por ello, al compartir esa labor con los verdaderos educadores, “también debemos participar con ellos en el amor o el odio del niño” (p. 58). Es así que éste no podría desarrollar una neurosis de transferencia, excepto que se opte por retirar al niño de su ambiente y alejarlo de los padres, lo cual no parecía ser una posibilidad. Por el contrario, Anna considera el trabajo con los padres sumamente necesario, ya que el niño poco puede aportar a la reconstrucción de la historia de la enfermedad.

Continúa en las conferencias respecto de que la falta de capacidad asociativa infantil la condujo a buscar alternativas. “La doctora Hug-Hellmuth trató de reemplazar los datos recogidos a través de las asociaciones libres del adulto, recurriendo a los juegos con el niño, observándole en su propio ambiente y tratando de averiguar las circunstancias íntimas de su vida. Melanie

Klein, como lo demuestran sus publicaciones, sustituye la técnica asociativa del adulto por una técnica lúdica en el niño, basándose en la hipótesis de que al niño pequeño le es más afín la acción que el lenguaje.” (A. Freud, 1927, p. 45). En este sentido, separa su enfoque terapéutico de apoyo, de la intensa concentración de Klein en el inconsciente infantil. Asimismo, destacó la utilización de recursos que ella denominó ‘auxiliares’: el análisis de las fantasías diurnas, la interpretación de los sueños, las reacciones transferenciales y el dibujo, desestimando el lugar del juego. Para Anna, el juego estaba muy restringido, pero en los sueños, contenido manifiesto y latente son casi iguales. Tanto las situaciones placenteras como dolorosas podían ser elaboradas en los sueños, incluso en niños pequeños (A. Freud, 1927). Los sueños eran, para ella, realizaciones de deseo sin disfraz alguno. En niños más grandes, con un superyó más estructurado funcionaba la elaboración onírica. Tanto los sueños como las fantasías, refería A. Freud (1927), eran más sencillamente interpretables en los niños, ya que era “más fácil abarcar sus vivencias diurnas y conocer al reducido número de personas que componen su ambiente” (p. 51). A diferencia de Melanie Klein, postuló que no era factible analizar niños muy pequeños, ya que aún no había formaciones reactivas, recuerdos encubridores y material sobre el que trabajar, es decir, que se sabía poco sobre su inconsciente. Consideraba el superyó del niño en proceso de formación, y aún dependiente de su entorno, por ello: “es preciso que el analista logre ocupar durante todo el análisis el lugar del ideal del yo infantil y no iniciar su labor de liberación analítica, antes de cerciorarse de que podrá dominar completamente al niño (sic)” (A. Freud, 1927, p. 75).

En resumidas cuentas, el analista de niños tenía la doble función de educar y analizar a la vez. Incluso –consideraba Anna (1927)– se obtenían mejores resultados cuando los padres eran analistas o estaban familiarizados con el psicoanálisis. Así, como el fin de análisis era ‘educativo’, “la educación del niño tampoco quedará interrumpida al finalizar el análisis, sino que pasará directamente del analista a los padres” (p. 76).

Su posición sobre un psicoanálisis infantil de corte ‘educativo’, no tendrá grandes variaciones a lo largo de su vida. Algunas obras posteriores enfatizaron aún más la vinculación del psicoanálisis y la educación infantil, escribiendo libros, artículos y ensayos dirigidos a psicoanalistas, padres, madres, educadoras y educadores⁴⁹. Continuó su obra, ‘poniendo a

⁴⁹ Véase Freud, A. (1935). *Psychoanalysis for Teachers and Parents: Introductory Lectures*. Boston: Emerson Books; Freud, A. (1948) *Introducción al psicoanálisis para educadores*. Buenos Aires: Paidós; Freud, A. (1974) *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós; Freud, A. (1992) *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*. Buenos Aires: Paidós

prueba sus teorías sobre el desarrollo de la primera infancia’ en instituciones como la fundada por Jackson (1937) en un parvulario Montessori de Viena⁵⁰ (Danto, 2013) o las *Hampstead War Nurseries* (residencias para niños) en Londres, durante la Segunda Guerra Mundial.

En su libro, ‘El yo y los mecanismos de defensa’ (1936), desarrolló una de sus principales aportaciones al psicoanálisis infantil y la psicología del yo: ‘los mecanismos de defensa’ (represión, regresión, anulación, la vuelta contra uno mismo o la transformación en lo contrario). Además, sus intereses, reflejados en otras publicaciones, incluyeron el trabajo social, el derecho de familia, los estudios legales, la delincuencia y criminalidad infantil y juvenil. Incluso hacia el final de su obra, profundizó en el concepto de desarrollo, incluyendo nuevas categorías teóricas, especialmente como consecuencia de su trabajo en Inglaterra luego de la segunda guerra. Aborda una temática que nombra como ‘rechazo por separación’ donde retoma su estudio *Infants without families* (1943) y aportes de autores como Bowlby (1951), Spitz (1947), entre otros/as. Las características principales de este ‘rechazo’ involucraban la perturbación de funciones somáticas, la mayor susceptibilidad a infecciones y retrocesos en el desarrollo, perdiéndose primero los logros más recientes.

La idea de ser rechazado por la madre comenzó repentinamente a inundar los campos del trabajo clínico y del trabajo social (...) un número de perturbaciones más graves comenzaron a atribuirse a la presencia del rechazo (así, por ejemplo, el autismo, ciertos desarrollos atípicos y psicóticos, el retraso mental, el retardo en el desarrollo del lenguaje, etc.) (A. Freud, 1992 [1954], p. 19).

Si bien el interés de Anna se encuentra en el desarrollo y no indagará en el autismo infantil, estos desarrollos serán el puntapié para continuadores de la *egopsychology* como Bowlby, Bettelheim y otros/as, contra quienes se mantendrá Kanner.

En ‘Normalidad y patología en la niñez’ (1965/1973) Anna expone el concepto de ‘líneas de desarrollo’, incluyendo conceptualizaciones sobre el desarrollo del Yo, del Ello y del Superyó, de los impulsos, del carácter, de la personalidad, etc. Algunas ‘líneas del desarrollo’ que señala son: de la lactancia a la alimentación racional; de la incontinencia al control de los esfínteres; de la irresponsabilidad hacia la responsabilidad en el cuidado corporal; desde el egocentrismo al compañerismo; desde el cuerpo hacia los juguetes y desde el juego hacia el trabajo; desde la dependencia hasta la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales adultas, etcétera.

⁵⁰ Estuvieron a cargo tanto Anna Freud como Dorothy Burlingham (Danto, 2013)

Incluso plantea un apartado sobre perturbaciones del desarrollo, pero siempre con el eje puesto en la ‘normalidad’ (psicoanalítica).

Esta concepción de ‘normalidad’ psicoanalítica será fuertemente pregnante en el postfreudismo, más aún en el ámbito infantil y femenino. Ejemplo de ello es la premisa de que la niña debe hacer el ‘duelo’ de sus fantasmas masturbatorios clitoridianos, en pos del investimento de la vagina para asistir a un desarrollo afectivo y cultural despejado (Doltó, 1971), concepción que se sostuvo incluso en Argentina, por ejemplo, cuando una mujer accedía a un análisis didáctico para devenir psicoanalista.

2. Del ‘completo dominio del niño’ a la técnica del juego

A diferencia de Anna, quien considera que el análisis de un niño solo era justificable a demanda de los padres y frente a una ‘verdadera neurosis infantil’, Melanie Klein suponía que no existían condiciones en un niño que le impidan acceder a un análisis, asumiendo la autonomía de éste. Se opuso fuertemente a asimilar el psicoanálisis con una nueva forma de pedagogía y propuso en su lugar, refundar la técnica de exploración del psiquismo infantil. También apoyada en los planteos de Hug-Hellmuth tomó y desarrolló las implicancias del juego, considerando su ‘técnica lúdica’ como equivalente a la asociación libre del adulto.

Klein había llegado a Berlín desde Budapest en 1921, a la edad de 38 años. Se había formado con Ferenzci y Abraham, dos importantes figuras del psicoanálisis. La libertad intelectual de Berlín le había permitido la autonomía necesaria para el análisis profundo de niños y niñas, aun sin haberse formado como médica o pedagoga (Danto, 2013). Apoyada por Ferenzci presentó su primer trabajo sobre el análisis de un niño de 5 años, su hijo Hans, publicado años más tarde en la revista de la Asociación Internacional de Psicoanálisis.

Para Klein (1921/2015), el análisis de niños era una deducción irrefutable de los resultados del análisis de adultos neuróticos que siempre retrotraían a la niñez las causas de su enfermedad. A diferencia de Anna, “lamentaba que sus únicos pacientes en el *Poliklinik* hubieran sido o bien niños, o bien personas enviadas por otros analistas, que resultaban ser familiares o pacientes profundamente perturbados” (Danto, 2013, p. 127).

Luego de la muerte de Abraham, en 1925, Melanie Klein viajó a Londres aceptando la invitación de Ernest Jones y el apoyo del matrimonio Strachey. Allí se estableció y posteriormente se unió a la Asociación Británica de Psicoanálisis, donde, años más tarde representó la ruptura entre la escuela vienesa y la escuela inglesa de psicoanálisis. Señala

Roudinesco (en Esteban, 2017) que la sociedad inglesa, fundada en el liberalismo, el empirismo, el individualismo –pero también en el culturismo–, era más apta que la Europa continental para dar cabida a las teorías kleinianas, consideradas más ‘feministas’, más democráticas y más igualitarias que las de Freud, en las que se expresaba una adhesión todavía muy fuerte a un modelo patriarcal.

Melanie, rodeada por médicos, psicoanalistas y psiquiatras se abocó a la elaboración de sus propias teorizaciones sobre el psiquismo infantil, destacando que “las características primitivas de los niños requieren una técnica especial adaptada a ellos, consistente en el análisis de sus juegos. (...) Se trata sólo de una diferencia de *técnica*, no de los *principios* del tratamiento” (Klein, 1926/2015, p. 149. El destacado se encuentra presente en el original). Retomó los mecanismos freudianos de introyección (de lo placentero) y proyección (de lo displacentero), para entender las primeras relaciones de objeto presentes en ‘Pulsiones y destinos de pulsión’ de Freud (1915), pero fundamentalmente la formación del Yo: Yo primitivo, Yo placer purificado y Yo realidad definitiva.

En 1930 publicó ‘La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo’, texto conocido principalmente por contener la presentación del ‘caso Dick’. Allí Melanie expone varias de sus hipótesis sobre la concepción del psiquismo infantil:

El planteo de este artículo se basa en la suposición de que hay una etapa temprana del desarrollo mental en que se activa el sadismo. (...) Se inicia con el deseo oral-sádico de devorar el pecho materno (o toda la madre) (...) y finaliza con el inicio de la etapa anal sádica, siendo su fin apropiarse y destruir el contenido del cuerpo de la madre (...). Esta fase constituye al mismo tiempo la introducción del complejo de Edipo (Klein, 1930/2015, p. 226).

A lo largo de estos años el eje de sus teorías estuvo puesto en las angustias y en las defensas anti-angustia, derivadas de un desarrollo ampliado de la pulsión de muerte freudiana. Al extremar la heurística diacrónica de Freud hasta lo neonatal, se inmiscuye en la construcción teórica de las fantasías más primitivas del psiquismo. Sostiene que hay en el niño pequeño, ciertos montos de sadismo por los cuales dirige sus ataques hacia el cuerpo de la madre, donde espera encontrar el pene del padre, excrementos y niños. De este modo, los ataques sádicos del niño se dirigen a ambos padres a la vez, de los cuales teme ser castigado de modo retaliativo. Estos ataques y temores generan angustia, la cual también es internalizada a consecuencia de la introyección oral-sádica de los objetos y se dirige al superyó temprano. Por ello, el exceso de

sadismo despierta angustia y moviliza los mecanismos de defensa más primitivos del Yo: la expulsión, la destrucción y la identificación (Klein, 1930/2015). Para que esta fase – fundamental– tenga un desenlace favorable y lleve a la formación de símbolos, era esencial que el Yo tenga adecuada capacidad para tolerar la angustia.

En función de fundamentar su teoría, Klein expuso el caso de Dick. En este niño, para ella, existía una desusada inhibición en el desarrollo del Yo debido a una “incapacidad completa, aparentemente constitucional, para tolerar la angustia” (Klein, 1930/2015, p. 230).

En Dick, de 4 años, lo genital había intervenido de una manera muy precoz, originando una identificación prematura con el objeto atacado y una defensa temprana contra el sadismo. Con ello, la vida de fantasía y la relación del Yo con la realidad se había detenido, cesando la formación de símbolos, luego de un débil comienzo. Para Melanie, la detención del desarrollo de la fantasía lo llevó a refugiarse en las fantasías del cuerpo oscuro de su madre y a retirar la atención de otros objetos del mundo externo –que representaban este cuerpo– por considerarlos peligrosos.

La posesión y exploración sadística del cuerpo materno y del mundo exterior (el cuerpo de la madre por extensión), quedan detenidas y esto produce la suspensión más o menos completa de la relación simbólica con cosas y objetos que representan el cuerpo de la madre y, por ende, del contacto del sujeto con su ambiente y con la realidad en general. Este retraimiento forma la base de la falta de afecto y angustia, que es uno de los síntomas de la demencia precoz. En esta enfermedad, entonces, la regresión iría directamente a la fase temprana del desarrollo en que la apropiación y destrucción sádica del interior de la madre -tal como lo concibe el sujeto en sus fantasías- y el establecimiento de una relación con la realidad han sido impedidos o refrenados debido a la angustia (Klein, 1930/2015, p. 239).

De esta manera, Klein sostiene que, en la neurosis y la normalidad, el conflicto edípico (temprano) está atravesado por el sadismo, por lo que la primera defensa instrumentada por el Yo se dirige “contra el propio sadismo del sujeto y contra el objeto atacado, ya que ambos son considerados como fuentes de peligro. Esta defensa tiene carácter violento y difiere de los mecanismos de represión” (1930/2015, p.228). Por el contrario, en el origen de la psicosis hay una defensa excesiva y prematura contra este sadismo. A partir de allí, se dificulta la relación con la realidad y el desarrollo de la vida de fantasía.

Bajo estos supuestos, Klein desarrolla una técnica para el análisis infantil mediante el juego, equiparándolo a un lenguaje que puede ser interpretado. En el caso de Dick, refiere que inicialmente la técnica tuvo que verse modificada, ya que el pequeño se caracterizaba por una ‘pobreza de vocabulario’ y ‘desarrollo intelectual de entre 15 y 18 meses’:

En la técnica del juego, que sigue las representaciones simbólicas de niños que dan acceso a su angustia y sentimiento de culpa, podemos, en gran parte, prescindir de las asociaciones verbales. Pero esta técnica no se limita al análisis de los juegos del niño. Podemos extraer material (como tenemos que hacer en niños con inhibición del juego) del simbolismo revelado por detalles de su comportamiento en general (Klein, 1930/2015, p. 229).

Refiere Melanie que, como en Dick el simbolismo inicialmente no se había desarrollado, mediante la interpretación logró acceso a su inconsciente, para así movilizar la angustia y otros afectos. Paulatinamente, una vez que la angustia latente fue atenuada y que cierto monto de angustia quedó manifiesto, fueron apareciendo las formas del juego. De esta manera, pudo pasar a la técnica que habitualmente utilizaba en el análisis de niños pequeños, “sin que fuese necesario imponer al yo ninguna influencia educacional” (Klein, 1930/2015, p. 236). Destaca con énfasis que la influencia educacional anteriormente ejercida sobre el niño, no había dejado ninguna huella en Dick.

La técnica del juego continuó desarrollándose con mayor profundidad a lo largo de su obra, puntualizando aspectos de la misma que permitían al niño expresar fantasías, sentimientos, ansiedades y experiencias, para poder comprenderlas e interpretarlas; o si las actividades del juego estaban inhibidas, comprender las causas de la inhibición. En 1955 Klein publicó un artículo titulado ‘La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado’ donde detalla las particularidades de la técnica, el tipo de juegos y juguetes y las limitaciones que el encuadre requiere⁵¹.

⁵¹ Señala, incluso, cuales juguetes son más adecuados para la técnica psicoanalítica del juego: principalmente: pequeños hombres y mujeres de madera, usualmente de dos tamaños, autos, carretillas, hamacas, trenes, aviones, animales, árboles, casas, cercas, papel, tijeras, un cuchillo, lápices, tizas o pintura cola, pelotas y bolitas, plastilina y cuerdas. Considera esencial tener juguetes pequeños, porque su número y variedad permiten al niño expresar una amplia serie de fantasías y experiencias. Los juguetes no deben ser mecánicos y que las figuras humanas no indiquen ninguna ocupación particular, para que puedan ser usados en muchas situaciones diferentes (Klein, 1955). “El equipamiento de la habitación de juego es también simple. No tiene nada excepto lo necesario para el psicoanálisis. Los juguetes de cada niño son guardados en cajones particulares, y así cada uno sabe que sólo él y el analista conocen sus juguetes, y con ellos su juego, que es el equivalente de las asociaciones del adulto” (Klein, 1955, p. 5)

Años más tarde, en ‘El Psicoanálisis de niños’ (1932/2008), arriba al concepto de posición. Si bien descubre y conceptualiza primero la posición ‘depresiva’, será la posición ‘esquizoparanoide’ la que primeramente aparecerá en el desarrollo infantil. En los años subsiguientes Melanie continuó ampliando esta teoría, otorgando un lugar prioritario a las relaciones objetales. En cuanto al concepto de ‘posición’ escribe:

Llegué a diferenciar dos fases principales en los primeros 6-8 meses de vida, fases que denominé ‘posición paranoide’ y ‘posición depresiva’. (Elegí el término posición porque, aunque los fenómenos considerados ocurren en primer lugar durante los estadios tempranos del desarrollo, no son exclusivos de esos estadios: constituyen agrupamientos específicos de ansiedades y defensas que aparecen y reaparecen durante los primeros años de la niñez) (Klein, 1932/2015, p. 16).

En la posición esquizo-paranoide, donde el Yo está aún muy desintegrado, predominan los impulsos destructivos y las ansiedades paranoides. Lo que se teme es la destrucción del Yo. El objeto en esta posición es de tipo parcial (el pecho bueno conforma el núcleo del Yo, sentido como gratificante, y el pecho malo es un objeto perseguidor, terrorífico). En esta posición, las relaciones objetales se basan en la proyección de impulsos y la introyección de los estímulos externos, desarrollando un Yo incipiente. Escisión, proyección e introyección serán las defensas utilizadas predominantemente; otras serán la negación, la idealización y el control omnipotente (Klein, 1932/2015).

Hacia mediados del primer año, los impulsos y fantasías sádicas se debilitan. El niño introyecta el objeto como un todo. Se identifica la situación ambivalente dirigida hacia este objeto amado y odiado (no ya un objeto parcial como el pecho, sino la madre misma), y surgen los sentimientos de culpa y la tendencia a reparar. De esta manera se da el ingreso a la posición depresiva. La ansiedad predominante en este período es de tipo depresiva y las defensas se caracterizan por ser maníacas y de reparación (Klein, 1932/2015).

En 1946, agrega que siempre se producen fluctuaciones entre las posiciones, lo cual es parte del desarrollo normal, donde los fenómenos de las dos posiciones permanecen durante algún tiempo y hasta cierto punto, entremezclándose e interactuando. Por el contrario, cuando no sucede de esta manera, puede influir en el cuadro de algunas formas de esquizofrenia y de las perturbaciones maníaco-depresivas.

Para destacar algunos puntos relevantes, Klein defiende su postura sobre un psiquismo precoz –capaz de establecer relaciones de objeto y mecanismos de defensa tales como introyección y

proyección—, unas posiciones —en las que se elaboran angustias psicóticas—, formas pregenitales del Complejo de Edipo y un Superyó temprano —no heredero del complejo de Edipo, sino constitutivo del Edipo prematuro—. En todo ello, subraya que sus planteamientos no se alejan de los de Sigmund Freud, sino que se fundan en los mismos principios psicoanalíticos. Estas elaboraciones teóricas continuarán modificándose y precisándose hasta el fin de su obra.

Melanie no se encontraba preocupada por la descripción clínica —como sucedía en el período de las enfermedades mentales que reseñara Lantéri-Laura (2004)—, ni tampoco intentaba discutir o producir una clasificación psicopatológica progresiva —como Freud en base al contenido latente (PIC Psa)—. Lo que se puede observar en sus primeros escritos, y que se sostendrá luego en su obra, es que sus investigaciones toman —sin indagar ni problematizar demasiado— los parámetros psicopatológicos de la época. En el caso de Dick, expone desde un concepto (angustia, defensas, etc.) los ‘mecanismos generadores’ de ese cuadro. Hace hincapié en el dato teórico para diferenciarlo de la demencia precoz, en tanto que el rasgo fundamental en Dick, para Klein, era una inhibición del desarrollo debido a ese monto inusitado de angustia y no a una regresión (como en la demencia precoz). De esta manera, no discute la esquizofrenia, la psicosis infantil y la demencia precoz, sino que utiliza esas categorías para ubicar su concepción de psiquismo. Ejemplo de ello es su intento de reubicar a Dick al interior de la esquizofrenia, destacando sus ‘rasgos atípicos’.

El interés genuino de Melanie radicaba en adentrarse en el desarrollo psíquico temprano que el psicoanálisis, hasta ese momento, había sorteado. Señala que “una de las tareas fundamentales del psicoanálisis de niños consiste en *descubrir y curar las psicosis infantiles*. El conocimiento teórico adquirido en esta forma sería sin duda una valiosa contribución para nuestra comprensión de la estructura de la psicosis” (Klein, 1930/2015, p. 238. El destacado no se encuentra presente en el original). Klein toma de Freud la concepción de tratamiento y cura psicoanalítica, suponiendo para Dick la posibilidad de curación a partir del tratamiento.

En cuanto a la etiopatogenia, profundiza de un modo radical —aunque cuestionable— la heurística diacrónica del PIC psicoanalítico, suponiendo que sus interpretaciones son válidas para explorar las fantasías infantiles de los primeros meses de vida. En este punto, Klein retoma el modo de resolución de problemas del PIC Psa, pero de una manera impensada. Tal como se señaló en Freud, éste había llevado la heurística diacrónica del PIC Clínico a la infancia y descubrió la sexualidad infantil, alentando la progresividad del PIC Psa. De esta manera, y como se pudo observar, cada vez que había un problema en el programa, para Freud se debía buscar un poco más atrás en la diacronía. Por ejemplo, en ‘Tres ensayos sobre teoría sexual’

(1905) explora la sexualidad infantil; años más tarde, en la ‘Introducción del narcisismo’ (1914) indaga en la formación del yo y el autoerotismo anobjetal. En ‘Pulsiones y destinos ...’ (1915) diferencia tres momentos del yo e incorpora los mecanismos de proyección e introyección. Estas serán las bases en las que se apoyará Melanie, en conjunción con la segunda tópica freudiana, para elaborar su teoría. De la misma manera que Freud, ella intentará ir ‘más allá’ en la heurística diacrónica del PIC Psicoanalítico, llevándola al extremo del psiquismo infantil – incluso de un bebé de meses–, donde las fantasías y conflictos psíquicos girarán en torno a pechos buenos (gratificadores), malos (persecutorios) y “un vientre lleno de objetos peligrosos” (Klein, 1930/2015, p. 240).

Las Grandes Controversias y después...

Con la llegada de analistas vieneses/as y berlineses/as a Londres escapando del nazismo – incluida la familia Freud– comenzó un periodo llamado de las ‘Grandes Controversias’ donde, al interior de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) se encontraron enfrentadas las posiciones de Anna y Melanie, junto con sus seguidores y seguidoras. Luego de la muerte de Freud en 1939 se organizaron una serie de reuniones en las cuales se desplegaron las posiciones teóricas de cada autora. Este período alcanzó su apogeo entre 1941 y 1945 y finalizó en 1946 originando tres fracciones al interior de la IPA: kleinianos/as, annafreudianos/as e independientes (integrado –entre otros/as– por Donald Winnicott y Michael Balint).

Lo central de las controversias, se reúne, principalmente, en torno a tres ejes teóricos: el encuadre analítico y la posición del analista; el complejo de Edipo (temprano) y la formación del Superyó; y la técnica en el análisis infantil (el lugar del juego y su equiparación a las asociaciones verbales en el adulto).

De forma sucinta, y tal como se desarrolló con anterioridad, las posiciones son completamente opuestas. Para Anna Freud, la capacidad de hacer transferencia no es espontánea en el niño y aunque pueda haber reacciones transferenciales positivas y negativas no es posible que se establezca una verdadera neurosis de transferencia debido a la inmadurez del Superyó y la dependencia de padres, madres y educadores. En cuanto a la transferencia negativa, no debe ser interpretada sino disuelta por medios no analíticos, ya que solo se podría trabajar con la transferencia positiva. Esto obliga al analista a realizar una labor educativa, y de preparación para el análisis, ocupando durante todo el tratamiento el lugar del Ideal del Yo infantil. Klein refirió que, al anudar el encuadre analítico con la pedagogía, Anna trastocaba uno de los

fundamentos básicos de la teoría freudiana: el análisis de la transferencia. Para ella, por el contrario, la capacidad de hacer transferencia es espontánea en el niño y ambas transferencias deben interpretarse desde el primer momento.

De estas diferencias se deriva un segundo punto: el complejo de Edipo. Para Anna, la falta de madurez del Superyó infantil impide el análisis del complejo de Edipo. Como consecuencia, el análisis solo se torna posible para niños y niñas mayores de 7 años, ya que antes de esa edad no habría formaciones reactivas, recuerdos encubridores y material inconsciente sobre el cual trabajar. En las antípodas de esta concepción, Klein postula un Edipo temprano y sostiene que, si bien el Yo de los niños no es comparable al de los adultos, el Superyó si se aproxima estrechamente al del adulto (Klein, 1926).

Por ello Klein postula una técnica lúdica que permita al niño expresar las fantasías, sentimientos, ansiedades y experiencias, para poder comprenderlas e interpretarlas, incluso las inhibiciones (Klein, 1955). A diferencia de Anna, quien señalaba que en el niño pequeño no era posible la asociación libre, para Klein, esta técnica lúdica se equipara sin ninguna modificación teórica, a la asociación libre del adulto.

En estas Grandes Controversias, no solo se disputaba el sentido, la continuidad y el futuro de la teoría psicoanalítica, sino que cada posición teórica sustentaba prácticas irreconciliables al interior del psicoanálisis. Estas, pueden ubicarse como herederas de los principios hipocráticos y galénicos mencionados con anterioridad y que se reflejan en los posicionamientos ‘internalistas’ o ‘externalistas’ explícitos en sus teorías. M. Klein, ya en sus primeros escritos y en función del análisis de niñas y niños neuróticos, va a hacer notar que “solo una parte de los perjuicios causados por la represión puede atribuirse a un ambiente nocivo u otras condiciones externas perjudiciales. Otra parte muy importante se debe a una actitud por parte del niño presente desde los más tiernos años” (1921, pp. 43-44). Aún en el bebé pequeño, el psiquismo era para Klein un sistema homeostático y complejo, que tendía a la resolución de conflictos internos de forma activa. Por el contrario, Anna (1927) manifestó un posicionamiento de tipo ‘externalista’ que sostuvo a lo largo de su obra:

los padres que hicieron enfermar al niño, y los que deben ayudarnos en su curación, siguen siendo las mismas personas, con idénticas opiniones. Sólo en el mejor de los casos, la enfermedad del niño les habrá enseñado lo suficiente como para tornarlos dispuestos a atenuar sus exigencias (p. 74).

Es decir que, para Anna, lo externo era un factor sumamente importante que influía hasta lo más profundo del psiquismo del niño. El material que aportaba el entorno era condición para que el analista tenga un saber sobre el niño, quien no podría –por sí mismo– dar cuenta de sus síntomas. Por ello, el lugar del analista suponía la intervención en el entorno (padres, madres, educadoras/es) para influir educativamente en el niño. De no ser así, esto generaría un inconveniente para el análisis. A diferencia de los principios hipocráticos que suponían un organismo activo, tendiente a la resolución de sus propios conflictos, Anna priorizaba el intervencionismo constante, en consonancia con los principios ‘galénicos’ que proponía mediante la educación.

Como es posible advertir, tanto el annafreudismo, como el kleinismo y los independientes, plantearon diferencias al interior del naciente psicoanálisis infantil, pero ninguna de estas facciones dio curso a la continuidad a la investigación de la psicopatología psicoanalítica. La muerte de Freud, las disputas teóricas de sus discípulos por fuera de la psicopatología freudiana, las controversias entre Anna y Melanie, sumadas al ascenso del nazismo⁵² y las pérdidas y migraciones ocasionadas por la segunda Guerra Mundial, debilitaron fuertemente el PIC Psa. Todo el postfreudismo enfatizó fuertemente la producción teórica en base a las estructuras que Freud había construido, sin renovar la discusión psicopatológica que éste siempre sostuvo. Por su parte, la corriente annafreudiana (egopsychology) tomó plena difusión en EEUU de la mano de Kris, Lowenstein, Erikson, Rapaport y Hartman, y algunas corrientes como el neofreudismo culturalista (Horney, Kardiner) y la Escuela de Chicago (Alexander). Otras figuras del psicoanálisis infantil como Mahler, Tustin, Bettelheim, Meltzer, Winnicott, se alinearon dentro de alguna de las fracciones de la IPA (Kleinismo, Annafreudismo o independientes), sumando en sus teorizaciones las nuevas ‘patologías de moda’.

El Yo freudiano en la dialéctica lacaniana

Diferente fue el caso francés de mediados de Siglo XX donde, con los aportes de Jacques Lacan, y su filiación al PIC fenomenológico-existencial (Argañaraz, 2012), la separación freudiana entre neurosis, psicosis y perversión se ajustó al núcleo de este programa, a partir de un giro ontológico que las apartó del órgano-dinamismo (H. Ey). De esta manera, Lacan, aferrado a las

⁵² la Sociedad Médica Alemana para la Psicoterapia incluso reemplazó la terminología psicoanalítica por palabras ‘desexualizadas’ y pre-freudianas: Edipo se cambió por familia y el término psicoanálisis pasó a ser psicología del desarrollo (Cocks 1997).

lecturas de Hegel, Heidegger, Husserl –como se verá en el Capítulo IV– ubicó a las ‘estructuras freudianas’ como estructuras ‘existenciales’ a partir de una “insondable decisión del ser”⁵³ (Lacan, 1946/2002, p. 175). Si bien Lacan sostiene la dialéctica hegeliana, asevera que a partir de Freud, no cree en la síntesis⁵⁴.

En su retorno a Freud, Lacan tomó las teorizaciones que éste realizó sobre el Yo, agregando algunas observaciones, entre las que cabe señalar dos: el estadio del Espejo y el fenómeno del transactivismo. Sobre la primera, Lacan reformuló el ‘nuevo acto psíquico’ freudiano en su artículo de 1949, titulado ‘El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica’⁵⁵. Este ‘Estadio del espejo’ consistía en que una niña o niño ubicado delante de un espejo llegaba progresivamente a distinguir la imagen de su propio cuerpo. Ubicó este fenómeno entre los 6 y 18 meses, cuando el infans aún se encontraba en un estado de impotencia e incoordinación motriz; pero, aun así, lograba anticipar imaginariamente la aprehensión y dominio de su unidad corporal (Laplanche y Pontalis, 2004).

El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrerito en ese estadio *infans*, nos parecerá por lo tanto que manifiesta [...] la matriz simbólica en la que el yo (je) se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto (Lacan, 1949/2002, p. 100. El destacado se encuentra presente en el original).

Lacan insiste en el “dinamismo *afectivo* por el que el sujeto se identifica primordialmente con la Gestalt visual de su propio cuerpo” (Lacan 1948/2002, p. 117. El destacado no se encuentra presente en el original). Es decir, el júbilo destacado por H. Wallon en esta asunción triunfal de la imagen de completud, anticipa (de forma gozosa) una unidad corporal que objetivamente le

⁵³ Ver Juranville, A. (1992) Lacan y la Filosofía (Apartado V “Las estructuras existenciales”). Bs As.: Ediciones Nueva Visión.

⁵⁴ Refiere Lacan en la Clase 19 del Seminario 5: “¿cómo puede introducirse por este intermediario la dialéctica de la vida misma? Lo que seguramente en Hegel no puede traducirse sino por una suerte de salto que él en esta ocasión denomina síntesis. La experiencia freudiana nos muestra otro camino, y muy curiosamente, muy llamativamente también, por la vía en la cual se presenta el deseo, como estando muy profundamente ligado a esta relación al otro como tal, y presentándose, sin embargo como un deseo inconsciente” (1957-1958, p. 146).

⁵⁵ La importancia de la fase del espejo para Lacan tiene relación con la prematuridad del nacimiento humano (Bolk, en Lacan, 1946/2002), demostrada objetivamente por el estado de desmielinización de las vías piramidales del neonato, y por la falta de coordinación motriz de los primeros meses.

falta por su prematuración fisiológica⁵⁶. Es por ello que para Lacan –apoyado en Hegel– el estadio del espejo constituye la matriz dialéctica de lo que será el Yo, en tanto vendrá al lugar del ‘nuevo acto psíquico’ que implica el pasaje del **autoerotismo** (y las ‘fantasías de cuerpo fragmentado’) al **narcisismo**.

Asimismo, sosteniendo las heurísticas del PIC fenomenológico, Lacan destaca otro aspecto que, entre los seis meses y los dos años y medio domina toda la dialéctica del comportamiento del niño en presencia de su semejante. Se trata del fenómeno nombrado en psiquiatría como ‘transitivismo’. El fenómeno de un transitivismo ‘normal’ se registra a esa edad temprana: el niño que pega dice haber sido pegado, el que ve caer, llora. En una ‘identificación con el otro’ el niño vive “toda la gama de las reacciones de prestancia y de ostentación, de las que sus conductas revelan con evidencia la ambivalencia estructural, esclavo identificado con el déspota, actor con el espectador, seducido con el seductor” (Lacan, 2002, pp.117-118)

Nuevamente, lo que se juega en este periodo tan temprano es, para Lacan, la constitución de un Yo ‘identificado’ y ‘diferenciado’ del otro, distinción retomada en los términos hegelianos de alienación-separación al Otro.

Las operaciones lógicas que Lacan formula en términos de alienación-separación, se sostendrán en las teorizaciones de psicoanalistas francesas contemporáneas a él, que se abocaron al trabajo con niños y niñas. Françoise Dolto, Maud Mannoni y Rosine Lefort, continuarán el legado lacaniano y centrarán la etiología de las patologías infantiles en función de estas operaciones lógicas –incluso Rosine Lefort separará al autismo como una cuarta estructura–.

De esta manera, se puede advertir que cada posicionamiento teórico al interior del psicoanálisis (ya sea con Klein, Lacan o A. Freud) presentó prácticas irreconciliables entre sí. Si bien parece obvio que no se podría esperar, en ese contexto, acuerdos en común o una agenda de problemáticas compartida, se destaca que ninguna de las teorizaciones realizó un retorno a la investigación de la psicopatología psicoanalítica freudiana. Ello colaboró, en gran medida, a que el psicoanálisis se estancara, como refiere Bercherie (1986) dejando de aportar descripciones y nuevos entes, ‘acumulando en desorden sus materiales’.

⁵⁶ Ya Lacan en un escrito anterior había destacado la experiencia de prematuración en los siguientes términos: “La muerte del hombre (...) se halla por el hombre experimentada en la fase de miseria original que el hombre vive, desde el *traumatismo del nacimiento* hasta el fin de los primeros seis meses de *prematuration fisiológica*, y que va a repercutir luego en el *traumatismo del destete*” (Lacan, 1946/2002, p. 183. El destacado se encuentra presente en el original).

Conclusiones de este capítulo

Detrás de cualquier supuesto experimento crucial, detrás de cualquier supuesta batalla entre teoría y experimento, hay una lucha oculta entre dos programas de investigación

Argañaraz, 2014, p. 95

Desde el falsacionismo sofisticado, puede leerse cómo el psicoanálisis asumió el relevo del Programa de Investigación Clínico de la psiquiatría decimonónica, ampliando la diacronía a la infancia y jerarquizando los datos que recibía por unas, al principio, ‘escuetas’ teorías.

Cuando la impotencia terapéutica de los clínicos los había deslizado cada vez más al galenismo terapéutico, Freud adopta su heurística positiva diacrónica (llevándola hasta la infancia) y la mejora aún con especificaciones teóricas, proponiendo teorías etiológicas y etiopatogénicas en términos de ‘mecanismos psíquicos’, allí donde los clínicos no tenían teorías. De esta manera, el hipocratismo del PIC clínico pasó a formar parte esencial del núcleo duro del psicoanálisis. Freud arriba a una novedosa teoría observacional que, por una parte, utiliza la expectación en lugar de la sugestión (modificando los observables) y por otra, separa contenido manifiesto y latente en la manifestación sintomática. Este cambio de referencias gestó un cambio de problemáticas en el área.

En lo que compete a la presente tesis, un punto importante de disputa entre clínicos y psicoanalistas fue la distinción terminológica entre autismo y autoerotismo, el primero elegido por Bleuler para evitar las connotaciones psicoanalíticas que cargaba el segundo, impulsado por la teoría sexual psicoanalítica. Freud incluye en su primera ampliación del concepto de sexualidad, la sexualidad polimorfa infantil (‘Tres ensayos...’). La segunda ampliación, con la ‘Introducción del Narcisismo’ implicaba integrar el ‘amor’ al concepto de ‘sexualidad’: amor a sí mismo, la amistad, la psicología del carácter y la personalidad, el delirio megalomaniaco, el fenómeno del duelo normal y patológico, la resistencia a la cura, etc. En estas modificaciones, la teoría del Yo también se fue consolidando, hasta converger, luego de 1920 en la segunda tópica ‘Yo-Ello-Superyó.

Brevemente, –como señala Argañaraz (2014)– la incorporación del elemento etiológico infantil reabsorbió de modo progresivo tanto el principio diacrónico de evolución de la enfermedad (PIC CI) como la reflexión herbartiana sobre la infancia y los resultados del PIC CI sobre patología sexual. Por otra parte, la sexualización de la teoría de las representaciones reprimidas

(Herbart), que habían sufrido ese destino por su contenido o enlace con la sexualidad, era un paso segundo en la constitución del PIC Psa y funcionaba como cordón de hipótesis auxiliares, progresivo respecto a la ausencia de hipótesis.

Las teorizaciones sobre el Yo en Freud, retomando a Griesinger y Herbart fueron significativas para el PIC Psa, tanto en la conformación del mismo (pasaje del autoerotismo al narcisismo), como en su ruptura a partir de acontecimientos traumáticos que no habían obtenido una tramitación normal y le insumían al psiquismo altos montos de energía que impedían un intercambio ‘normal’ con el entorno.

A su vez, esta conformación yoica, fue uno de los puntos nodales que retomaron luego los psicoanalistas que se destacaron por sus contribuciones al análisis de infantes: Anna Freud y Melanie Klein. Si bien ambas sostuvieron teorizaciones sobre la formación del Yo en la infancia, para Anna, un análisis no podía comenzar hasta no haber un Yo constituido (represión, síntomas, etc.), por eso recibía pacientes que tuvieran más de 7 años. Para Melanie, por el contrario, sus teorías abonaban mecanismos tempranos en la constitución psíquica desde los primeros meses de vida, por lo que el análisis debía acompañar la ‘formación del Yo’.

En cuanto al abordaje, Anna intentó sostener, para la infancia, las premisas del psicoanálisis de adultos –neuróticos– mediante técnicas educativas que prepararan al niño para acceder a éste. Klein, por su parte, inventó una técnica de análisis infantil, que permitía la exploración del psiquismo en edades tempranas, como también el tratamiento y cura de niños y niñas no neuróticas. Estas y otras consideraciones teóricas y técnicas generaron una línea divisora de aguas al interior de la IPA, reflejadas en las Grandes Controversias. No solo se disputaron la continuidad y el futuro de la teoría psicoanalítica, sino que cada posición teórica sustentaba prácticas irreconciliables al interior del psicoanálisis, en función de principios sostenidos en el hipocratismo o en el galenismo. Ni el annafreudismo ni el kleinismo sostuvieron la investigación de la psicopatología psicoanalítica freudiana, sino que proliferaron en la producción teórica en base a las nociones que Freud –un excelente descriptor– había construido, sin renovar la discusión psicopatológica que éste siempre sostuvo.

El psicoanálisis posterior a Freud, en lugar de abarcar cada vez más datos empíricos y teóricos, fue abandonando el programa freudiano y tomando elementos de otros PICs. Por ejemplo J. Lacan se filia en la fenomenología existencial, abandonando incluso el término mismo ‘clínica’ en favor de una ‘experiencia analítica’.

Si bien, como se desarrolló en el presente capítulo, el PIC Psa relevó parte del PIC CI y tuvo éxito, luego se estancó al dejar de aportar descripciones y nuevos entes, como había sucedido,

por ejemplo, con el ‘objeto transicional’ de Winnicott, sobre el cual es claro que por otro programa no se hubiera descubierto. De la misma manera, por las vías abiertas por el psicoanálisis posterior a la muerte de Freud **tampoco se podría haber llegado a la descripción del autismo infantil precoz**. Fue Leo Kanner, férreo defensor del PIC Cl estancado desde fines de S.XIX, quién a partir de sostener el núcleo duro de este PIC y heurísticas, logró revitalizarlo, arribando a un hecho nuevo: el autismo infantil precoz.

Capítulo III

UN ‘HECHO NUEVO’: EL DESCUBRIMIENTO DE LEO KANNER AL INTERIOR DEL PIC CLINICO

¿He olvidado algún cuadro clínico? -pregunta Lacan a quienes lo escuchan-. Sin duda, podríamos responder que no habría que obviar algunos descubrimientos posteriores a Clérambault: en primer lugar, el autismo de Kanner en 1943

Maleval, 2002, p. 14

Señala J-C. Maleval que “la influencia de las tesis freudianas en el discurso de la psiquiatría es reconocible a partir de 1906, cuando Kraepelin escindió por primera vez las neurosis generales en locura epiléptica y neurosis psicógenas” (1987, p. 264). Kanner (1962) agrega que, si bien el recuerdo infantil en la psiquiatría y en las novelas era algo usual en el S. XIX, fue Freud quien pudo reunir estas anamnesis para su teoría de la sexualidad infantil en 1905. “Una causa que no tenía mayor atención, se convirtió en una preocupación central” (p. 367).

En términos generales, todo el campo médico-psiquiátrico se vio influenciado por la psicopatología psicoanalítica de Freud y el psicoanálisis, fundamentalmente por dos aspectos de ésta: a) la nueva teoría observacional que separaba ‘contenido manifiesto’ de ‘contenido latente’ (reorganiza el campo observacional) y b) la enorme fecundidad demostrada por la heurística diacrónica, es decir, la investigación de la anamnesis o ‘la historia vital’ que dominará las nuevas clínicas en Psiquiatría. Por ejemplo, con estos dos elementos mencionados era posible separar un ‘delirio de *touché*’ de un paranoico de la aparente similitud con una neurosis obsesiva y su pánico al contagio y contacto.

La historiografía de Lantéri-Laura (2000) señala al período comprendido entre 1926 y 1977 como el de las ‘Estructuras psicopatológicas’ apoyando la noción misma de ‘estructura’ en la

teoría de la forma. De ello se desprende el viraje de las nosografías hacia las nosologías (nivel metasemiológico), donde el eje organizador de la clasificación no era ya el dato empírico (clínico), sino el aporte conceptual (teórico): cambiando las nociones clasificatorias se reordenaron las coordenadas del diagnóstico y tratamiento (Lantéri-Laura, 2004). La etiología y la etiopatogenia se ubicaron como el punto central para explicar el cómo y el porqué de determinada patología y así convalidar la terapéutica. Ejemplo de ello fueron las ‘demencias precoces’ devenidas en ‘la esquizofrenia (en singular)’ a partir de la impronta de los trabajos de Bleuler (1927). El concepto teórico de ‘escisión’ (Bleuler, 1911) reorganizó las demencias, desatendiendo la observación clínica, como se señaló en el capítulo anterior.

Esta forma de conceptualizar la psicopatología buscaba hallar determinados fenómenos en una entidad y remitirlos al mismo **mecanismo generador**. En el caso del PIC Psa se trató de un mecanismo psíquico. Más aún, el ordenamiento propuesto por Jacques Lacan a partir del mecanismo de la ‘forclusión del Nombre del Padre’ en la psicosis impregnó de tal manera la psiquiatría francesa, que desplazó muchas indagaciones clínicas sobre especificidades de las esquizofrenias y las paranoias que hubieran podido explicar su diverso pronóstico.

Leo Kanner fue contemporáneo a este movimiento teórico-estructural de la psiquiatría, y publicó todos sus escritos en este período (muy cercano al recorte planteado por Lantéri-Laura entre 1927-1977). Sin embargo, como se comprobará en el desarrollo de este capítulo, Kanner no fue influenciado por las ‘modas’ y los ‘debates dominantes’ de la época, tal como lo plantearía una historiografía kuhniana, sino que adhirió a los postulados y heurísticas del PIC Cl para la psiquiatría infantil, volviéndolo progresivo a partir de arribar a un ‘hecho nuevo’: el autismo infantil precoz (AIP).

Chaskel Leib Kanner y la psiquiatría infantil norteamericana

Nacido en el territorio del antiguo imperio austro-húngaro en los últimos años del siglo XIX, Chaskel Leib Kanner (1894-1981) pasó sus primeros años en Klekotow⁵⁷ y creció acorde a la tradición y costumbres judías. Dejó de lado su nombre Chaskel (versión Yiddish de Ezekiel) y cambió Leib, por Leo (Neumärker, 2003). Entre 1906 y 1924, vivió en Berlín, iniciando sus estudios universitarios en 1913. Tras una pausa impuesta por la Primera Guerra Mundial, presentó su tesis de medicina titulada ‘Estudios sobre la influencia del descanso, el sueño y el trabajo en el electrocardiograma y el cardiofonograma, con especial referencia al tiempo de

⁵⁷ En la actualidad Klekotiv, Ucrania.

conducción y al despertar'⁵⁸ y se graduó en 1920 (Druel, 2019). Al poco tiempo, empezó a trabajar en el servicio de cardiología en el Hospital de la Caridad (*Charité Hospital*) en esta ciudad. En 1924 emigró a Estados Unidos, donde ocupó una plaza en el Hospital Estatal de *Yakton County*, en Dakota del Sur (Baxter, 1985).

Médico cardiólogo y psiquiatra, Leo incursionó en diferentes campos de investigación –desde estudios antropológicos sobre etnias estadounidenses y ensayos literarios y poéticos, hasta elucubraciones psicoanalíticas sobre el folklore de los dientes como simbolismo o las alucinaciones y creaciones del inconsciente en ‘Peer Gynt’–. Trabajando en Dakota del Sur, publicó un escrito sobre las creaciones artísticas de la locura, basado en dibujos, pinturas y esculturas que realizaban sus pacientes. Luego de algunos años de servicio fue entrevistado por Adolf Meyer, y obtuvo un cargo en la Clínica Psiquiátrica Henry Phipps del Hospital Johns Hopkins en Baltimore (Maryland), en 1928.

Por el año 1930 y con el soporte económico de la Fundación Rockefeller, Meyer (director de la clínica Henry Phipps) y el profesor y pediatra Edward Park, establecieron un servicio de psiquiatría infantil en el hogar *Harriet Lane* en *Johns Hopkins*, primer servicio de este tipo en Estados Unidos. A pesar de su poca experiencia en el campo pediátrico, Kanner fue alentado por Meyer a dirigir el programa de psiquiatría infantil. Además, obtuvo en 1933 el cargo de profesor asociado en la Universidad de Johns Hopkins (Baxter, 1985).

Adolf Meyer (1866-1950), también inmigrante europeo, fue uno de los precursores de la psiquiatría dinámica, considerado una figura importante en el campo de la psiquiatría estadounidense de fines del siglo XIX. Entre sus intereses destacó la importancia de la historia de la vida de la persona para comprender su experiencia única con la enfermedad, concibiendo los desórdenes psiquiátricos como reacciones de mal adaptación, y dependientes de lo orgánico, lo psicológico y lo cultural (Belaga, 2016). Este planteo funcionalista le permitió elaborar una psicoterapia de ‘análisis de la personalidad’. Algunos de sus conceptos más conocidos son los de ‘depresión reactiva’ (en oposición a depresión endógena) e ‘higiene mental’. Meyer, quien había trabajado con Bleuler, fue tributario de que el psicoanálisis americano no se opusiera a esta tradición. El estilo poco convencional de Meyer, marcado por su pragmatismo y su facilidad para transmitir los puntos de vista de Kraepelin, Bleuler, Jung o Freud, permitieron a Kanner mantenerse en contacto con estos autores (Druel, 2019). En diferentes escritos

⁵⁸ [Untersuchungen über den Einfluss von Ruhe, Schlaf und Arbeit auf das Elektrokardiogramm und Kardiophonogramm, unter besonderer Berücksichtigung von Leitungszeit und Erregungszeit]

reconoció, por ejemplo, la originalidad de Kraepelin⁵⁹, la grandiosidad de Griesinger y los ensayos de Bleuler, de quien retomó el término ‘autismo’ (y reconoce tomar de Kraepelin la idea de ‘precocidad’).

Mientras trabajaba en Bélgica, Kanner destacó sus lecturas de Freud y Jung, como también otras sugeridas por Meyer –quien conocía personalmente el trabajo de Freud–. Kanner elogió el libro de Jung ‘Conflictos del alma infantil’ (1910) como uno de los más importantes estudios acerca de la vida íntima del niño. Presentó algunas elucubraciones psicoanalíticas en los artículos reunidos en ‘El Folklore de los dientes’ (Kanner, 1928) como también reconoció el trabajo de M. Mahler como un logrado intento de comprender la sintomatología de la psicosis infantil desde un punto de vista dinámico. Sin embargo, las teorías basadas en el inconsciente le parecían sumamente especulativas y contribuían a sus críticas sobre las terapéuticas ‘indiscriminadas’ que no tenían en cuenta el diagnóstico, sino que rápidamente se orientaban a analizar niños, niñas y especialmente madres.

Por otra parte, la prédica psico-biológica y la posición política de Meyer, fueron favorables para que psicoanalistas que migraban a Estados Unidos huyendo de la Europa nazi tuvieran un medio cultural apto para difundir sus ideas (Belaga, 2016). No solo Meyer mantuvo una posición socialmente activa de ayuda al padecimiento mental, sino que, mientras en Europa se levantaba la Segunda Guerra Mundial, tanto Meyer, como Kanner y su esposa June Lewin, recibieron a muchos refugiados y refugiadas que huían del nazismo, especialmente de origen judío. La autobiografía inédita de Kanner –*Freedom from within* (1977)–, muestra cómo, personalmente, ayudaron a llegar a E.E.U.U –incluso hospedaron– a cientos de inmigrantes, mas aun a quienes provenían de Austria y Alemania (Feinstein, 2010). Eisenberg (1994) agrega que también comprometió sus recursos personales al aceptar ser financieramente responsable de las ciento de personas que rescató del Holocausto, y ese mismo coraje lo llevó a recaudar fondos para el gobierno republicano español en la lucha contra Franco. Así se ganó la etiqueta de ‘antifascista prematuro’ en la era McCarthy. “Por su posición de principios, fue incluido en la lista negra de las secciones de estudio del NIMH. A la psiquiatría académica le fue peor por ello”⁶⁰ (Eisenberg, 1994, p. 751).

⁵⁹ Véase Kanner (1928) *The adrenalin blood pressure curves in dementia praecox and the emotional psychoses*.

⁶⁰ [For his principled stand, he was blacklisted from NIMH study sections. Academic psychiatry was the worst for it].

Organizar y persuadir: la alianza pediátrico-psiquiátrica

Child psychiatry is the pediatrics of psychiatry.

Kanner, 1962, p. 371

Como ocurrió con la psiquiatría del adulto (Huertas, 2002), la naciente psiquiatría infantil debió primero organizarse y luego persuadir a otros ámbitos (jurídico, educativo, al público en general y, especialmente, a la profesión médica), de la solvencia científica y la utilidad social de esta nueva área para la medicina. Así se fundó un departamento al interior de Harriet Lane en Johns Hopkins, se conformaron equipos de trabajo, se realizaron diferentes vinculaciones con órganos de gobierno y programas políticos gubernamentales y se difundieron tanto publicaciones científicas como un manual pionero en la temática.

Kanner asumió que uno de los problemas más grandes a sortear era el reconocimiento de la paidopsiquiatría por parte de otra especialidad médica que hasta ese entonces se ubicaba como única garante de la infancia: la pediatría. Como señala Laín Entralgo (1978), la ‘especialización’ –tal como conocemos actualmente– de las ramas de la medicina se produce en el siglo XIX, pero tanto la pediatría como la psiquiatría hunden sus raíces en el afinamiento de la observación clínica sydenhamiano. Sin embargo, la psiquiatría infantil, como nuevo campo que reunía aspectos de ambas, requería una ardua labor de ir horadando el campo de ‘cuidados’ reservado a pediatras, para abordarlo mediante la psicopatología psiquiátrica. Ya Kanner había publicado algunos escritos señalando la importancia de trabajar en conjunto con ‘quienes conocen de cerca a niños y niñas’ en sus artículos ‘*Supplying the psychiatric needs of a pediatric clinic*’ (1932), ‘*The significance of the complaint factor in child psychiatry*’ (1932b), ‘*Work with psychobiological children’s personality difficulties*’ (1933), ‘*Liaison work in psychiatry in the department of pediatrics*’ (1935), ‘*The contribution of a psychiatrist as a member of the pediatric hospital staff*’ (1935b) y otros. Sin embargo, no fue hasta la publicación del primer ‘Manual de Psiquiatría Infantil’ [*Child Psychiatry*] en 1935⁶¹, donde se hizo visible este reconocimiento, de la mano del pediatra Edward Park. Los factores de edad, socialización,

⁶¹ Si bien para el presente escrito se utiliza la cuarta edición al manual en su versión castellana (1976), se reseña la fecha de primera publicación (1935), en tanto fue significativa para aquel momento y contexto. Cabe destacar que es recién a partir de la segunda edición (1948) que se incluye en el mismo al autismo infantil precoz en tanto entidad clínica.

condición física, inteligencia, personalidad, relaciones con progenitores, médico/a o profesor/a, así como el entorno, se consideraban fundamentales para luego poder hacer un diagnóstico y abordaje de niñas y niños.

El manual no solo tuvo gran difusión en la época, sino que, por más de veinte años fue el único manual considerado de referencia en el área (Druel, 2019; Pavel, 2015). Kanner allí retomó los trabajos de Itard, Seguin, Down, Gilles de la Tourette, Heller, De Sanctis⁶², Mahler, entre otros. Ya en el prólogo a la primera edición, Park destacaba que el libro estaba dirigido esencialmente al médico pediatra, el único ‘observador capacitado’ en el campo de batalla para abordar los desórdenes conductuales, de personalidad y del desarrollo en niñas y niños (Park, en Kanner 1976 [1935]). En el ‘*Yale Journal of Biology and Medicine*’, Rademacher reseña el manual de Kanner señalando:

Este libro hará un gran aporte para armonizar impresiones y puntos de vista del pediatra y el psiquiatra y debería señalar el camino hacia una asociación nueva y más cercana de estos dos grupos que conducirá a una comprensión aún mayor de nuestras necesidades humanas (Rademacher, 1976 [1935], p. 664)⁶³.

Artículos de Kanner publicados con posterioridad, como ‘*The development and present status of psychiatry in pediatrics*’ (1937), ‘*The application of psychiatry to general medicine*’ (1937b), ‘*Problem children growing up*’ (1937c), ‘*Some pediatric problems of behaviour in infancy and early childhood*’ (1938) y ‘*The Paediatric–Psychiatric Alliance*’ (1938), por citar algunos, dan cuenta de la importancia de continuar avalando, organizando y demarcando el naciente campo paidopsiquiátrico, como también afianzar el vínculo con quienes ejercían la pediatría.

En cuanto al contexto social, Kanner visibilizó el nombre de la psiquiatría infantil al escribir y llevar adelante solicitudes y *habeas corpus*⁶⁴ bregando por la ampliación de derechos para niños y niñas con diferentes patologías.

Sin embargo, no era ajeno a otros escritos y ensayos sobre la incursión del campo ‘psi’ en la infancia, que hacía tiempo circulaban a lo largo del país (tales como los de Freud, Watson,

⁶² Las esquizofrenias infantiles –que reagruparon el síndrome de Heller y la demencia precocísima de De Sanctis, a pesar de que para Kanner deberían distinguirse– ocuparon un capítulo completo en el Manual.

⁶³ [This book will do a great deal to harmonize the feelings and viewpoints of the pediatrician and the psychiatrist and should point the way to a new and closer association of these two groups which will lead to an even greater understanding of our human needs]

⁶⁴ Kanner escribió solicitudes y *habeas corpus* defendiendo los derechos de débiles mentales (por ejemplo, en 1938 publica *Habeas Corpus releases of feeble-minded and their consequences*) en un momento en que la mayoría de los y las psiquiatras les excluían del ámbito de sus clínicas (Baxter, 1985).

Binet, Gesell, A. Freud, Horney, Spitz, Spock, Harlow, etc.). En su escrito '*A history of the care and study of the mentally retarded*' (1964) Kanner hace una breve historización sobre los cuidados y tratamientos que durante siglos se había dado a niños y niñas con retraso mental. Hacia el final, recupera los avances que hubo en este campo durante el S. XX, especialmente la incorporación de instituciones que brindaban atención y cuidado: el movimiento de la '*Heilpädagogik*' en Europa y la incorporación de las '*Child guidance Clinics*' en Estados Unidos en 1922, las cuales reunían atención psicológica, psiquiátrica y trabajo social.

La importancia de las '*Child guidance Clinics*' para Kanner radicaba en que coincidían con el inicio de espacios creados 'para' niñas y niños. Hasta ese entonces, los abordajes psicoanalíticos que impregnaban el campo 'psi' infantil se habían centrado solo en las fuerzas internas centrífugas. Por el contrario, estas clínicas habían incorporado la mirada del entorno, es decir, las influencias 'centrípetas', ya que su finalidad se orientaba a "sanar actitudes nocivas de padres y docentes" (Kanner, 1962, p. 369)⁶⁵. Refiere Kanner que, aunque algunas personas habían sido atendidas por psicoanalistas y por el Movimiento de la '*Heilpädagogik*' centroeuropea (a la que pertenecía Heller o Asperger, por ejemplo), la psicoterapia con niños y niñas, como una ocupación sistemática, no habría comenzado hasta finales de 1920 y principios de la década de 1930. Reconoce a Anna Freud y su técnica de juego como la inauguración de un medio para ayudar a pacientes jóvenes a trabajar sobre sus sentimientos más profundos.

Todo este movimiento en torno a la organización y gestión del campo 'psi' infantil dio pie al Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil, que marcó un hito en la consolidación de la disciplina⁶⁶. De la mano de este movimiento y más aun, de este Congreso, se decidió cambiar el nombre de la sección 'Deficiencia Mental' en la Sociedad Americana de Psiquiatría, por el de 'Psiquiatría infantil', junto con la creación de una revista especializada en el área, la revista *Nervous Child*.

⁶⁵ [Trying to improve noxious attitudes of parents and teachers]

⁶⁶ Si bien Kanner reconoce trabajos anteriores dedicados al abordaje mental de la medicina en la infancia (Esquirol, Maudsley, Clevenger, Emminghaus, Moreau de Tours, Manheimer, Ireland, De Sactis, Heller, entre otros y otras), estos estudios no habían sido nunca antes reunidos en occidente bajo una misma especialidad, que ahora, gracias a la sugerencia de Tramer, se nombraba 'Psiquiatría infantil' (Kanner, 1971)

Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil (París, 1937)

The field acquired an identity through international congresses, with the first one held in Paris in 1937, and the first journal of child psychiatry, started by Tramer in 1934⁶⁷.

Vicedo e Ilerbaig, 2020, p. 6

Kanner no solo estableció una profunda vinculación con psiquiatras clínicos que lo precedieron, sino también se referenció en sus contemporáneos. Por ejemplo, recuperó la noción de demencia ‘kraepelineana’ que Sante De Sanctis aplicó a la infancia. Incluso acordaba con Kraepelin (1913), en cuanto a que los enfermos de Theodor Heller debían considerarse como dementes precoces. Como se señaló con anterioridad, en el primer cuarto del siglo XX, las demencias precoces se habían convertido en esquizofrenia a partir del reordenamiento teórico de Bleuler. Por ello no había sido difícil asimilar la esquizofrenia infantil con los rasgos del síndrome de Heller: estereotipias, impulsividad, manifestaciones catatónicas. Sin embargo, las demencias se diferenciaban de la esquizofrenia en cuanto a su forma de inicio (período prodrómico de 2 años de aparente normalidad) y luego un rápido deterioro⁶⁸, lo cual era notable en la precocidad de las perturbaciones del lenguaje. Además de las distinciones de las demencias y la esquizofrenia, había otras discusiones presentes en la época.

Uno de los investigadores sobresalientes de la literatura psiquiátrica infantil con quien Kanner se encontraba trabajando fue Howard Potter. Este (1933) investigaba sobre un tipo de esquizofrenia infantil en niños ‘rotulados como idiotas’ y destacaba como características sus condiciones familiares (Feinstein, 2010). Además, insistía en la noción dinámica de **regresión**, señalando la posible psicogénesis de la misma. Por su parte, Louise Despert, también colega de Kanner, había realizado el seguimiento de 29 casos de esquizofrenia infantil en el Instituto Psiquiátrico de Nueva York entre 1930 y 1937. Allí delimitó diferentes variedades sintomáticas, en particular, las esquizofrenias infantiles de comienzo insidioso, en las cuales los trastornos del lenguaje eran precoces y testimoniaban un desconocimiento, por parte del niño, de sus

⁶⁷ [El campo adquirió identidad a través de congresos internacionales, con el primero celebrado en París en 1937, y la primera revista de psiquiatría infantil, iniciada por Tramer en 1934]

⁶⁸ En autopsias cerebrales, se corroboró la degeneración de amplias zonas de las células ganglionares (Kanner, 1948).

fronteras con el mundo (Postel y Quetel, 2000). En todos los cuadros destacó el aspecto **regresivo** del comportamiento: ansiedad masiva con accesos de cólera, masturbaciones desenfundadas, comportamientos agresivos e impulsivos, resistencia a la instauración de situaciones o relaciones nuevas, mantenimiento de un lazo tiránico con la madre o con una persona privilegiada, pero un lazo tanto más totalitario cuanto que se transforma y se deshace poco a poco en la disociación.

En la misma época, y en simetría con el aspecto demencial de la esquizofrenia, una psiquiatra infantil rusa, Grunya Ssucharewa (Груня Сухарева, 1891-1981), era leída en la comunidad europea por sus artículos traducidos al alemán, especialmente *Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter*. Grunya se interesó por las formas caracterológicas de lo que llamó en 1925 *schizoid (eccentric) psychopathy* y luego reemplazó por *autistic (pathological avoidant) psychopathy* –con o sin repercusión intelectual–, acompañadas por patologías del carácter, perturbaciones de la afectividad y de la modulación de los sentimientos y de las emociones (Postel y Quetel, 2000). Grunya fue una referente para Kanner –de quien tomó diversos aportes para la elaboración de su cuadro clínico–, como también para el pediatra austríaco Hans Asperger. Este pediatra, conocido por sus escritos sobre la ‘psicopatía autista’ (1944)⁶⁹, sostuvo la caracterización de la ‘psicopatía’ en tanto ‘anomalía de la personalidad’ (Wing, 1981).

Fueron muchas las discusiones que se abrieron paso en el ‘Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil’ celebrado en París en 1937. Hasta ese momento, las descripciones infantiles oscilaban entre el polo demencial (que hacía foco en la inflexión de la curva de desarrollo) y el polo esquizofrénico (que hacía foco en la construcción activa del proceso patológico). El congreso no solo acompañó a la consolidación de esta especialidad médica, sino que permitió el avance y reformulación de discusiones teóricas y clínicas.

Participaron en el congreso Margaret Mahler, pediatra y psicoanalista, y Lauretta Bender, psiquiatra –conocida por la creación del Test gestáltico viso-motor–; ambas discípulas de Kanner y colaboradoras en la conformación del campo paidopsiquiátrico estadounidense. Su posterior reconocimiento se debe a que se ocuparon de resumir –desde 1942– todos los ejes de comprensión del proceso esquizofrénico en el niño (Postel y Quetel, 2000).

Un hito importante de ese encuentro fue la presentación de Lutz, quien trazó límites más precisos para la esquizofrenia infantil frente a las evoluciones ‘esquizofreniformes’, en particular epilépticas. Louise Despert, presentó su concepción de esquizofrenia infantil en

⁶⁹ Véase *ut supra* su lectura del concepto de introversión de Jung y su relación con la psicopatía autista.

términos de una enfermedad procesual en la cual la pérdida de contacto con la realidad coincidía con –o era determinada por– la aparición de ‘pensamiento autístico’, acompañada por fenómenos específicos de **regresión** y disociación. Destacó que no se hallaba retraimiento en sus contactos sociales y humanos (Belaga, 2016). A su vez, otorgó una importancia decisiva a la disociación afectiva y, como manifestación primordial, a la disociación entre el lenguaje como signo y el lenguaje como función.

Es de destacar el nivel de matices y descripciones sutiles que se manifestaban en estos debates y propuestas, en comparación con lo que se abordará en los próximos capítulos sobre el aplanamiento descriptivo y analítico que sufrió la semiología en las décadas posteriores, ‘resolviendo’ la discusión al ubicar todos estos casos en una misma categoría de ‘espectro’.

Sin embargo, las propuestas y discusiones gestadas para la época tuvieron una fuerte impronta en Kanner quien, hacía algunos años, venía dedicando su mayor atención a la observación de un grupo de niños y niñas que se diferenciaban en muchos aspectos de la esquizofrenia infantil, la demencia y el retraso mental.

Perturbaciones autistas del contacto afectivo. Notas preliminares.

One cannot get away from the need for semantic clarification
and for a historical and ideological review of the meaning
attached to all that is involved when a term is used⁷⁰.

Kanner, 1965, p. 414

En el artículo titulado *Autistic disturbance of affective contact*, publicado en 1943 en la revista *Nervous Child*, Leo Kanner describe y delimita un nuevo cuadro clínico: las ‘Perturbaciones autistas del contacto afectivo’. Esta publicación fue clave para dar inicio a un nuevo capítulo de la psiquiatría infantil, ya que, a partir de sus investigaciones clínicas halla un ‘hecho nuevo’ (Fleck).

Nótese que el título del artículo señala ‘perturbaciones’ (*disturbances*) y no ‘trastornos’ (*disorders*), al mismo tiempo que no se trata de ‘autismo’ como sustantivo – ontológicamente

⁷⁰ [No puede una sustraerse a la necesidad de una clarificación semántica y de una revisión histórica e ideológica del significado que se le da a todo lo que está involucrado cuando se usa un término]

‘el autismo’—, sino del adjetivo ‘autista’ (en el cuerpo del artículo también ‘autístico’), que acompañan el contacto afectivo. Recién un año más tarde, en 1944, Kanner publica otro artículo donde renombra el cuadro como ‘autismo infantil precoz’.

Por ello, un problema central para la presente tesis fue la identificación de la terminología utilizada por Kanner, especialmente en el artículo ‘príncipeps’ de su propuesta clínica, redactado originalmente en lengua inglesa. La tradición anglosajona —incluso Kanner lo muestra en sus escritos—, diferencia los términos ‘*disturbance*’ y ‘*disorder*’ de forma clara. Sin embargo, en las traducciones al español más comúnmente difundidas, esto no es tenido en cuenta. Una de las traducciones más utilizadas en la bibliografía consultada es la de Teresa Sanz Vicario titulada ‘Trastornos autistas de contacto afectivo’, texto utilizado por autores renombrados en el estudio del autismo como Ángel Rivière o Juan Martos. En esta traducción, *disturbances* se traduce por ‘trastorno’, lo cual contrasta con Kanner, quien no se refiere al autismo como ‘*disorder*’, por lo que tomar ambos términos por ‘trastorno’ no solo sería un error, sino también un anacronismo que podría sesgar la lectura del documento.

Además, *disorder* y *disturbances* pertenecen a filiaciones teóricas y epistémicas diferentes, más aún en la actualidad. Puede verse esto reflejado en las teorías que luego se abordan en la presente tesis, por ejemplo, Bruno Bettelheim, en su traducción al español, utiliza la más de las veces el término ‘perturbaciones’, de la misma manera que lo hacen Tustin y Mahler. Los psicoanalistas lacanianos (Mannoni, Lefort) lejos de ubicarse en la rúbrica de los trastornos, optan por términos teóricos como ‘posición subjetiva’, ‘psicosis infantil’, etc., mientras que el cognitivismo (véase Rivière y Martos, 2007; Rivière, 2010) utiliza la más de las veces el término ‘trastorno’, independientemente de la distinción clínica entre síndrome, síntoma y enfermedad. Los manuales de Clasificación Internacional que actualmente dominan el ámbito ‘psi’ no fueron ajenos a esta problemática⁷¹.

Reconociendo esta dificultad y para no conducir a una lectura errónea del artículo príncipeps de Kanner (1943), se optó por la elaboración de una traducción propia (revisada y comentada), que

⁷¹ Como se verá en el Capítulo IV, las discusiones terminológicas también fueron introducidas en los Manuales Estadísticos Internacionales de Clasificación en forma progresiva, más aún con la impronta del cognitivismo a partir de las últimas décadas del S.XX: por ejemplo, en el DSM II (1968), aún se encuentra presente con frecuencia el término ‘*disturbances*’, incluso en algunas nomenclaturas (pocas) y coexiste con ‘*disord*’. En el DSM III (1980), el uso que se hace de ‘*disturbances*’ se asemeja al de perturbación, diferenciándolo fuertemente del uso de ‘*disorder*’ (por ejemplo, *Mental Disorders*, *Somatoform Disorders*, *Substance Use Disorders*, *Personality Disorders*, *Schizophrenic Disorders*, *Psychosexual Disorders*, *Affective Disorders*, *Adjustment Disorder*, *Schizophreniform Disorder*, *Anxiety Disorders*). En los DSM IV y 5, ya no es posible hallar el término ‘*disturbances*’, todo se incluye en la rúbrica ‘trastornos’.

se anexa a la presente tesis⁷². Para ello se tomó la referencia de Germán Berrios (2004) –catedrático de la escuela de Cambridge– quien propone un minucioso estudio histórico de los términos y conceptos involucrados en la definición de los ‘síntomas’ y sus ‘clústers’. Berrios menciona que al estar la historia de la psiquiatría y la psicología atravesada por diferentes ‘epistemes’ (como él organiza las formas de los saberes psiquiátricos), es importante poder estimar cuánto del significado inicial retienen determinados síntomas-descripciones cuando son transferidos de una ‘episteme’ histórica a otra; para el caso de la presente tesis, de un PIC a otro.

Esta decisión terminológica no se opone a la concepción de Kanner, quien ya desde sus primeras publicaciones se ocupó pormenorizadamente de recuperar, para las enfermedades, su contexto de producción histórico, cultural y social (ejemplo de ello es el estudio de la sífilis en los nativos norteamericanos, el uso de los dientes por fuera de la cavidad bucal en diferentes culturas o el folklore de los dientes)⁷³. Kanner (1930) destacó también la importancia de los términos utilizados en determinado folklore médico, prestando especial atención a la etimología y filología de expresiones y vocabulario utilizado por la medicina.

La descripción de Kanner

Donald, un niño de cinco años de aspecto saludable, entró en la biblioteca buscando los bloques del alfabeto que tenía la Dra. Eugenia Cameron. Luego, se sentó en el suelo, totalmente absorto en hacer girar los bloques, ajeno a cualquier cosa a su alrededor. Cuando Cameron trató de llamar su atención quitándole sus juguetes, él saltó y pidió: ‘Te doy un bloque, te doy un bloque. Dr. Cameron, dele un bloque’ (Henry

Fig. 1. Donald T.



Nota. Adaptado de *Los once de Kanner*. En A. Bernardo (2015), *Hipertextual*. Consultado el 18 de febrero de 2023.

⁷² Véase en los anexos el texto: Kanner, L. (2021). *Perturbaciones autistas del contacto afectivo*. Traducción comentada por M. Eugenia Bellone Cecchin del artículo Kanner, L (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Rev. Nervous Child* N° 2, pp. 217-250 (Inédito).

⁷³ Véase: Kanner, L. (1926) *General paralysis among the north American Indians. A contribution to racial psychiatry*, como también Kanner, L. (1924) *Die Verwendung der Zähne außerhalb der Mundhöhle bei den verschiedenen Völkern* y Kanner, L. (1928) *Folklore of the teeth*.

Phipps Psychiatric Clinic, 1938, en Vicedo e Ilerbaig, 2020, p. 1)⁷⁴.

Si bien en diferentes partes del mundo, psiquiatras habían descripto niños como Donald bajo los términos de ‘autismo’ o ‘autista’ entre 1920 y 1930 (Ssucharewa, Grebélkskaia-Albatz, Potter, Lutz, Frankl⁷⁵), éstas/os adoptaban el término de Bleuler para describir aspectos relacionados con la esquizofrenia.

En 1941, Kanner presentó a sus colegas un escrito titulado ‘*Autistic disturbances of affective contact in small children*’, reparando en un pequeño grupo (describe dos niños y dos niñas más) con las características de Donald. Kanner, conociendo muy bien la literatura existente sobre esquizofrenia, señaló que esta forma psicopatológica no había sido descripta con anterioridad (Henry Phipps Psychiatric Clinic, 1938, en Vicedo e Ilerbaig, 2020). En 1943, luego de haber reunido una mayor cantidad de historiales, presentó el escrito sobre ‘Perturbaciones autistas del contacto afectivo’.

Allí Kanner (1943/2021) describe, de forma detallada, los historiales de 11 niños y niñas que mostraban una serie de características comunes esenciales y “conforman un único «síndrome», no referido hasta el momento” (p. 25), a pesar de presentar diferencias en el grado de perturbación y en la manifestación de rasgos específicos. Aquí ‘específico’ es tomado en el sentido de designar “una patología definitivamente diferente” (Kanner, 1965, p. 414).

Los observables que pone de relieve Kanner en las pormenorizadas descripciones de cada historial, subrayan aspectos vinculados al contacto afectivo, al lenguaje y a la invariabilidad. Se abordan a continuación estos tres elementos, a partir de fragmentos del artículo:

⁷⁴ [Donald, a healthy looking five-year-old boy, made his way into the library in pursuit of the alphabet blocks that Dr. Eugenia Cameron was holding. Then, he sat on the floor, fully absorbed in spinning the blocks, oblivious to anything around him. When Cameron tried to get his attention by taking away his toys, he jumped up and demanded: “Give you a blocks, give you a blocks. Dr. Cameron, give you a blocks”]

⁷⁵ Si bien algunos investigadores sugirieron que Kanner tomó ideas de H. Asperger vía G. Frankl, la documentación reunida por M. Vicedo y cols. (2020), demuestra que ni Frankl ni Asperger fueron los primeros en hablar o utilizar los términos ‘autismo’ o ‘autista’, ya que entre 1920 y 1930 se pueden hablar diversos trabajos que mencionan tanto el ‘autismo’ como el ‘contacto afectivo’. La autora refuta la posibilidad de que Frankl haya sido el ‘intermediario’ de las ideas de Asperger, llevándolas de Viena a Baltimore, luego adoptadas por Kanner. Además, Kanner reconoce en 1943 el trabajo de Frankl, como también señala la importancia de las observaciones de la Dra. Eugenia Cameron, Dra. Esther L. Richard y Dra. Hilde Bruch.

1. Afecto

Kanner refiere:

Debemos, por tanto, asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo usual, biológicamente proporcionado, con las personas, de la misma forma en que otros niños vienen al mundo con deficiencias intelectuales o físicas innatas. (...) Un estudio más profundo de nuestros niños puede ayudar a proporcionar unos criterios más concretos relativos a las todavía difusas nociones sobre los componentes constitucionales de la reacción [reactivity] emocional. Por el momento parece que tenemos ejemplos puros de *perturbaciones autistas innatas del contacto afectivo* (Kanner, 1943/2021, p. xxxiv. Las itálicas están presentes en el original).

Previo a concluir en las perturbaciones autistas del contacto afectivo, Kanner describe la vinculación de estos niños y niñas con las personas, con los objetos y con otros factores externos a ellos (ruidos, alimentos, cambios en el entorno).

En cuanto a la relación con las personas, destaca que los niños buscaban constantemente estar en soledad. Refiere Kanner (1943) en sus observaciones que, al entrar en el consultorio, todos se dirigían inmediatamente hacia los bloques, juguetes u otros objetos, sin prestar la más mínima atención a las personas presentes allí, aunque eran conscientes de su presencia. Cuando alguien se dirigía al niño verbalmente, elegía entre, no responder nada, o bien, si se le repetía una pregunta con demasiada insistencia, buscaba ‘sacársela de encima’ y continuar con lo que estuviera haciendo. Si los adultos no intentaban entrar en el entorno de dominio del niño, a veces, tocaba suavemente una mano o una rodilla, pero nunca miraba a nadie a la cara. Si un adulto sacaba un bloque o un objeto que el niño necesitaba, este peleaba y se enojaba con la mano o con el pie, a los que trataba como algo independiente y no como partes de una persona. Al recuperar el objeto su humor cambiaba bruscamente hacia la placidez. Cuando lo pinchaban, mostraba miedo al alfiler, pero no a la persona que lo había pinchado.

La relación con los miembros de la familia o con otros niños no difería de las que tenían con las personas en el consultorio. Al igual que en Donald, las idas y venidas, incluso de la madre, no parecían notarse. Después de muchas explosiones de frustración, gradualmente podían aprender a participar, obedecer ciertas órdenes, cumplir con la rutina diaria, pero siempre insistían estrictamente en que se mantuvieran sus rituales. Cuando estaban con otros niños no jugaban con ellos, sino que, jugaban solos mientras estos estaban a su alrededor. Al mismo

tiempo, rápidamente se familiarizaban con los nombres de todos los niños del grupo. Parecía existir una relación mucho mejor con las fotografías de las personas que con ellas mismas.

Manténían muy buena relación con los objetos, ya que éstos no cambiaban su apariencia y posición (invariabilidad) y nunca amenazaban con perturbar la soledad del niño. Un niño podía encariñarse mucho con ellos o enojarse si, en alguna ocasión, no conseguía encajarlos en un determinado espacio. Cuando jugaban con objetos tenían una gratificante sensación de absoluto poder y control. Los niños sentían y ejercían el mismo poder sobre sus propios cuerpos, balanceándose y haciendo otros movimientos rítmicos. Estas acciones y la excitación que las acompañaba indicaban, para Kanner, la presencia de una ‘gratificación orgástica masturbatoria’.

Por otra parte, el autor describe algunas situaciones sentidas como intrusiones para el niño. La comida era la intrusión más temprana que llegaba desde el exterior. Gesell ya había presentado su libro sobre comportamientos alimentarios en los infantes, señalando, entre otros aspectos, el interjuego niño-adulto en conexión con la comida (Kanner, 1938). De la misma manera, Kanner no deja de vincular el alimento con el vínculo afectivo:

David Levy observó que los niños con hambre de afecto, cuando se les lleva a hogares de acogida, donde son bien tratados, al principio piden excesivas cantidades de comida. Hilde Bruch, en sus estudios sobre niños obesos, descubrió que la sobrealimentación muchas veces se producía cuando la afectividad de los padres era insuficiente, o se consideraba insatisfactoria. Nuestros pacientes, a la inversa, deseosos de mantener alejado el mundo exterior, indicaban esto rehusando la comida, aunque después de una lucha sin éxito, se rendían y, de un momento para el otro, empezaban a comer de forma satisfactoria” (Kanner, 1943/2021, p. xxx).

Otra intrusión procedía de los ruidos fuertes y de los objetos que se movían, ante los que reaccionaban con horror. Lo perturbador de los mismos se debía a que estorbaban la soledad del niño. Este, por su parte, podía, alegremente, hacer un ruido tan grande como al que le tenía miedo, y mover objetos según lo que desee, sin que esto le resultara perturbador.

2.Lenguaje

Gran parte del artículo está destinado a la descripción del lenguaje. Señala Kanner (1943) que

ocho de los once niños adquirieron la habilidad de hablar o a la edad habitual o con alguna demora. Tres han permanecido «mudos» hasta ahora. En ninguno de los ocho niños que «hablan», el lenguaje ha servido por unos años para transmitir significados a otras personas. Podían, efectuar una articulación y una fonación claras. El nombrar objetos no presentaba ninguna dificultad; incluso aprendían y retenían palabras largas y poco usuales con una considerable facilidad (1943/2021, p. 26)

Para estos niños y niñas, el sentido de una palabra era inflexible y sólo podía ser utilizado con la connotación originariamente adquirida. Existía una frase establecida, no-modificable, para cada ocasión específica.

La memoria (especialmente la memoria semántica) de los niños era fenomenal. Tal como sucedía con las palabras oídas o las situaciones vividas, cada primera experiencia se imprimía y se repetía tal como la escena en la cual se había producido. Utilizaban el lenguaje en forma de reproducción, cual ejercicio de memoria autosuficiente, semántica y conversacionalmente sin valor o muy distorsionado. “El «lenguaje» consistía principalmente en «nombrar», sustantivos identificando objetos, adjetivos indicando colores y números que no indicaban nada específico” (Kanner, 1943/2021, p. 27).

Casi todos los padres informaron que sus niños habían aprendido a repetir tempranamente un número extraordinario de rimas, listas botánicas o zoológicas, salmos, números e incluso canciones de cuna en un idioma extranjero; aunque demoraron mucho tiempo para unir palabras. Cuando lograban formar frases eran, durante mucho tiempo, repeticiones de palabras oídas, sin elaborar la intencionalidad o el afecto que mediante la palabra se les dirigía. A veces, eran repetidas inmediatamente, y otras ‘almacenadas’ por el niño y emitidas más tarde –ecolalia diferida o retardada– (Kanner, 1976 [1935]).

Era difícil saber con certeza si el aprovechamiento por parte de los padres de la extraordinaria retentiva de estos niños para aprender salmos o textos de memoria había contribuido o no al curso de la condición psicopatológica; sin embargo, era también difícil imaginar que esto no hubiera afectado profundamente al desarrollo del lenguaje como una herramienta para recibir o impartir mensajes significativos (Kanner, 2021/1943).

En cuanto a la función comunicativa del habla, consideró Kanner que no había diferencias entre los ocho niños que hablaban y los tres que no.

El hecho de que los niños y las niñas repitieran cosas que escuchaban no significaba que prestaban atención cuando se les hablaba. A menudo, se necesitaban numerosas reiteraciones de preguntas u órdenes antes de que respondieran (aún de forma ecológica).

«Sí» era un concepto que los niños tardaban años en adquirir, incapaces de usarlo como símbolo general de asentimiento. La afirmación se indicaba mediante la repetición literal de una pregunta. El mismo tipo de literalidad existía también respecto a las preposiciones. El significado de una palabra se hacía inflexible y no podía utilizarse con ninguna otra connotación que la adquirida originalmente.

Si bien Kanner destacaba que no había dificultad con los plurales y los tiempos verbales, existía en todos los niños y niñas un fenómeno gramatical peculiar: los pronombres personales se repetían tal como se habían escuchado la primera vez, sin ninguna modificación para ajustarse al cambio de situación. Por otra parte, no retenían solo las palabras, sino también la entonación. Si la expresión original de la madre se había hecho en forma de pregunta, se reproducía con la forma gramatical y la inflexión de una pregunta.

Era importante para Kanner, realizar diagnósticos diferenciales con otras patologías del lenguaje. Al menos siete de los once niños y niñas habían tenido un primer diagnóstico de sordera o dificultades para oír, que luego se descartaron. En cuanto al ‘mutismo’ rechazó la hipótesis de afasias sensoriales o motoras, ya que estos mismos niños, en ocasiones puntuales se les escuchó decir: “¡saca eso de mi boca!” o “¡quiero volver a casa!”, para luego volver a sumirse en el mutismo por mucho tiempo.

A Richard, su cuidadora lo escuchó decir una vez, casualmente, «buenas noches» de manera clara. El justificado escepticismo sobre esta observación se disipó más tarde, al ver en el consultorio a este niño «mudo» gesticulando con la boca para repetir silenciosamente palabras, cuando se le pidió que dijera ciertas cosas. A la «muda» Virginia -como insistían sus compañeros del albergue- se le escuchó decir repetidamente «chocolate»; «Marshmallow»; «Mamá»; «bebé» (Kanner, 1943/2021, p. xxix).

De esta manera, concluyó Kanner que la falta de respuesta se apoyaba en la necesidad de no ser molestado, ya que todo lo que llegaba del exterior o cambiaba su ambiente representaba una terrible intrusión.

3. Invariabilidad

Kanner encontró como denominador común a estas descripciones, un deseo ansiosamente obsesivo por mantener la invariabilidad, no sólo en los términos de una petición, sino también en la secuencia de los acontecimientos. Cualquier actividad tenía que completarse de principio a fin, de la manera en que había empezado originalmente. Una situación, una actuación, una oración, no se consideraba completa si no estaba construida con exactamente los mismos elementos presentes en el momento en que el niño se había enfrentado con ella por primera vez. Los cambios de rutina, de disposición del mobiliario, de los patrones, del orden en que se realizaban los actos de cada día, podían llevarlo a la desesperación.

Varios de estos niños se alteraban mucho cuando veían cualquier objeto roto o incompleto, ya que parecían ser incapaces de experimentar un todo, sin tener en cuenta las partes constituyentes. Las personas, al igual que los objetos, tenían que mantenerse ‘completos’. Una cicatriz visible o una verruga evocaba comentarios instantáneos (Kanner, 1951). El temor al cambio y a lo incompleto parecía ser el factor principal en la explicación de la repetitividad monótona, y en la resultante limitación en la variedad de las actividades espontáneas.

La invariabilidad afectaba, como se mencionó anteriormente, a la repetición de palabras u oraciones, a las situaciones y relaciones con las personas y también a los objetos que debían permanecer iguales y hacer los mismos circuitos cada vez.

4. Otros elementos de la descripción

En cuanto al estado de salud, físicamente, los niños eran esencialmente normales y presentaban un excelente estado de salud.

Cinco tenían cabezas relativamente grandes. Varios eran algo torpes en la marcha y en las ejecuciones motoras gruesas, pero todos eran muy hábiles desde el punto de vista de la coordinación muscular más fina. Los electroencefalogramas fueron normales excepto el de John, cuya fontanela anterior no se cerró hasta que tuvo dos años y medio, y que sufrió a los cinco años y tres meses dos series de convulsiones predominantemente del lado derecho. Frederick tenía una tetilla de más en su axila izquierda; no había más casos de anomalías congénitas (Kanner, 1943/2021, p. xxiii)

Señala Kanner que todos tenían fisonomías sorprendentemente inteligentes; sus caras (facies) daban la impresión de seriedad, y en presencia de otros de una ansiosa tensión, probablemente a causa de la inquietante anticipación de una posible interferencia. Cuando estaban solos con objetos, mostraban una sonrisa plácida y una ‘expresión de beatitud’, a veces acompañadas por un murmullo y un canto alegre, aunque monótono.

Un padre se acordaba de que su hija (Bárbara) durante años no cambió lo más mínimo su fisonomía o posición cuando los padres, al volver a casa tras unas horas de ausencia, se acercaban a la cuna hablándole y preparándose para alzarla (Kanner, 1943/2021, p. xxviii).

Aunque la mayoría de estos niños y niñas fueron considerados en un momento u otro como débiles mentales, todos estaban dotados de buenas potencialidades cognitivas. Los tests de Binet o similares no habían podido ser aplicados debido a la limitada accesibilidad, pero todos habían obtenido buenos resultados con el tablero de formas de Seguin.

Presentaban una excelente memoria para acontecimientos vividos y para recordar nombres, números, poemas, etc. Podían reproducir patrones complejos ‘sin sentido’, exactamente de la misma forma en que habían sido escuchados la primera vez.

Para finalizar su descripción, señaló que otro denominador común entre los antecedentes de estos niños eran las obsesiones científicas, literarias o artísticas de los padres y familiares.

Todos procedían de familias muy inteligentes. Nueve de las once madres son graduadas universitarias. Entre los abuelos y parientes hay muchos médicos, científicos, escritores, periodistas, estudiosos de arte. Todas las familias excepto tres, están reseñadas bien en *Who is Who in América*, bien en *American Men of science*, o en ambas (Kanner, 1943/2021, p. xxxiv).

Tanto padres, madres, abuelos, tíos y demás familiares cercanos, no padecían enfermedades genéticas ni trastornos psicóticos, maniacodepresivos o demencias. Muchos se autodescribían como personas solitarias, que preferían pasar el tiempo escribiendo, leyendo, pintando o solo pensando. La mayoría presentaba un limitado interés genuino por la gente. Algunos matrimonios eran fríos y formales en sus relaciones, sobre lo cual Kanner se preguntaba hasta qué punto este hecho podía haber contribuido a la condición de los niños.

En cuanto a la etiología, Kanner refirió que la soledad de los pequeños desde el inicio de la vida hacía difícil atribuir el cuadro completo exclusivamente al tipo de relaciones parentales tempranas.

Por otra parte, los niños y niñas kannerianos eran capaces de establecer y mantener una excelente, intencionada e «inteligente» relación con los objetos, que no amenazaban con interrumpir su soledad; pero, desde el principio se mostraban ansiosa y tensamente impenetrables respecto de la gente, con la que por mucho tiempo no habían tenido ningún tipo de contacto afectivo directo. Si el trato con otra persona se hacía inevitable, se formaba una relación temporal con la mano o el pie de la persona, como un objeto claramente separado, pero no con la persona en sí.

En resumen, todas las actividades y expresiones estaban gobernadas, rígida y consistentemente, por el poderoso deseo de soledad e invariabilidad. De aquí la obsesiva repetitividad, la reproducción de frases sin alterar los pronombres para ajustarse a la ocasión, el desarrollo de una memoria asombrosa que permitía al niño recordar y reproducir patrones complejos «sin sentido», sin importar lo desorganizados que sean, exactamente de la misma forma en que fueron construidos.

Además, en función de su tradición clínica, Kanner había podido ubicar un signo patognomónico. En medicina, éste califica a aquellos signos que, de estar presentes, aseguran la existencia de una enfermedad, aún en ausencia de otros signos. Para Kanner (1943/2021) “el signo fundamental, «patognomónico», sobresaliente, era la *incapacidad del niño para relacionarse* de forma ordinaria con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida” (p. 25. Las itálicas y comillas están presentes en el original). Continúa Kanner (1943/2021)

Esta experiencia universal es provista por la frecuencia según la cual el lactante es tomado en brazos por su madre u otras personas. Resulta entonces altamente significativo que casi todas las madres de nuestros pacientes hayan recordado la sorpresa que suscitó en ellas encontrarse ante la *falla de los niños, quienes no podían adoptar en ningún momento una actitud anticipadora*, preliminar al hecho de ser alzados. (...) El niño promedio aprende durante los primeros tempranos meses a ajustar su cuerpo a la postura de la persona que lo sostiene. Nuestros niños no fueron capaces de hacerlo por dos o tres años (p. xxvi).

Si bien se podía relacionar el cuadro global (autismo extremo, obsesividad, estereotipia y ecolalia) con algunos de los fenómenos esquizofrénicos básicos –de hecho, algunos de los niños habían sido diagnosticados de ello– la condición difería en muchos aspectos de todos los otros

casos conocidos de esquizofrenia infantil. En niños con ataques tempranos de esquizofrenia, incluyendo la «dementia praecoccisima» de De Santis y la «dementia infantilis» de Heller, las primeras manifestaciones habían sido precedidas de al menos dos años de desarrollo esencialmente normal y los historiales resaltaban un ‘cambio en la conducta’ de los niños. En cambio, los niños de Kanner, mostraron su extrema soledad desde el nacimiento. Esto quedó plasmado muy característicamente en el signo patognomónico identificado (Gesell), es decir, la falla del niño para asumir una postura anticipatoria al ser alzado, y para ajustar el cuerpo al de la persona que lo sostenía en brazos.

Agrega:

Esto no es, como en el caso de los niños o adultos esquizofrénicos, una desviación de una relación inicialmente presente, no es una «retirada» [withdrawal] de una participación que existía con anterioridad. Desde el principio hay una soledad autística extrema que siempre que sea posible muestra indiferencia, ignora, rechaza todo aquello que llegue al niño desde el exterior. El contacto físico directo o ciertos movimientos o ruidos que amenacen romper la soledad, son tratados como «si no estuvieran», o si esto se torna insuficiente, son dolorosamente sentidos como una interferencia angustiante (Kanner, 1943/2021, p. xxvii. Las comillas e itálicas están presentes en el original).

La vinculación con la esquizofrenia para el diagnóstico diferencial, se asentaba no solo en que muchos niños y niñas presentaban inicialmente ese diagnóstico, sino también en que era común en la época emplear el término ‘autístico’ a partir del trabajo de Bleuler (1911), quien había definido como ‘autismo’ un aspecto deficitario de la esquizofrenia adulta, junto con anhedonia, apatía, abulia.

Sin embargo, la originalidad de Kanner radicaba en que este síntoma se presentaba de forma temprana y que no había una ‘retirada’ del mundo exterior, como en la esquizofrenia.

Además, señalaba que había en el niño una parte activa en sus síntomas: “desde el principio hay una *soledad autística extrema* que siempre que sea posible muestra indiferencia, ignora, rechaza todo aquello que llegue al niño desde el exterior” (Kanner, 1943/2021, pp. xxvii).

También a diferencia de la demencia precoz kraepelineana o la esquizofrenia bleuleriana, señala Kanner que nada hacía pensar que estos niños pudieran sufrir un proceso degenerativo orgánico.

En cuanto al pronóstico, refiere el autor que, excepto Vivían S., que había sido internada en un colegio para débiles mentales, el curso de la enfermedad era llamativo. El deseo básico de soledad e invariabilidad permanecía esencialmente igual, aunque había variaciones en el grado

en que aparecía la soledad, una aceptación de al menos algunas personas como parte de su círculo de consideración y un incremento en el número de patrones experimentados, “suficiente para refutar la primera impresión de extrema limitación del contenido ideacional del niño” (Kanner, 1943/2021, p. xxxv).

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 y sondeando cautelosamente un mundo en el que han sido completamente extranjeros desde el comienzo (p. xxxvii).

Entre los cinco y los seis años abandonaban gradualmente la ecolalia y aprendían a usar espontáneamente los pronombres personales con la referencia adecuada. El lenguaje se volvía más comunicativo, al principio en el sentido de la ejercitación pregunta-respuesta, y después en el de una mayor espontaneidad en la formación de oraciones. La comida se aceptaba sin dificultades. Los ruidos y los movimientos se toleraban mejor que antes. Los berrinches disminuían. La repetitividad tomaba la forma de preocupaciones obsesivas.

El contacto con un número limitado de personas se establecía de dos maneras: la gente se incluía en el mundo del niño mientras satisficiera sus necesidades, respondiera a sus preguntas obsesivas, y le enseñara a leer y a hacer cosas. En segundo lugar, aunque aún se considerara a la gente molesta, sus preguntas eran respondidas y sus órdenes obedecidas con desgano, con la implicación de que sería mejor acabar con estas interferencias lo antes posible para volver a su deseada soledad. Entre los seis y los ocho años de edad, los niños empezaban a jugar en grupo, todavía no ‘con otros’, pero al menos cerca, ‘al lado’ del grupo. La habilidad lectora se adquiría pronto, aunque leían monótonamente, y una historia o un dibujo animado se experimentaba como partes inconexas en vez de en su totalidad coherente. Todo esto hacía que la familia sintiera que, a pesar de la diferencia respecto a otros niños, había un progreso y una mejoría.

A continuación, a modo de ejemplificar la evolución de uno de los casos, se transcriben algunos fragmentos de las notas de Kanner, en el intercambio con la mamá de Donald T, a quien vieron por primera vez en Baltimore en 1938:

1939: [Donald] fue traído nuevamente a una consulta en mayo de 1939. Su atención y concentración habían mejorado. Mostraba mejor contacto con el entorno, y había algunas reacciones directas a las personas y las situaciones. Manifestaba malestar cuando se lo contradecía; reclamaba los premios que le

habían prometido y se ponía contento si se lo felicitaba. En el *Child Study Home* fue posible obtener, a base de insistir constantemente, cierta aceptación de la rutina diaria y cierto grado de manejo correcto de los objetos. Pero todavía seguía escribiendo letras en el aire con los dedos, exclamando palabras - «punto y coma»; «mayúscula»; «doce, doce»; «Muerto, muerto»; «Yo podría poner una comita o punto y coma»- (p. v).

Octubre, 1939. (Sobre el inicio de la escolaridad primaria de Donald). El primer día les resultó muy difícil, pero ha mejorado mucho día a día. Don es mucho más independiente, quiere hacer muchas cosas por sí mismo. Sigue la fila correctamente, contesta cuando lo llaman, y es más dócil y obediente. Nunca relata voluntariamente ninguna de sus experiencias en el colegio, y tampoco se niega a ir (p. vi).

Marzo, 1940. La mejora más importante que noto es su conciencia de las cosas que lo rodean. Habla mucho más y hace bastantes preguntas. No es frecuente que de forma espontánea me cuente cosas de la escuela, pero, si le hago preguntas al respecto, responde correctamente. Participa de manera real en los juegos con los demás chicos. Un día hizo jugar a toda la familia a un juego que acababa de aprender, diciéndonos exactamente que teníamos que hacer cada uno. Come mejor solo y es más capaz de hacer cosas por sí mismo (p. vi)

Abril, 1941. La mayor parte de su «conversación» consistía en preguntas de una naturaleza obsesiva. No se cansaba nunca de buscar variaciones: «¿Cuántos días en una semana, años en un siglo, siglos en medio milenio?», etc. etc.; «¿Cuántas pintas en un galón, cuantos galones para llenar cuatro galones?» (...) Era aun extremadamente autista. Su relación con los demás se había desarrollado sólo para dirigirse a ellos en caso que necesitara o quisiera saber algo. Incluso este tipo de contacto cesaba en el momento en que se le decía o daba lo que había pedido (p. vi).

Análisis de la descripción Kanneriana

A partir de las categorías que se pudieron establecer para el PIC Clínico es factible organizar y analizar la propuesta kanneriana, cotejando con fragmentos de casos clínicos del artículo publicado en 1943.

1.Filiación al PIC Clínico, reconocimiento de sus principales exponentes y adhesión a sus postulados.

No es deshonesto aferrarse a un programa en regresión e intentar convertirlo en progresivo

Lakatos, 2002 [1974], p. 16.

His latest book will reconfirm to his old readers and establish for his new Kanner's firm place in the great clinical tradition in psychiatry⁷⁶

Gair, 1973, p. 552

En el artículo de 1943, Kanner desarrolla, ordena y jerarquiza elementos de sus observaciones de la misma manera que dicta el PIC Cl. Entre estos, se puede observar con claridad: el descripcionismo en cada historial (primero en la anamnesis indirecta y luego en la observación directa), la evolución diacrónica del cuadro, el diagnóstico diferencial con otras patologías y el pronóstico, la jerarquización de síntomas en principales y accesorios, el intento de identificar signos patognomónicos de la enfermedad, los supuestos etiológicos en forma de hipótesis abiertas y la organización de una propuesta nosográfica en la cual enmarcar al cuadro.

A lo largo de sus años de investigación, alude a los y las 'grandes psiquiatras' con quienes dialoga y de quienes retoma aportes para sostener sus observaciones. Fiel a su tradición, y reconociéndole un lugar destacado a su historia y contribuciones⁷⁷, desde sus primeros escritos recupera descripciones clásicas y contemporáneas de la psiquiatría clínica (Pinel, Kraepelin, Down, Gilles de la Tourette, De Sanctis, entre otros). Por ejemplo, como antecedente para la psiquiatría infantil, menciona en la primera edición del Manual de Psiquiatría Infantil (1935) el caso de Victor, el niño 'salvaje' de los bosques de Aveyron (Francia) descrito por Jean Marc Gaspar Itard –discípulo de Pinel–.

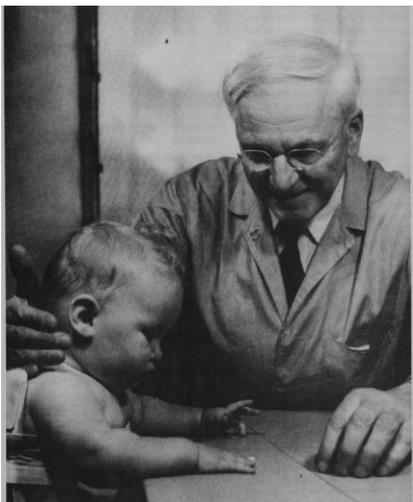
En el artículo de 1943, sitúa las perturbaciones autistas en el marco de la nosografía que incluye la demencia preciosísima de De Sanctis (1905) y la demencia infantil de Heller (1906). Ello, no solo para contribuir al diagnóstico diferencial, sino también a la patogénesis del cuadro. Por más que De Sanctis haya construido una 'versión miniatura' de la psiquiatría del adulto

⁷⁶ [Su último libro reconfirmará a sus antiguos lectores y establecerá para los nuevos, un lugar firme para Kanner en la gran tradición clínica de la psiquiatría]

⁷⁷ Véase Kanner, L. (1955b). The status of historical perspective in psychiatric instruction. *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 29, No. 4, pp. 329-336

kraepelineana –refiere Kanner (1944b)– entiende que la catatonía de una niña de 3 años no puede tener la misma patogénesis que la demencia precoz, también la demencia precocísima debe mantenerse diferenciada de la frenastenia que presenta algunas remisiones, síntomas neurológicos y es congénita.

Fig. 2. Arnold Gesell



Nota. Adaptado de *Arnold Gesell*
En E. G. Boring, et. Al (1952), *A History of Psychology in Autobiography*. Worcester: Clark University Press

En el mismo artículo de 1943 se refiere a Arnold Lucius Gesell (1880-1961, Estados Unidos, fig. N°2), de quien Kanner toma los elementos para ubicar el síndrome patognomónico del AIP. Gesell, interesado en los procesos de desarrollo infantil, se formó en psicología y luego en medicina. Realizó muchas publicaciones, de las cuales, una de las más difundidas fue ‘El infante y el niño en la cultura actual’ (1943), publicada el mismo año que el artículo de Kanner.

Si bien fue conocido por sus estudios sobre el ‘desarrollo normal’, Gesell estudió ‘desviaciones del desarrollo’ (mongolismo, cretinismo, retraso mental, parálisis cerebral), usando los mismos métodos de observación, fotografía y video (Gesell, 1952). Mediante la imagen, Gesell buscaba acercarse al ideal de la observación pura y objetiva al que aspiraban las ciencias humanas, siguiendo a las ciencias exactas. Sostenía que las filmaciones registraban los patrones de comportamiento con un detalle tan coherente, auténtico y medible que, para fines de estudio psicológico e investigación clínica, los patrones de reacción de bebés y niños devenían casi ‘tan tangibles como un tejido’⁷⁸ (Gesell, 1952). A diferencia de otros estudios sobre la infancia en la misma época (Piaget, Ausubel), su investigación era más observacional que teórica. Dalton (2005) menciona que, para Gesell, las perspectivas clínicas y experimentales podían combinarse a modo de generar mejores desarrollos. Esto lo sostiene Gesell (1952) incluso en su autobiografía, donde destaca las potencialidades de una futura ‘ciencia clínica’ del desarrollo infantil como piedra angular de una ciencia más comprensiva del hombre.

⁷⁸ [The cinema registers the behavior events in such coherent, authentic and measurable detail that for purposes of psychological study and clinical research the reaction patterns of infant and child become almost as tangible as tissue].

Un aporte novedoso para la observación de niños y niñas, fue la utilización de espejos unidireccionales, como el que utilizó en su Cámara de Observación (conocida como Cámara Gesell).

Algunos documentos lo sitúan como defensor de la corriente innatista por la importancia dada a los procesos internos madurativos en la adquisición de conductas, aunque en sus escritos Gesell dio gran importancia al debate innatismo/aprendizaje (Gesell, 1952). Acaparado por las disputas epistemológicas de la época, agrega Dalton (2005), “Gesell intentó lograr un equilibrio entre los excesos del conductismo y el psicoanálisis freudiano, aunque tendiera a dar un mayor peso a los factores de la maduración”⁷⁹ (p. 201. Traducción propia).

Por otra parte, y ello tendrá también influencia en Kanner, acuñó el concepto de ‘*readiness*’ [preparación] para estudiar infantes a partir de tests motores y visuales en los periodos previos a ingresar al jardín. Para estos estudios y observaciones distinguió cuatro áreas: el comportamiento motor (postura, locomoción, presión), el comportamiento de adaptación (abarca la capacidad de percepción de los elementos significativos de una situación, así como la capacidad de utilizar la experiencia presente y pasada para adaptarse a las nuevas situaciones), el comportamiento verbal (formas de comunicación y comprensión de los gestos, sonidos y palabras) y el comportamiento social (relaciones con otros y con la cultura social). Como se podrá observar luego, Kanner retoma cada uno de estos aspectos de las observaciones de Gesell para dar sostén a la psiquiatría infantil.

2.Primacía de la observación.

El lugar de la observación fue clave en el PIC Clínico, el cual priorizó siempre la observación para la descripción de las manifestaciones patológicas por sobre toda formulación teórica (Pichot y Rein, 1995). Como se puede anticipar, Kanner no elaboró una teoría sobre la entidad autista, sino que se abocó a su descripción para el establecimiento del cuadro clínico, en el marco de una nosografía psiquiátrica infantil.

Como se señaló en el Capítulo II, el conjunto de datos que recoge la clínica sobre el estado mórbido de sus pacientes no es homogéneo, no es el resultado de un marco conceptual único, ni de una grilla de referencia, aunque sí implica una homogeneidad en cuanto a la concepción de la dimensión temporal de los fenómenos observados (largos períodos en la clínica diacrónica,

⁷⁹ “Gesell attempted to strike a balance between the excesses of behaviorism and Freudian psychoanalysis, even though he tended to give greater weight to maturational factors” (Dalton, 2005, p. 201).

en función del principio de expectación hipocrática). Los datos clínicos considerados pertinentes son los que corresponden a tipos de comportamiento o pensamiento que, asociados a otros rasgos, constituyen un conjunto que define un síndrome, una enfermedad o un ‘ente mórbido’. El procedimiento reposa sobre el principio de una semiología, es decir, de la definición de un sistema de signos (manifestaciones comprobables, “objetivas”) y síntomas (manifestaciones percibidas subjetivamente). Esto no se da exclusivamente en el campo psiquiátrico: un médico internista puede considerar datos provenientes de la observación, datos histológicos y bacteriológicos, consideraciones anamnésticas y evolutivas para su diagnóstico. Se trata de la necesidad de toda clínica, cuyo procedimiento se basa en un principio unificador que es su finalidad práctica, la atención del paciente (Widlocher en Pichot y Rein, 1995).

3.Elementos de su descripción (en términos lakatosianos)

Mediante el aporte de la MPIC, la existencia de ‘perturbaciones autistas’ (1943) y más tarde ‘autismo infantil precoz’ (1944), puede reconocerse como parte del **núcleo duro** del PIC Clínico (conjetura de la existencia de una ‘entidad mórbida’). En diferentes ocasiones Kanner refiere que elige el término autismo infantil precoz, ante la necesidad de dar un nombre a la entidad, pero con la intención de destacar, por un lado, el momento de las primeras manifestaciones y por otro lado, la limitada accesibilidad a estos niños y niñas (Kanner, 1944, 1949, 1951, 1965). Incluso compara esta entidad de enfermedad con la hebefrenia de Hecker y la catatonía de Kahlbaum. No discute tanto los términos (el ‘autismo’ señalado por Bleuler y la precocidad ya indicada por Kraepelin), sino la naturaleza de esta condición patológica.

A partir de la anamnesis indirecta reunió en cada historial información respecto de los signos físicos, síntomas, la forma de inicio, los antecedentes de la enfermedad actual y los antecedentes familiares. Por ejemplo, en el historial de Donald T., Kanner describe pormenorizadamente cómo, cuándo y dónde nació, el peso al nacer, el estado de salud y si hubiere alguna anomalía congénita, la alimentación y el apetito, el inicio de la marcha y la dentición, los primeros años de vida, el lenguaje, la pronunciación, la imaginación y memoria, los intereses y actividades, cambios en las rutinas, manejo de los objetos, juegos, miedos del niño, rabietas, acontecimientos específicos, observaciones y preocupaciones de los padres, “crisis nerviosas” y enfermedades de los mismos, características, ocupaciones e intereses entre otros antecedentes familiares. Es decir, elementos heterogéneos entre sí, como datos sociológicos, económicos, ambientales, además de la anamnesis puramente orgánica. Luego refiere las observaciones

directas del niño al momento de la consulta incluyendo: descripción física, actividades que realiza, intereses, vinculación afectiva con personas y situaciones, recurrencias, aspectos relativos al lenguaje y a situaciones puntuales acontecidas durante la entrevista. Le sigue un pormenorizado detalle de la evolución clínica luego de la consulta a partir de fragmentos de cartas y comunicaciones con padres/madres y nuevas observaciones realizadas por Kanner y colaboradores en el consultorio o en la casa del niño.

El hecho de reunir este material, permitía buscar indicios y describir elementos que en primera instancia parecían heterogéneos entre sí, pero que le permitieron a Kanner arribar a la ‘forma natural mórbida’ del autismo infantil. Así, en consonancia con la **heurística positiva** del PIC Clínico y mediante la expectación hipocrática describe y predice la ‘evolución de la enfermedad’.

Además, como lo señalaba la tradición clínica –Parkinson, Alzheimer, De la Tourette y otros–, su nombre quedó asociado a la enfermedad descripta/descubierta, tal como él mismo lo refiere:

(...) mi nombre se asoció con una enfermedad no descripta anteriormente. En octubre de 1938, un niño de 5 años fue traído a mi clínica desde Forest, Mississippi. Quedé impresionado por el carácter único de los rasgos que Donald mostraba (Kanner, 1973, p. 93).

Para este PIC, su pragmatismo y **heurística negativa** desestimaba las especulaciones – religiosas, neurológicas, filosóficas, psicológicas, biotecnológicas y más aún etiológicas– sin datos ciertos, ya que no arrojaban resultados relevantes para su práctica diagnóstica, pronóstica y la atención de enfermos⁸⁰ (Argañaraz, 2012). Con esto se quiere subrayar en Kanner la no elaboración de una teoría explicativa, ya sea de aspectos psicológicos, biológicos, o más aún, de una etiología unívoca y causal del cuadro. Por el contrario, él mismo refiere en 1971 que durante los 30 años que siguieron al informe original no hubo mayor progreso en cuanto a la descripción clínica, sino, que había surgido un “*enredo de teorías, hipótesis y especulaciones*, junto con muchos valientes y bien motivados intentos de alivio, en espera de una evaluación final” (Kanner, 1971, p. 45. Traducción propia. Las itálicas no están presentes en el original).

⁸⁰ Si bien algunos autores (Pavel, 2015; Robinson, 2016) señalan que Kanner podría haber estado en conocimiento de los trabajos de Hans Asperger sobre la *Autistischen psychopathen im kindesalter* (Asperger, 1944), el hecho de considerarlo un trastorno de la personalidad tampoco aportaría datos significativos a su heurística.

4. Jerarquización de síntomas.

En la epistemología médica –señala Stagnaro (2017)– se diferencian claramente las nociones de síntoma, signo, síndrome, y enfermedad. Síntoma alude a toda manifestación subjetiva de malestar patológico; signo es una presentación objetivable de ese malestar; síndrome es una concurrencia más o menos organizada de un conjunto de síntomas y signos que se presentan reunidos en la observación clínica con una frecuencia significativamente mayor a la dada por el simple azar, sin que le pueda ser atribuida una causa precisa; y una enfermedad es una entidad a la que se puede atribuir un mecanismo productor (patogenia) o una causa precisa (etiología) o ambas (etiopatogenia). En el PIC Clínico, los síntomas se separan en ‘principales/primarios’ y ‘accesorios/secundarios’ (Kraepelin, Bleuler, Kanner) –o como lo hacía Falret en ‘síntomas de fondo’ y ‘sintomatología de relieve’–, siendo los principales aquellos que distinguen la entidad mórbida a los fines del diagnóstico diferencial y poseen mayor peso específico.

Los **síntomas principales** referidos por Kanner para el autismo infantil implicaban el **afecto, el lenguaje y la necesidad de invariabilidad sobre ambos**. Los **signos y síntomas accesorios** incluían aspectos de la fisonomía, facies y signos físicos, estado de salud, potencial cognitivo y características familiares. Cabe destacarse como un logro para la clínica, el hecho de haber podido identificar un signo patognomónico (Gesell) específico para el cuadro.

5. Signo patognomónico.

Este signo es fundamental para el PIC Clínico en tanto, de estar presente –aun en ausencia de otros signos o síntomas– determina el diagnóstico de una enfermedad.

En medicina se pueden citar ejemplos tales como el caso de la rabia, donde la presencia de los corpúsculos de Negri en las neuronas cerebrales de animales o personas que poseen este virus neurotrópico determina la enfermedad; el signo de Griesinger es patognomónico para el diagnóstico de pericarditis (se pide al paciente una inspiración profunda y sostenida durante la auscultación: si el ritmo cardíaco es inverso al que sucede en personas sanas –pulso paradójal–, entonces hay patología); otro signo ampliamente conocido en pediatría es el signo de Babinsky o reflejo plantar del neonato (se estimula la zona plantar del pie, de atrás hacia adelante con un objeto que produzca una molestia moderada sin llegar a ser dolor: en caso de observar la extensión del dedo gordo, esto indica una disfunción piramidal).

En psicopatología no es frecuente contar con signos o síndromes patognomónicos debido a la complejidad que aparece la patología mental. Un ejemplo es, el ‘delirio de auto humillación e indignidad’, patognomónico de la melancolía.

Para el autismo infantil, “el signo fundamental, «patognomónico», sobresaliente, es la *incapacidad del niño para relacionarse* de forma ordinaria con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida” (Kanner, 1943/2021, p.25. El destacado y las comillas están presentes en el original). Este signo, se sostiene en las observaciones y descripciones de Gesell mencionadas con anterioridad. En su libro *‘Mental Growth of the Pre-school Child: A Psychological Outline of Normal Development. From Birth to The Sixth Year, Including a System of Developmental Diagnostic’*⁸¹ (1925) estudió el psiquismo del niño en edad preescolar, haciendo hincapié en su desarrollo ‘normal’. Por medio de la descripción del desarrollo del niño fundando en observaciones, fotografías y filmaciones, Gesell quiso mostrar que existían leyes generales e incuestionables del crecimiento, de las que dependen la elaboración y la estabilidad de las estructuras del comportamiento (Thomas, 2014). Uno de los puntos centrales de su obra, es que el niño no nace con un sistema de percepciones listo, sino que se debe desarrollar y esto se consigue con la experiencia y la creciente madurez de lo sensorial, motriz, etc. Kanner se centra en el capítulo *Anticipatory Motor Adjustment*⁸², donde Gesell señala cómo el niño promedio, a los 4 meses de edad, realiza un ajuste motor anticipatorio mediante tensión facial y una actitud de encogimiento de hombros cuando va a ser levantado de una mesa o se lo coloca sobre ella.

Si bien los niños observados para el artículo de 1943 eran mayores, mediante una anamnesis detallada pudo constatar que las madres recordaban cómo sus hijos/hijas no podían adoptar en ningún momento una actitud anticipadora, preliminar al hecho de ser alzados/as, actitud que fue revirtiéndose luego de dos o tres años. De esta manera, Kanner establece el signo patognomónico (determinante) del diagnóstico de autismo infantil.

Cabe destacar la importancia de este elemento, crucial para el PIC Clínico y desestimado por otros PICs y tendencias de investigación actuales. El signo patognomónico del autismo infantil es fundamental en la presente tesis en dos aspectos: por un lado, por la precocidad con la que aparece (se puede observar en promedio a los cuatro meses de edad) y, por otro lado, por las consecuencias que esta temprana ‘imposibilidad de anticipación’ tiene para el desarrollo del

⁸¹ [Crecimiento mental del niño en edad preescolar: un esquema psicológico del desarrollo normal. Desde el nacimiento hasta los seis años, incluyendo un sistema de diagnóstico del desarrollo]

⁸² [ajuste motor anticipatorio]

niño y la niña. Es decir, desde muy pequeño un bebe puede percibir a quien va a alzarlo como una totalidad y anticipar correctamente la intencionalidad, la situación cuando esta está por ocurrir. Psíquicamente, se trata de una operación muy compleja que da cuenta de la posibilidad de separarse de otro y de unir, por ejemplo, las manos, los brazos y la cara en una misma persona; diferente al niño de Kanner que no logra –incluso se describe en niñas y niños de 4 y 5 años– entender al otro como una totalidad, una unidad corporal. Durante los primeros meses, el niño/a kanneriano no reacciona cuando alguien se le acerca y no asume una postura anticipatoria. Aunque logra más tarde vincularse con una mano, un pie o una rodilla, lo hace con partes de una persona, pero no con la persona unificada (Kanner, 1944, 1949). Para recuperar un ejemplo, en el artículo de 1943 Kanner señala como Donald no mira la cara del médico para quejarse del dolor por el pinchazo, sino que se enoja con la mano que lo pinchó. Esta imposibilidad de comprender a las personas como un todo también puede deducirse del estudio de las facies: esta se mantiene seria y tranquila estando en soledad, aunque tensa y ansiosa en presencia de otros “probablemente por la dificultad de anticipación de posibles interferencias” (Kanner, 1944, p. 217).

6.Síntomas principales/primarios.

El aislamiento extremo y la insistencia obsesiva en la preservación de la igualdad, son características que pueden considerarse primarias, empleando el término como lo hizo Bleuler al agrupar los síntomas de la esquizofrenia. (...) El desarrollo del lenguaje (...) puede verse como derivado de la perturbación básica en la relación humana⁸³.

Kanner & Eisenberg, 1965, pp. 557-558

A riesgo de resultar reiterativo, para recapitular se desarrollan algunos elementos respecto a los síntomas principales: el afecto, el lenguaje y la invariabilidad.

A) AFECTO: Ya Pinel en Francia y Griesinger, continuador de sus ideas en Alemania, mostraban que las perturbaciones mentales se asentaban en un plano afectivo y en otro ideativo,

⁸³ [Extreme self-isolation and the obsessive insistence on the preservation of sameness, features that may be regarded as primary, employing the term as Bleuler did in grouping the symptoms of schizophrenia. (...) Language development (...) may be seen as derivatives of the basic disturbance in human relatedness]

donde los fenómenos del primer grupo precedían en la gran mayoría de los casos a los del segundo. En este sentido, para Griesinger podrían destacarse dos secuencias inalterables en el conjunto evolutivo de la *Einheitspsychose* [psicosis única]: las formas iniciales, siempre afectivas y del humor, y las formas secundarias, siempre ideativas (Griesinger, 1845/1997). Esto era compartido por otros clínicos en la época (Guislain).

Luego del declive de la clínica, las perturbaciones afectivas no fueron tomadas de la misma manera que otras contribuciones para las definiciones diagnósticas de las enfermedades mentales (Berrios, 2011). Tampoco su descripción fenomenológica adquirió la riqueza de la psicopatología de la percepción o la cognición.

Sin embargo, en los inicios de la psiquiatría infantil el aspecto afectivo fue puesto en escena nuevamente. No era raro encontrar en quienes investigaban sobre esquizofrenia infantil la utilización de términos como ‘contacto afectivo’ (Minkowski, Frankl, Weiss, Lazar) o ‘autismo’ en el sentido afectivo de Bleuler (ya sea en sentido de un ‘desapego de la realidad’ o como por ejemplo Piaget, quien se interesó en el ‘pensamiento autista’ bleuleriano). Kanner menciona el término ‘autista’ sin vincularlo a la infancia ya en 1931, en su estudio sobre la expresión facial de las emociones.

Las perturbaciones del contacto afectivo, podían tomar forma de una perturbación del comportamiento atencional, una sensibilidad excesiva al contacto físico y psicológico, o una falta de comprensión del contenido emocional de la comunicación tal como se expresaba en gestos, expresiones faciales y los diversos énfasis que acompañaban a las palabras (Frankl, en Vicedo e Ilerbaig, 2020). Conociendo a la perfección las investigaciones de sus contemporáneas/os, la novedad de Kanner radicaba en sostener al afecto en un lugar central para el autismo infantil, especialmente dada su característica precocidad (AIP). De allí se desprendían sus particularidades, por ejemplo, en el uso del lenguaje. En el prólogo de su artículo de 1943, cita a Rose Zelig, en ‘*Glimpses into Child Life*’, sostiene lo siguiente:

Comprender y medir cualidades emocionales es muy difícil. Psicólogos y educadores se han enfrentado a este problema por muchos años, pero todavía somos incapaces de medir los rasgos emocionales y de personalidad con la misma exactitud con que podemos medir la inteligencia (Zelig, en Kanner, 1943/2021, p. i).

En los historiales presentados, identifica las perturbaciones afectivas en función de las relaciones de los niños y niñas con las **personas**, las **situaciones** y los **objetos**, distinción

novedosa en relación a Bleuler. Con los objetos y las situaciones en las que nada interfiriera con el dominio del niño/a, se podía observar un semblante de placidez, tranquilidad e incluso exaltación cuando lograban el control deseado sobre ellas. Continúa el autor:

Su relación con las personas es completamente diferente. Todos los niños, al entrar en el consultorio, se dirigieron inmediatamente hacia los bloques, juguetes u otros objetos, sin prestar la más mínima atención a las personas presentes allí. Sería erróneo decir que no eran conscientes de su presencia. Pero las personas, siempre y cuando dejaran al niño tranquilo, representaban para él aproximadamente lo mismo que el escritorio, la biblioteca, o el archivador. (Kanner, 1943/2021, p. xxii. Las itálicas están presentes en el original).

Como se observa en la cita, con las personas, sucedía algo curioso: no se establecía el contacto usual u ordinario con ellas desde el nacimiento. Nunca las miraban a la cara y las trataban –o mejor dicho a las partes de las personas–, como si fueran objetos que en ocasiones se vivían como obstáculos o interferencias para sus actividades. Esta observación, sumada a las buenas potencialidades cognitivas que presentaban sus pacientes, representó un nuevo ‘*puzzle*’ para la comunidad paidopsiquiátrica (Vicedo et. al., 2020).

Algunos recortes del historial de Donald T. reflejan de forma detallada el componente afectivo de su descripción: desde temprana edad se notaba a Donald más feliz cuando se lo dejaba solo, no mostraba ningún afecto aparente cuando se lo acariciaba y nunca parecía contento de ver a su padre, a su madre, familiares o a compañeras/os de juego; no prestaba atención a las personas de su alrededor y rara vez respondía cuando lo llamaban. Cuando se lo llevaba a una habitación, no tenía en cuenta a la gente e inmediatamente buscaba objetos como bloques, recipientes o enciclopedias. Tiraba objetos al suelo, y parecía cautivarse con los ruidos que producían. Ordenaba bolitas, palitos o bloques en grupos de diferentes series de colores. Cuando terminaba una de estas actividades, gritaba y saltaba para todos lados. Nunca se enojaba con la persona que lo interrumpía, sino que corría la mano que se interponía en su camino o el pie que pisaba uno de sus cubos. La única persona con la que tenía algún contacto era su mamá, quien pasaba todo el tiempo buscando formas de que se quede jugando con ella. Más allá de esto, no mostraba ninguna iniciativa, y requería instrucciones constantes (de su madre) para realizar cualquier actividad diferente de las pocas en las que estaba absorto. ‘Comer’, decía el informe elaborado por su padre, ‘siempre había sido un problema con él’.

Por ello, concluye Kanner en su artículo que, “estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el *contacto afectivo usual*, biológicamente proporcionado, con las personas, de la misma forma en que otros niños vienen al mundo con deficiencias intelectuales o físicas innatas” (1943/2021, p. xxxiv. El destacado no se encuentra presente en el original). Cabe señalar que Kanner subraya, destaca y enfatiza a lo largo del escrito la particularidad del cuadro en lo ‘afectivo’ en contraposición con lo ‘intelectual’ o físico.

B) LENGUAJE: La descripción kanneriana sobre el lenguaje es muy incipiente aún en este artículo, aunque se le da un lugar destacado en las discusiones y conclusiones. Sin embargo, se puede rastrear en diferentes escritos del autor, cómo el lenguaje fue tomando un lugar importante para su nosografía. En investigaciones y publicaciones precedentes como el Manual de Psiquiatría infantil de 1935, ya se encontraban referencias a los aspectos del lenguaje que en artículos posteriores continuaría precisando y profundizando (véase Kanner 1935, 1944, 1946, 1949, 1951, 1971)⁸⁴.

En su manual, en cuanto al cuadro de autismo infantil precoz señala que alrededor de dos tercios de los niños y niñas con este diagnóstico, aprenden a hablar, pero el lenguaje que adquieren no les sirve, al principio, como medio de comunicación. Para 1943 recupera la falta de función comunicativa del lenguaje y destaca el sentido inflexible de las palabras.

[En cuanto a Donald] las palabras tenían para él un significado específicamente literal e inflexible. Parecía incapaz de generalizar, de transferir una expresión a otro objeto o situación similares. Si ocasionalmente lo hacía, era una sustitución que se «fijaba» definitivamente en lugar del significado original. (...) Si se le pedía de forma corriente que ‘baje eso’ [put that down], para él significaba que tenía que ponerlo en el suelo. Tenía un «vaso para la leche» y un «vaso para el agua». Cuando echaba la leche en el vaso del agua, la leche se convertía así en «agua blanca» (p. iv. Las comillas están presentes en el original).

Esta fijación de expresiones en lugar del significado original, Kanner las llamó también metafóricas⁸⁵. El significado inflexible y literalidad tenían una contraparte, de la que Kanner destacaba su aspecto placentero, en tanto eran dominadas como si fueran objetos:

⁸⁴ Véase el artículo de 1946 titulado ‘*Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism*’

⁸⁵ Las llamó ‘metafóricas’ en el sentido griego: transferir una cosa a otra. También las calificó como ‘lenguaje fuera de contexto’ o como expresiones ‘irrelevantes’ en sentido del contexto en que son enunciadas (Kanner, 1943/2021, p. iv), pero mantienen sentido con el contexto donde son aprendidas. La diferencia con las metáforas

Parecía experimentar mucho placer al exclamar palabras o frases, tales como: «crisantemo»; «dalia, dalia, dalia»; «negocio»; «jazzmín trompeta»; «el derecho está prendido, el izquierdo está apagado»; «a través de las oscuras nubes brillantes». Expresiones irrelevantes como estas constituían su forma de hablar habitual (p. iv. Las comillas están presentes en el original).

En 1949 agregó una serie de ejemplos para probar que, incluso los niños o niñas mutistas, no sufrían de sordera, afasias sensoriales/motoras, o dificultades en la producción de palabras. Aquellas/os que eventualmente empezaban a hablar, mostraban que durante el período de silencio habían acumulado una buena cantidad de material lingüístico. Descartó la llamada ‘sordera a las palabras’ en tanto quienes poseían este diagnóstico respondían pronto a los gestos, eran sensibles a las expresiones faciales y tenían buena relación con sus madres, quienes les traían a consulta. Esto no sucedía con los casos de AIP, donde no hablaban, a pesar de poder hacerlo (como se señaló en Richard o Virginia).

Otra particularidad de estos niños y niñas, era que cuando lograban formar frases eran, durante mucho tiempo, repeticiones de palabras oídas, sin elaborar la intencionalidad o el afecto que mediante la palabra se les dirigía (p. e en el caso de Paul: “no había ninguna diferencia entre hablarle de forma amistosa o con dureza”⁸⁶), tampoco las utilizaban para transmitir significados o sentimientos a alguien (Kanner & Eisenberg, 1955).

A veces, eran repetidas inmediatamente, y otras ‘almacenadas’ por el niño y emitidas más tarde. Es decir que, al igual que los objetos, las palabras no podían separarse de la forma y el contexto donde se habían escuchado, no podía descomponerse una oración o frase en sus elementos.

La utilización de pronombres personales se daba de la misma manera, es decir, también evidenciaban literalidad y fijación de expresiones. Refiere el autor sobre Donald T.: “Utilizaba los pronombres personales para las personas a las que aludía, imitándolas incluso en la entonación. (...) Cuando quería que su mamá le sacara el zapato, decía: «Sácate el zapato». Si quería bañarse, decía: «¿Querés bañarte?»” (p. iv). Cuando, por ejemplo, en febrero de 1939, tropezó y estuvo a punto de caerse, dijo de sí mismo: «No te caiste». Si bien sostuvo por mucho tiempo la inversión pronominal, en ocasiones empezó a hablar de sí mismo como «yo» y de la persona a la que se dirigía como «vos/tu». Años después, en una carta, la mamá refería que su literalidad mental todavía era muy marcada: quería deletrear las palabras tal y como sonaban,

de una poesía, por ejemplo, es que las fuentes de donde provienen en el autismo, suelen ser privadas y no directamente comunicable (1946)

⁸⁶ Kanner, 1943/2021, p. xiii

y pronunciar las letras de forma consistente. Cuando empezó a escribir, se mostraba perplejo ante las inconsistencias del deletreo: «*bite*» debería ser deletreado «*bight*» para corresponderse con el deletreo de «*lighth*». Podía pasarse horas escribiendo en la pizarra.

En cuanto al 'sí', comenta Kanner, era algo que tardaba mucho tiempo en adquirirse. Habitualmente la afirmación se daba por repetición. Para Donald "si" significó, durante mucho tiempo, que quería que su padre lo subiera sobre sus hombros. En una ocasión su papá, tratando de enseñarle a decir «sí» y «no», le preguntó si quería que lo subiera en hombros. Don expresó su acuerdo repitiendo la pregunta de forma ecológica, por lo que su papá le dijo: «Si quieres que lo haga, decí "sí"; si no quieres, decí "no"». Don dijo «sí», pero a partir de entonces, «sí» pasó a significar que quería que lo subieran en los hombros de su papá. Un año más tarde, comenzó a responder a preguntas que requerían un sí o un no por respuesta.

En el artículo de Kanner de 1946, L. Despert realizó un comentario señalando que estas observaciones sobre el lenguaje, guardaban estrecha relación con la imposibilidad de niños y niñas de establecer relaciones afectivas con personas, de mayor grado que lo que ocurría en la esquizofrenia. Incluso señalaba como significativa la inversión pronominal, en tanto la distinción 'yo- no yo' no estaba establecida en el niño autista. Refiere Despert –y Kanner la incluye en el artículo–:

el Dr. Kanner deliberadamente selecciona la inversión pronominal como un signo casi patognomónico del autismo infantil. Dado que la aparición del pronombre en primera persona en el desarrollo del lenguaje sigue luego de la etapa de individuación que corresponde a la conciencia del niño como uno, todo y aparte de otros, la importancia de este signo no se puede exagerar (en Kanner, 1946, p. 246. Traducción propia).⁸⁷

C) INVARIABILIDAD: Muchos de los síntomas se asociaban con lo que Kanner denominó **sameness**, donde una experiencia recibida en cierto marco o secuencia, se 'imprimía' de tal manera que no podía tolerarse de ninguna otra forma; ni podía tolerarse sin todos los ingredientes originales, en idéntico orden espacial o cronológico. Refiere:

⁸⁷ [Dr. Kanner pointedly selects the pronominal reversal as an almost pathognomonic sign of infantile autism. Since the appearance of the first-person pronoun in language development shortly follows that stage of individuation which corresponds to the child's consciousness as one, whole, and apart from others, the importance of this sign cannot be overemphasized]

cualquier otra actividad tenía que completarse de principio a fin, de la manera en que se había empezado originalmente. (...) Si el más mínimo elemento se altera o se saca la situación total, ya no es la misma y, por tanto, no se acepta como tal, o se rechaza con impaciencia, o incluso con una reacción de profunda frustración (Kanner, 1943/2021, p. xxxi).

Como consecuencia, las actividades espontáneas de estos niños y niñas se veían limitadas y cualquier situación que amenazaba este orden idéntico se vivía como disruptivo (ruidos fuertes, modificaciones en el entorno, objetos que se movían de forma impredecible). En el artículo de 1944 ('Autismo infantil Precoz'), Kanner profundiza aún más sobre el hecho que todas las actividades y expresiones estuvieran gobernadas, rígida y consistentemente, por este '**poderoso deseo de soledad e invariabilidad**', lo mismo sucede con su artículo sobre 'La Concepción del todo y las partes ...' en el AIP (1951).

Para continuar con el historial de Donald, señala Kanner que había en él una marcada limitación de actividad espontánea. Deambulaba sonriendo, haciendo movimientos estereotipados con sus dedos, cruzándolos en el aire, susurrando o murmurando la misma canción de tres notas. La mayoría de sus acciones eran repeticiones llevadas a cabo exactamente de la misma forma en la que se habían realizado la primera vez. Tenía también innumerables rituales verbales recurrentes a lo largo del día. Existía una frase establecida, no-modificable, para cada ocasión específica.

Donald no se levantaría de la cama después de la siesta, hasta que él hubiera dicho: «Boo decí "Don ¿quieres bajarte?"», y la madre le hubiera aceptado. Pero esto no era todo. El acto todavía no se consideraba completo. Donald continuaría, «Ahora decí "muy bien"». Nuevamente la madre tenía que acceder, o habría gritos hasta que la actuación se completara (p. xxxi).

Es de destacar que esta 'inflexibilidad' en la variación se aplicaba tanto al afecto (en especial con objetos y situaciones) como al lenguaje (en la forma que tomaban frases o pronombres que escuchaban). Esta característica, se vinculaba en parte, con lo que Kanner señalaba sobre una 'excelente memoria', aunque por encima, destaca "la **incapacidad [inability] para experimentar un todo**, sin tener en cuenta las partes constituyentes" (Kanner, 1943/2021, p. xxxi). De esta manera, "el **temor 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” (p. xxxi. El destacado no se encuentra presente en el original).

La insistencia en la invariabilidad llevó a varios de estos niños a alterarse mucho cuando veían cualquier objeto roto o incompleto. Sin embargo, cuando arreglaban el objeto, se perdía inmediatamente el interés en éste; la invariabilidad y la integridad habían sido restablecidas, y todo estaba bien de nuevo.

En ‘*The conception of wholes and parts in Early Infantile Autism*’ [La concepción del todo y las partes en el autismo infantil precoz], hace hincapié en que sus pacientes autistas requieren que se mantenga igual el todo, no logrando entender el mundo como partes que pueden ser modificables.

Para el niño, la totalidad de una experiencia que le llega desde el exterior debe ser reiterada, a menudo con todos sus detalles constituyentes, en completa identidad fotográfica y fonográfica. Ninguna parte de esta totalidad puede ser alterada en términos de forma, secuencia o espacio. El más mínimo cambio de disposición, a veces tan ínfimo que los demás apenas lo perciben, puede provocar un violento estallido de ira (Kanner, 1951, p. 26)⁸⁸.

Además, agrega Kanner, que los niños y niñas autistas mostraban un tipo peculiar de obsesión, diferente del ritualismo obsesivo que les obligaba a sostener imperiosamente un entorno estático e inmutable. Los pacientes encontraban seguridad en la uniformidad, una seguridad muy tenue, dado que los cambios ocurrían constantemente y, por lo tanto, los niños y niñas se veían amenazadas y tensas constantemente. La diferencia con el ‘ritualismo obsesivo ordinario’ recaía en que el niño y la niña autista obligaban a las personas de su mundo a ser incluso más obsesivas que sí mismos. Si bien podían hacer concesiones ocasionales, no otorgaban este privilegio a otros. Concluyó Kanner en que “sus actividades entran en el trabajo de la aplicación seria, solemne, sacerdotal de la manutención de mismidad, de identidad absoluta. Es, por supuesto, imposible vivir” (Kanner, 1951, p. 23). En resumidas cuentas, el mundo era para estos niños y niñas una totalidad continua, imposible de descomponer, que cuando variaba ponía en riesgo al propio niño/a.

⁸⁸ [The totality of an experience that comes to the child from the outside must be reiterated, often with all its constituent details, in complete photographic and phonographic identity. No one part of this totality may be altered in terms of shape, sequence, or space. The slightest change of arrangement, sometimes so minute that it is hardly perceived by others, may evoke a violent outburst of rage].

7.Sintomatología accesoria.

Este sub-apartado incluye otros signos, síntomas o la ausencia de ellos como características del cuadro. Se destaca la fisionomía, los signos físicos y las facies, el estado de salud, la memoria, el potencial cognitivo y los antecedentes familiares, junto con características del entorno.

A) FISIONOMÍA.

A.1- SIGNOS FÍSICOS: La clínica médica suele consignar una inspección general del paciente sobre: el estado psico-intelectual, actitud y decúbito, marcha, facies, tegumentos y anexos (colorido pálido, rojo, cianótico, icterico, otras pigmentaciones cutáneas), tejido celular subcutáneo (como edemas), ganglios, sistema muscular (como hipo/hiper o atonías musculares, irritabilidad o dolor), sistema ósteo-articular (como tamaño y crecimiento de cabeza, tórax, extremidades), estado nutricional (pérdida o aumento de peso, apetito, saciedad) y fiebre (iniciación, duración, intensidad, tipo y terminación). En el campo de la Psicopatología descriptiva –también llamada semiología psiquiátrica– antes de 1900 los síntomas físicos (somáticos) desempeñaban, al igual que en la clínica médica, un papel muy importante (Berrios, 1996)

Los alienistas no tenían ninguna dificultad para combinar en el diagnóstico de la enfermedad mental síntomas «psicológicos» (por ejemplo, delirios o alucinaciones) con quejas «somáticas» (por ejemplo, temblor, dolor de cabeza, taquicardia, palidez, rubor, manos frías, cambios en los hábitos urinarios o intestinales y malestar general). Estos últimos eran considerados *rasgos primarios*, tan directamente relacionados con la patología cerebral como las manifestaciones características de los trastornos mentales. Estados como la catatonia, la insania obsesiva o la neurastenia se diagnosticaban con base en tales molestias somáticas, y se llevaron a cabo estudios detallados sobre su significado neurobiológico (p. 31. Las comillas están presentes en el original).

Luego de 1900, la interpretación ‘psicológica’ de las patologías psiquiátricas se impuso y los síntomas ‘somáticos’ quedaron descartados como no específicos (Berrios, 1996). Por ejemplo, Bleuler consideraba la tez pálida, el cutis grasoso y las extremidades frías y azuladas como diagnóstico de esquizofrenia catatónica⁸⁹. La idea de que las molestias somáticas eran síntomas

⁸⁹ Véase también la obra de Janet sobre la psicastenia o los escritos de Henry Ey sobre el estado pre delirante, caracterizado por cambios físicos como “nerviosismo, insomnio, experiencias hipnagógicas, irritabilidad, trastornos del ánimo, falta de estabilidad psicológica, inquietud, agitación, anorexia, amenorrea, trastornos

de un trastorno mental –continúa Berrios (1996)– no declinó como resultado de la investigación empírica, sino por el predominio de la teoría.

En el caso de las perturbaciones autistas del contacto afectivo, los niños y niñas eran esencialmente ‘normales’ (Kanner, 1943). Kanner puntualiza en sus observaciones los siguientes datos: Cinco tenían cabezas relativamente grandes. Varios mostraban torpeza en las ejecuciones motoras gruesas, pero todos eran muy hábiles desde el punto de vista de la coordinación muscular más fina. Frederick tenía una tetilla de más en su axila izquierda. Fuera de estas excepciones, no había más casos de anomalías congénitas.

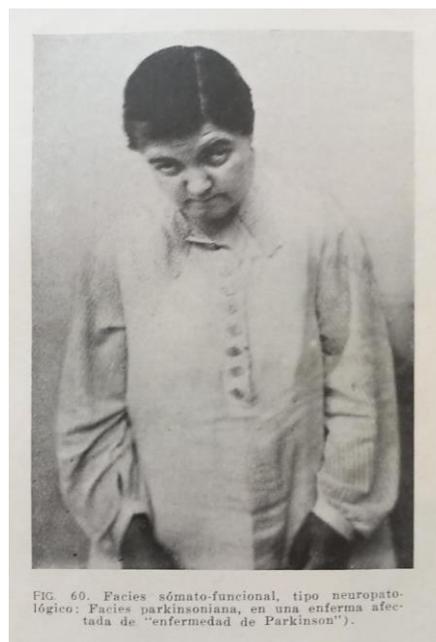
Es de destacarse que la ausencia de signos físicos anómalos marca una diferencia no solo dentro del campo psiquiátrico, sino también separa a este grupo de niñas y niños de otros con patologías genéticas, infecciosas o tóxicas (Ruggieri y Arberas, 2017).

A.2- FACIES: Las facies o semblantes, para la descripción clínica, tienen carácter de fundamental, ya que muchas enfermedades del sistema nervioso muestran con frecuencia cambios en los rasgos fisonómicos. Cualquier cambio en la gestualidad, apariencia, coloración, simetría o forma de la cara puede ser lo suficientemente característica como para orientar hacia la alteración de un determinado sistema o aparato y, en ciertos casos, al diagnóstico de una enfermedad (por ejemplo, la facie acromegálica orientaba el diagnóstico aún previo al advenimiento de la endocrinología) (Navarro, 1943). El estado anímico, nutricional e hidratación también podía percibirse por el examen del rostro, es por ello que las fotografías de las facies cobraban gran relevancia en el modelo clínico.

En la actualidad, el estudio de las facies no ha perdido su valor clínico, y habitualmente se las puede clasificar según la coloración, expresión, morfología,

funcionalidad, entre otras; que aportan indicaciones

Fig. 3. Facie parkinsoniana.



Nota. Adaptado de *Facies somato-funcional, tipo neuropatológico: Facies Parkinsoniana* [fotografía]. De Navarro, 1934. Tratado de Semiología y propedéutica clínica. Vol 1. Bs. As.: Losada

de tipo psicológico, biotipológico y

vasomotores y digestivos y aun signos neurológicos leves. Estos síntomas se presentaban en el contexto de un trastorno de la conciencia que él describió como «una reorganización de los límites de la realidad». Era en este campo fértil donde se cristalizaban los delirios” (Berrios, 1996, p. 131).

patológico. Incluso se han diseñado aplicaciones y plataformas digitales⁹⁰ cuya función es, mediante una fotografía del rostro, orientar hacia una entidad específica (cromosómica, genética o secundaria a factores teratógenos).

En el ámbito de la psicopatología pueden mencionarse como ejemplos de facies, la ‘facie parkinsoniana’ (fig. 3) caracterizada por la hipertonia extrapiramidal que da rigidez a los músculos de la cara y ésta aparece sin expresión unas veces, y otras, cuando la rigidez toma el orbicular de los párpados, presenta lo que Charcot llamó ‘miedo personificado’ (Navarro, 1943). Otro ejemplo es ‘la facie depresiva’ (fig. 4) con su contractura del ceño en forma de la letra ‘omega’, denominado signo del ‘omega melancólico’ (Argente y Álvarez, 2013).

Si bien Kanner señala no haber podido incluir fotografías en el artículo de 1943 por la extensión requerida, hace alusión en su descripción a la fisonomía y facies, que excluyen las dismorfias. Destaca que todos los niños tenían fisonomías ‘sorprendentemente inteligentes’. “(...) al mismo tiempo sus caras daban la impresión de ‘seriedad’, y en presencia de otros, de una ‘ansiosa tensión’. Cuando estaban solos con objetos, a menudo tenían una sonrisa plácida y una expresión de beatitud, a veces acompañadas por un murmullo y un canto alegre, aunque monótono” (Kanner, 1943/2021, p. xxxiii). La expresión de beatitud habitualmente hace referencia a una facie tranquila, relajada o composita/compuesta, por oposición a una facie patológica.

B) ESTADO DE SALUD: para todos los casos la salud era excelente, ninguno de los niños presentaba comorbilidades y no tendían a enfermarse. Los electroencefalogramas fueron normales excepto el de John, cuya fontanela anterior no se cerró hasta que tuvo dos años y medio, y que sufrió a los cinco años y tres meses dos series de convulsiones predominantemente del lado derecho. Fuera de este caso, Kanner corroboró el estado de salud en todos los casos. En 1949 refirió que los 55 casos estudiados a lo largo de ese período habían presentado perfecto estado de salud: no había nada que pudiera interpretarse como encefalitis u otra enfermedad cerebral, el funcionamiento endocrino no estaba alterado, no había anomalías congénitas del

Fig. 4. Facie Depresiva. (1: Pliegue de Veraghut. 2: Omega Melancólico).



Nota. Adaptado de *Facie Depresiva*. Sánchez-Pedraza, 1999. Fundamentos de Psiquiatría Clínica. Bogotá: UNC

⁹⁰ Algunos ejemplos disponibles en internet son: Genetest, OMIM, Orphanet, Face2Gene.

cuerpo. En general, los niños y niñas estaban bien formadas, bien desarrolladas, más bien delgadas y lozanas. La ausencia de alergias, asma, urticaria y erupciones cutáneas eccematosas podía haber sido incidental pero, aun así, señala Kanner valía la pena mencionarlo (Kanner, 1949).

C) POTENCIAL COGNITIVO: Aunque la mayoría de estos niños habían sido considerados en algún momento como débiles mentales, todos estaban “indudablemente dotados de *buenas potencialidades cognitivas*” (Kanner, 1943, p. xxxiii. El destacado se encuentra presente en el original), testeadas con el tablero de formas de Seguin. Refiere Kanner (1944) que, un examen atento, mostraba que las potencialidades cognitivas de los niños estaban sólo enmascaradas por el desorden afectivo fundamental, ya que en todos los casos se había podido establecer que la comprensión en sí no era defectuosa. Destaca que podía evaluarse el potencial cognitivo en función del sorprendente vocabulario de los niños y niñas que hablaban, la excelente memoria para acontecimientos sucedidos varios años antes, la fenomenal memoria mecánica para los poemas y los nombres, y el preciso recuerdo de patrones y secuencias, entre otras. Concluye en 1946 que la dotación cognitiva es, al menos, promedio, si es que no superan la media (Kanner, 1946). Por ejemplo, en Donald, se interesaba en los números atrasados de la revista *Time*. Refiere su familia que

encontró el primer número del 3 de marzo de 1923, e intentó hacer una lista de las fechas de publicación de cada número desde ahí en adelante. Hasta el momento llegó a abril de 1934. Calculó la cantidad de números de un volumen y otros absurdos por el estilo (Kanner, 1943, p. vii).

D) MEMORIA SEMÁNTICA Y MEMORIA MECÁNICA: como se mencionó anteriormente, Kanner destaca en diferentes momentos la excelente memoria de estos niños y niñas. Por un lado, la repetición de actividades o patrones de actividades, de una misma manera cada vez, le hacía pensar en una memoria ‘mecánica’. Cada primera experiencia se ‘imprimía’ en la memoria de manera tal que no había posibilidad de separar los elementos que se reunían allí, tal como lo profundiza en su artículo sobre la ‘Concepción de las partes y el todo...’ (1951). La memoria semántica, presentaba las mismas características de invariabilidad en cuanto al orden de las palabras, entonación, uso de pronombres, etc. cuando se evocaban palabras, canciones o salmos. Esta le permitía al niño/a recordar y reproducir patrones sumamente

complejos. Sin embargo, el hecho aún más llamativo era la gran capacidad retentiva a edades muy tempranas:

[Donald] a la edad de un año «podía tararear y cantar muchas canciones correctamente». Antes de cumplir los dos años, tenía «una memoria inusual para las caras y los nombres, sabía los nombres de muchas casas» en su pueblo natal. «Fue estimulado por su familia para aprender y recitar poemas cortos, e incluso aprendió el Salmo XXIII y veinticinco preguntas y respuestas del Catecismo Presbiteriano». Los padres observaron que «no estaba aprendiendo a hacer preguntas ni a responderlas, a no ser que las preguntas y respuestas pertenecieran a rimas o cosas por el estilo y, con frecuencia, no preguntaba más que con palabras aisladas». Su vocalización era clara. Llegó a interesarse por las imágenes «y muy pronto sabía un número extraordinario de imágenes de una serie de la Enciclopedia Compton». Conocía los retratos de los presidentes y «conocía la mayoría de los retratos de sus antepasados y parientes por ambas ramas de la familia». Rápidamente se aprendió el alfabeto entero «tanto hacia adelante como hacia atrás», y a contar hasta 100 (Kanner, 1943/2021, p. ii).

E) FAMILIAS:

Tanto en su Manual de Psiquiatría Infantil, como en sus artículos, Kanner solía señalar datos no solo de la anamnesis familiar, sino también una caracterización de la familia en tanto datos que podrían aportar a la clínica. Ya en sus primeras publicaciones, Kanner (1937) hacía notar la incidencia de las familias y el entorno en las particularidades de niñas y niños:

El educador o educadora, ya sea padre, maestra o psiquiatra, no puede hacer de la crianza del niño o niña un lecho de Procasto en el que todos deban entrar forzosamente. Por el contrario, la expectativa debe adaptarse a la singularidad de la personalidad del niño, no sin tener debidamente en cuenta las normas de su familia y grupo social; debe basarse en los hechos de sus antecedentes constitucionales y ambientales, desarrollo, edad y desempeño pasado y presente y las direcciones indicadas por estos hechos⁹¹ (Kanner, 1937, p. 925).

⁹¹ [The educator, whether he is a parent, a teacher or a psychiatrist, cannot make a child rearing a procrustean bed into which all must fit perforce. On the contrary, the expectation must be made to fit the uniqueness of a child's personality, not without due regard to the standards of his family and social group; it must be based on the facts of his constitutional and environmental background, development, age and past and present performance and the directions indicated by these facts].

En 1941, presentó un escrito recuperando la importancia de la familia en el desarrollo de la infancia⁹², en detrimento de ‘especialistas’ que brindaban técnicas y consejos sobre cómo criar a los hijos e hijas. En este libro, Kanner desacredita a ‘fervientes’ psicólogos y psicoanalistas que, a partir de intentar ‘normativizar’ la crianza contribuían a que se perdiera ‘el sentido común’ con que las madres criaban a sus hijos. Para Kanner, estas indicaciones terminaban por imponer distancia y frialdad en el vínculo materno-filial. Ejemplo de ello es el libro de John B. Watson (1928) titulado ‘Cuidados Psicológicos del infante y el niño’, donde da indicaciones a los padres y madres sobre crianza, tales como nunca besar ni cargar a los niños en la falda o nunca acunarlos en brazos. La posición de Kanner, se muestra muy diferente de las conductistas, como también de las psicoanalíticas que menciona en su libro.

En cuanto a los historiales de 1943, en la primera mención que hace de las familias refiere que todas eran ‘muy inteligentes’. Los padres eran graduados universitarios, en algunos casos, de más de una carrera. Nueve de las once madres eran también graduadas universitarias, algo poco común para la época. Entre los abuelos y parientes había muchos prestigiosos profesionales, la mayoría bien reseñados en revistas como *Who is Who in América*⁹³, *Américan Men of science*⁹⁴, o en ambas. Refiere que tanto, padres, madres, abuelos, tíos y demás familiares cercanos, no padecían enfermedades genéticas ni trastornos psicóticos, maniacodepresivos o demencias. Muchos se autodescribían como personas solitarias, que preferían pasar el tiempo escribiendo, leyendo, pintando o solo ‘pensando’. La mayoría presentaba un limitado interés genuino por la gente. Un denominador común entre todas las familias era la dificultad para hallar padres y madres realmente cálidas. Algunos matrimonios eran fríos y formales en sus relaciones, sobre lo cual Kanner se preguntaba hasta qué punto este hecho podía haber contribuido a la condición de los niños. Otros datos familiares que podían ser relevantes, Kanner los consigna como: dos de los niños eran judíos, los otros de ascendencia anglosajona. Tres eran hijos únicos, cinco los primogénitos de dos, uno era el mayor de tres, otro el menor de dos y otro el menor de tres. Las madres y padres en promedio son jóvenes, a diferencia de las familias de los niños y niñas

⁹² Kanner, L (1941). En defensa de las madres. Como criar hijos a pesar de los más ‘fervientes’ psicólogos. Título original “*In Defense of Mothers. How To Bring Up Children in Spite of the More Zealous Psychologists*”.

⁹³ Se trata de un diccionario biográfico de las más prominentes personalidades de los Estados Unidos. Inicialmente estaba destinado de forma exclusiva para británicos, pero a partir de 1899 fue reconocido para personas destacadas de los Estados Unidos.

⁹⁴ Actualmente llamada *American Men and Women of Science*, es, desde 1906 una publicación biográfica de gran prestigio, que reúne las biografías de las y los principales científicos de Estados Unidos y Canadá.

esquizofrénicas descritas por Bender. Estudios posteriores corroboran que un 10% de los padres y madres no cumplían con el ‘estereotipo’ (Kanner & Eisenberg, 1955).

8.Descripcionismo y evolución diacrónica del cuadro.

Se espera poder aprender del tiempo, que el instructor más esclarecedor, atando comienzos y finales para dar los pasos necesarios que guíen hacia una investigación fructífera⁹⁵.

Kanner, 1940, p. 1268

Como se mencionó anteriormente, la heurística positiva del PIC CI buscaba mediante la observación y descripción de elementos (aparentemente heterogéneos), seleccionar aquellos significativos a fin de jerarquizarlos para identificar enfermedades (concepto largamente apreciado por los clínicos desde Kraepelin). La observación, por largos períodos de tiempo, era el criterio más eficaz para delimitar las ‘formas naturales mórbidas’.

El PIC CI, aceptaba un postulado teórico que, transmitido por Kahlbaum, fue aplicado por Kraepelin: a idéntica evolución, corresponde una comunidad etiológica, por ende, una unidad nosológica, un enfermo (Pichot y Rein, 1995). De esta manera, realizaban estudios que relacionaban diagnóstico y evolución (definiendo a esta última en términos de duración de la enfermedad, frecuencia de las crisis, presencia de anomalías o malformaciones y evaluación de factores de morbilidad). Los distintos elementos se vinculaban con aspectos clínicos como el modo de inicio de la enfermedad, la aparición de síntomas particulares, la personalidad y la constitución morfológica pre-mórbida (Pichot y Rein, 1995). Así, se debía poder llegar a predecir la evolución de la enfermedad (pronóstico) en una secuencia idéntica para todos los casos.

Esto se daba de la mano de un diagnóstico ‘tardío’, en tanto era necesaria la observación sostenida para corroborar la hipótesis diagnóstica. Tal como se desarrolló en los apartados anteriores, el descripcionismo de Kanner sostuvo la investigación diacrónica, claramente observable en sus historiales y los seguimientos que realizaba de los mismos. Cada uno de los

⁹⁵ [It hopes to learn from time, which it recognizes as a most enlightening instructor, tying up beginnings and ends through successive steps that lend themselves to fruitful study]

casos le llevó varios años de observación, entrevistas y correspondencia con familiares, hasta corroborar el diagnóstico de AIP.

Por otra parte, y de la mano del descriptivismo, **aislar un cuadro psicopatológico ‘nuevo’**, requería un esfuerzo metódico y, como lo indicaba la tradición Clínica, se lo premiaba con el nombre de quien lo describía. Por ello en muchos lugares lo llamaron (y aún se lo llama informalmente) ‘síndrome de Kanner’.

9.Diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial y pronóstico.

El pronóstico se convierte en un conocimiento con perspectiva. El diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento se agrupan en una actividad indivisible, que en ningún momento se oscurece con una nomenclatura fija, inmutable o profética. Esta actividad se basa en la consideración individualizada de la naturaleza del problema, la composición y las experiencias del paciente, las personas que ocupan posiciones clave en sus actividades y sentimientos (...) y la colaboración entre el psiquiatra y el grupo familiar⁹⁶

Kanner, 1940b, p. 1268

El establecimiento de un diagnóstico implicaba, para el PIC Clínico, describir al menos tres momentos de la entidad mórbida: pródromo, eclosión /cuadro de estado y evolución final, con o sin restitución del estado de salud.

Señala Kanner que, para todos los casos, el inicio de las perturbaciones autistas se situaba desde el comienzo mismo de la vida o hasta antes de los primeros 30 meses, a diferencia de la Demencia Precosísima y la Demencia infantil, que presentaban un período inicial de aparente normalidad. Incluso en los casos con manifestaciones más tempranas de esquizofrenia, éstas habían sido precedidas de al menos dos años de desarrollo esencialmente ‘normal’ y los historiales resaltaban un cambio más o menos gradual en la conducta de los niños. Por el contrario, los niños de Kanner, mostraron extrema soledad desde el nacimiento, no

⁹⁶ [Prognosis becomes gnosis with perspective. Diagnosis, prognosis and treatment merge into one indivisible enterprise, which is at no time allowed to be obscured by fixed nomenclature, augury or immutability. This enterprise is based on the individualized consideration of the nature of the problem, the patient’s make-up and experiences, the people who hold key positions in his doings and feelings (...) and the collaborating relationship between the psychiatrist and the family group.]

respondiendo a nada que proceda del mundo exterior (signo de Gesell). Refiere Kanner: “[si bien] la combinación de autismo extremo, obsesividad, estereotipia y ecolalia, relaciona el cuadro global con algunos de los fenómenos esquizofrénicos básicos, (...) la condición difiere en muchos aspectos de todos los otros casos conocidos de esquizofrenia infantil” (Kanner, 1943/2021, p. xxxiv).

Una recurrencia del Primer Congreso de Psiquiatría infantil, había sido el acuerdo en torno a que en la esquizofrenia habría una reacción, desviación o ‘retirada’ de una relación con la realidad inicialmente presente. El autismo infantil, por su parte, presentaba características de inicio y de evolución distintivas⁹⁷. No se observaba este proceso de retirada hacia un modo de relación anterior (Postel y Quétel, 2000), sino que

Desde el principio hay una *soledad autística extrema* que siempre que sea posible muestra indiferencia, ignora, rechaza todo aquello que llegue al niño desde el exterior. El contacto físico directo o ciertos movimientos o ruidos que amenacen romper la soledad, son tratados como «si no estuvieran», o si esto se torna insuficiente, son dolorosamente sentidos como una interferencia angustiante (Kanner, 1943, p. xxviii. Las comillas e itálicas están presentes en el original).

Por otra parte, las niñas y niños kannerianos eran capaces de establecer y mantener una excelente, intencionada e ‘inteligente’ relación con los objetos, que no amenazaban con interrumpir su soledad.

La vinculación con la esquizofrenia para el diagnóstico diferencial, se asentaba no solo en que muchos niños y niñas presentaban inicialmente ese diagnóstico, sino también en que Kanner había empleado el término ‘autístico’ a partir del trabajo de Bleuler (sobre esto se volverá en la discusión sobre t-no teóricos o vocabulario antecedente en el Capítulo V). A diferencia de la demencia precoz kraepelineana o la esquizofrenia bleuleriana, para Kanner nada hacía pensar que pudieran sufrir un proceso degenerativo orgánico, lo cual fue corroborado en publicaciones posteriores (Kanner, 1949, 1971)⁹⁸.

⁹⁷ Sin embargo, señala Kanner en 1949, que para no desviarse de las discusiones que había por la época y haciendo justicia a las contribuciones sobre la esquizofrenia infantil, incluyó el autismo infantil precoz, en su manual, al interior del capítulo destinado a las esquizofrenias infantiles, esperando que otros cuadros clínicos bien definidos también pudieran diferenciarse del ‘concepto’ de esquizofrenia (véase el artículo del autor titulado ‘*Schizophrenia as a concept*’, de 1959).

⁹⁸ Refiere Kanner en 1949 que hasta ese momento no había considerado una biopsia de tejido cerebral en sus pacientes autistas ya que ni los hallazgos de la clínica neurológica, ni los electroencefalogramas, ni los desarrollos posteriores justificaban tal procedimiento. Incluso aquellos pacientes que se habían retraído, mostraban en su

El signo patognomónico identificado, hacía de este cuadro una patología diferente a las descritas hasta ese entonces. La evolución observada era característica: del inicio y la evolución típicas, se seguía la remisión de algunos síntomas – especialmente en la vinculación afectiva, el lenguaje y la invariabilidad– aunque en diferente grado. En cuanto a la evolución final, el cuadro presentaba una restitución parcial del estado de salud.

Para todos los casos, el curso de la enfermedad era llamativo. El deseo básico de soledad e invariabilidad permanecía esencialmente igual, aunque había variaciones en el grado en que aparecía la soledad (se notaba una aceptación de al menos algunas personas como parte de su círculo de consideración) y un incremento en el número de patrones experimentados, “suficiente para refutar la primera impresión de extrema limitación del contenido ideacional del niño” (Kanner, 1943/2021, p. xxxv). Entre los cinco y los seis años abandonaban gradualmente la ecolalia y aprendían a usar espontáneamente los pronombres personales con la referencia adecuada. El lenguaje se volvía más comunicativo: al principio en el sentido de la ejercitación pregunta-respuesta, y después en el de una mayor espontaneidad en la formación de oraciones. La comida se aceptaba sin dificultades. Los ruidos y los movimientos se toleraban mejor que antes. Los berrinches disminuían. La repetitividad tomaba la forma de preocupaciones obsesivas y el contacto con un número limitado de personas podía establecerse gradualmente. Donald, por ejemplo, si bien disfrutaba las películas “no capta el hilo, o la idea de una historia. Las recuerda en el orden en que las ve” (Kanner, 1943/2021, p. vii).

Para poder llegar a predecir la evolución (pronóstico), Kanner realiza un seguimiento de los historiales por largos períodos de tiempo⁹⁹. Aludiendo a la clínica, señala la posibilidad de arriesgar un pronóstico por medio de una retrognosis (Kanner, 1971).

El pronóstico, según la definición de los diccionarios, es ‘la predicción del probable resultado de una enfermedad’. Las predicciones que no acuden a lo sobrenatural, se basan en la experiencia anterior; lo que ha ocurrido en otros casos determina la previsión de los nuevos (Kanner, 1976, p. 746).

30 años después de la publicación sobre las perturbaciones autistas, informa sobre la evolución de cada uno de los 11 casos. Allí confirma la inexistencia de alucinaciones y delirios, aportando

comportamiento con rompecabezas y tableros de formas, oasis residuales de actividad mental planificada, lo cual disuadía de pensar en términos de un proceso orgánico degenerativo.

⁹⁹ Véase Kanner (1937). Prognosis in child psychiatry. *Archives of Neurology and Psychiatry* N° 37, pp. 922-928.

al diagnóstico diferencial con otras patologías incluidas en la esquizofrenia. Señala que, a diferencia del esquizofrénico, que intenta resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado parte, los niños autistas se comprometen gradualmente, acercándose y sondeando cautelosamente un mundo en el que han sido completamente extranjeros desde el comienzo (Kanner, 1971).

En el artículo de 1971 toma como ejemplo, algunos de los casos reportados en 1943, quienes habían logrado autonomía profesional y económica, dando prueba de capacidades creadoras culturales o artísticas. Donald había asistido a una escuela pública, donde sus peculiaridades eran aceptadas y había logrado grandes progresos pedagógicos. La madre refería que una de las mejoras más importantes era su conciencia de las cosas que lo rodeaban, que hablaba mucho más y que participaba ‘de manera real’ en los juegos con los demás chicos. También era capaz de hacer más cosas por sí mismo, sus intereses iban cambiando, aunque no así su ‘literalidad mental’. Años más tarde, había trabajado en un banco local como cajero (nunca quiso que lo promovieran de ese puesto). Tenía auto propio, jugaba al golf y físicamente, contaba con un muy buen estado de salud. Mostraba buena aptitud para las lenguas, aunque no le gustaba demasiado interactuar en conversaciones sociales; tampoco mostraba interés en el sexo opuesto. En una carta a Kanner, la familia informa que, si bien Donald no era ‘completamente normal’, había logrado asumir su lugar en la sociedad y podía cuidarse y desenvolverse solo (Kanner, 1971).

Los dos historiales que destaca por haber logrado mayor autonomía personal (Donald y Frederick), involucraban el encuentro con personas ‘capaces de entrar verdaderamente en contacto con ellos’. Otros casos habían sufrido desviaciones respecto de la semejanza inicial en el cuadro. Quienes habían tenido mayor deterioro (por ejemplo, Vivian S.), eran quienes habían sido institucionalizados/as en hospitales públicos o asilos (que en ese entonces alojaban en un mismo recinto a niños y niñas autistas junto con pacientes esquizofrénicos de mayor edad o con retraso mental profundo¹⁰⁰). Elaine luego de un tiempo de ser internada en Pennsylvania, su papá escribe una carta a Kanner (1943/2021) “Es una chica alta y fuerte, con ojos claros que hace tiempo que han perdido todo rastro de aquella fiereza animal que periódicamente mostraban en la época en que usted la conoció” (p. xxvii).

¹⁰⁰ Kanner, 1971

En el artículo *'How far can autistic children go in matters of social adaptation?'*¹⁰¹ Kanner menciona otros 9 casos además de Donald y Frederick que habían logrado mejor 'adaptación social' y corrobora lo señalado en 1955 sobre que el grado de contacto que podían establecer con las personas era un indicador importante para predecir la evolución de la patología (Kanner & Eisenberg, 1955). Un potencial predictivo era que estos once niños y niñas habían mostrado antes de los 5 años, la posibilidad de interactuar con otros mediante un 'lenguaje útil', lo cual daba un índice de la severidad del aislamiento autista. Además, de los 96 casos diagnosticados con los criterios establecidos en 1943, estos once habían demostrado ser conscientes de sus particularidades y se habían esforzado en modificarlas (Kanner, 1972).

Otro punto a destacar, era que este grupo de once casos, se habían mantenido por fuera de las instituciones asilares y hospicios. Kanner (1971a) señalaba que la admisión en los hospitales públicos para las niñas y niños que había diagnosticado de autismo infantil precoz, había sido casi una sentencia de por vida, dado que, con el tiempo, empezaban a perder la asombrosa memoria, su pelea por mantener la invariabilidad, el interés por los objetos y la pobre relación con las personas. Se preguntaba si a partir de que en los hospitales se incluyeran pabellones diferenciados y cuidados y tratamientos personalizados para estos niños y niñas, podía evitarse este pronóstico.

Como corolario, agrega que después de 30 años –y muchos esfuerzos genuinos–, nadie había tenido éxito en encontrar, para todos los niños y niñas, un abordaje terapéutico, fármaco, método o técnica que produzca los mismos o similares resultados de mejora y que sean duraderos (Kanner, 1971).

10.Etiología.

La etiología no era determinante para el diagnóstico en el PIC Cl, sino que se mantenían hipótesis etiológicas abiertas –en tanto hipótesis–. Tal era el caso de Kraepelin, quien opinaba que había que investigar en la química sexual en las demencias precoces en tanto conjeturas etiológicas abiertas, aun cuando no habían sido descubiertas las hormonas. Si se encontraba con posterioridad la etiología, “no se afectaba el programa, ya que no era un problema indicado por su heurística, por el contrario, era convalidado y perfeccionada la descripción e incluso los futuros criterios de descripción” (Argañaraz, 2007, p. 38).

¹⁰¹ [¿Cuán lejos pueden llegar los niños/niñas autistas en materia de adaptación social?]

En relación con ello, refiere Kanner que, la forma de inicio –desde el comienzo mismo de la vida– hacía difícil atribuir el cuadro completo exclusivamente al tipo de relaciones parentales. Una excesiva sensibilidad reactiva a la falta de responsividad emocional por parte de padres y madres, le sonaba a Kanner demasiado especulativo (Vicedo, et. al., 2020). Colaboradoras/es de Kanner sugirieron la posibilidad de dificultades en el desarrollo yoico, sordera a las palabras o ciertas lesiones orgánicas (Vicedo, et. al, 2020). Kanner se encargó en diferentes publicaciones de desestimar estas dos últimas posibilidades.

Autores posteriores a Kanner, critican que, a lo largo de toda su descripción clínica, no haya delimitado una causa específica del AIP. Pero señalar que en Kanner haya una falta de investigación etiológica precisa (Balbuena Rivera, 2007), o que Kanner abogara por una causalidad ambiental¹⁰² (Hobson, 2002; Bettelheim, 1967), o que cometía excesos descriptivos en relación a los cánones diagnósticos de los manuales psiquiátricos de la época (Alonso, 2012), sería caer en un anacronismo, desconociendo las características del PIC Cl.

Cabe recordar que, para este PIC, su pragmatismo y heurística negativa dictaban que ni la psicología, ni la tecnología en la investigación biológica (tampoco los hallazgos de la neurología de la época), permitían resultados relevantes para su práctica diagnóstica, pronóstica y la atención de enfermos (Argañaraz, 2012). Tampoco construían edificios teóricos, ni arriesgaban conjeturas explicativas o especulaciones etiológicas que no tuvieran sustento observacional. Decía Pinel: “hay que desconfiar de mezclar las discusiones metafísicas o ciertas divagaciones de la ideología con una ciencia que consiste en hechos bien observados” (Pinel en Pichot y Rein, 1995, p. 8).

Para Kanner (1955), incluso la separación ‘hereditario’ vs. ‘ambiental’ como términos antitéticos, era un error. Ambos factores seguramente incidían en el cuadro clínico, a pesar de sostener, como hipótesis, el innatismo del mismo en la doble vertiente etiológica de la clínica. Esto lo sostuvo hasta el final de sus días (Kanner, 1971). Sin embargo, la separación hereditario/ambiental se sostuvo hasta la actualidad, no sin consecuencias. En el Capítulo IV podrán apreciarse algunas teorizaciones sobre el autismo que intentaron acaparar la descripción

¹⁰² Quienes cuestionan a Kanner por abogar por una etiología ambiental del cuadro se basan, especialmente en el artículo “*Problems of nosology and psychodynamics*” (1949) donde menciona el término más controversial de “madres criadas en refrigeradores emocionales”.

The concluding sentence of the 1943 article said, "here we seem to have pure-culture examples of inborn autistic disturbances of affective contact." One can say now unhesitatingly that this assumption has become a certainty. Some people seem to have completely overlooked this statement, however, as well as the passages leading up to it and have referred to the author erroneously as an advocate of postnatal "psychogenicity." (Kanner, 1971, p.23)

de Kanner ajustándola a PICs rivales mediante un corpus teórico *ad hoc* para poder explicar, especialmente, la etiología.

11.Propuesta nosográfica en la que se enmarca.

Un elemento crucial para la progresividad del PIC CI era conseguir el consenso de la comunidad científica sobre su nosografía. En el intento de evitar reproducir la psiquiatría adulta, pero en miniatura –como lo habían hecho Zichen y De Sanctis (Kanner, 1944b)–, Kanner recuperó los antecedentes de otros países y los de Estados Unidos en el abordaje de la infancia y redactó el que se consideró Primer Manual de Psiquiatría infantil en EEUU (*Child Psychiatry*, 1935). Este –contemplando las sucesivas reediciones, revisiones y agregado de cuadros clínicos– fue por más de 20 años, el único manual de referencia para la psiquiatría infantil (Rivière, 1988).

Al tratarse de un manual pionero en el área, fue agregando cuadros y prólogos en cada reedición, aunque respetando la organización inicial en cuatro apartados: 1) Historia de la psiquiatría infantil, 2) orientaciones básicas, 3) consideraciones clínicas y 4) fenomenología. Este último incluyó: problemas de la personalidad provocados por enfermedades físicas, problemas psicosomáticos y problemas de conducta. Aborda desde los problemas cotidianos (alimentación, sueño, sexualidad, habla y lenguaje, manipulaciones del cuerpo, etc.) hasta ataques de ansiedad, hipocondría, obsesiones, histerismo, delincuencia, esquizofrenia y suicidio.

Kanner separó tajantemente los cuadros de esquizofrenia adulta, esquizofrenia infantil, hospitalismo, mutismo, afasias, psicosis infantil simbiótica y autismo infantil precoz. Sobre el hospitalismo, tomó los aportes de Goldfarb quien destacaba que la extrema privación ocurrida en los asilos, provocaba conductas que en lo afectivo y conceptual se parecían mucho a las que se encontraban en algunos estados orgánicos postencefálicos y postraumáticos (Kanner, 1976 [1935]). En cuanto a la esquizofrenia, las manifestaciones y tipos que se podían encontrar en adultos (hebefrénica, simple –destruktiva–, catatónica, paranoide) no eran factibles de hallar en la esquizofrenia infantil. Kraepelin no había dedicado ningún apartado a la infancia en su clasificación de enfermedades mentales (1899), aunque señalaba que “el 3,5% de los adultos esquizofrénicos, presentaban signos de ‘debilidad psíquica’ desde la niñez y Bleuler [decía] que la esquizofrenia puede aparecer desde los 7 años” (Kanner. 1976 [1935], p. 741).

Más allá de estas referencias, para puntualizar sobre la esquizofrenia infantil, retoma a investigadores e investigadoras contemporáneas, mencionadas en el Primer Congreso de

Psiquiatría Infantil, como Potter, Mahler, Lutz, Despert, etc. Potter destacaba que las manifestaciones de la esquizofrenia infantil se evidenciaban sobre todo en la conducta y en la afectividad: había abandono del interés por el ambiente, una forma dereista de pensar, sentir y actuar, deficiencia de las relaciones afectivas, disminución, rigidez y deformación del afecto. También cita a las rusas Ssucharewa y Grebélskaia-Albatz¹⁰³ y la estadounidense L. Despert, quienes presentaron una subdivisión aceptable a los ojos de Kanner, que diferenciaba los casos de inicio agudo, de los de instalación insidiosa, profundizando sus investigaciones en este último grupo. La primera se daba en niños grandes, donde luego de varios años de normalidad aparente, surgía un estado psicótico turbulento de alta intensidad, con dificultades en el sueño, en el movimiento, en el lenguaje y en ocasiones había también alucinaciones. Por lo común, había remisiones parciales, seguidas de nuevos episodios que reducían cada vez más las actividades ideoaffectivas del enfermo (Kanner, 1976 [1935]). En los casos insidiosos, el inicio era paulatino y había un retraimiento gradual del contacto afectivo con la gente y una pérdida del interés en el juego. El lenguaje se iba haciendo menos comunicativo y el pensamiento perdía su plasticidad normal. A veces el cuadro se complicaba con agresividad y afán de destrucción. Despert señaló la tendencia a juntar objetos ‘sin valor ni significado concreto’ (Kanner, 1976 [1935]).

Por otra parte, Kanner separó también la esquizofrenia de las Demencias de Heller¹⁰⁴ y de De Sanctis, la enfermedad de Tay-Sachs¹⁰⁵ y otros procesos morbosos cerebrales.

A pesar de pertenecer a tendencias de investigación rivales, Bender (neuropsiquiatra) y Mahler (psicoanalista) acordaban en cuanto a que la esquizofrenia no siempre significaba psicosis. También para Kanner (1965) el problema con la esquizofrenia era una cuestión conceptual¹⁰⁶, ya que se trataba de un “termino genérico que reunía una variedad de entidades” (p. 414). Por ello sostenía que el logro de Mahler era haber separado de este ‘concepto’ un grupo de niños y niñas cuyas complicaciones psicóticas aparecían un poco más tarde que las del autismo infantil. La sintomatología clínica giraba en torno al desesperado esfuerzo por evitar la catastrófica ansiedad producida por la separación entre la madre y el hijo (Kanner, 1976 [1935]). Claro está que el cuadro de Mahler presentaba punto por punto la sintomatología opuesta al AIP; incluso Kanner admitió que la división de Mahler aportaba claridad a la nosografía.

¹⁰³ De ambas retoma sus artículos publicados en lengua alemana (Kanner, 1935, 1949)

¹⁰⁴ Kanner (1949) señala que deben incluirse en las patologías orgánicas.

¹⁰⁵ Se trata de una enfermedad genética causada por un gen defectuoso en el cromosoma 15.

¹⁰⁶ Véase Kanner, 1959, *Schizophrenia as a concept*

En esta breve presentación de su manual, se puede observar que Kanner no solo se interesaba por un cuadro patológico (AIP), sino que su interés clínico se reflejaba en sus contribuciones sobre psicopatología infantil, en función de una nosografía. En una conversación con Albert, hijo de Kanner, éste refiere que su padre solía protestar diciendo: “¿por qué las personas sólo hablan de mis trabajos sobre autismo? He realizado muchas otras cosas en mi carrera” (Kanner, en Feinstein, 2010, p. 206). Telma Reca (1961), investigadora Argentina que trabajó en conjunto con él, recupera importantes aportes y contribuciones en diferentes patologías clínicas infantiles como manifestaciones histéricas, perturbaciones emocionales del aparato digestivo, tics, sordera a las palabras habladas, epilepsia, etc.

Por ello, con la presentación del Manual, Kanner tuvo éxito, allí donde no lo logró Kraepelin, es decir, obtuvo el consenso de la comunidad psiquiátrico-pediátrica de la época sobre una nosografía común, núcleo de la heurística del PIC Cl. Su esperanza recayó en que la nosografía iba a poder continuar distinguiendo entidades clínicas (no ‘conceptuales’) como lo había logrado él, Mahler y otros. De continuar esta tendencia, el concepto de esquizofrenia –a su parecer– iba a desaparecer (Kanner, 1959)

Historia interna del autismo infantil precoz

En términos lakatosianos lo desarrollado hasta aquí sobre el AIP permitiría indicar algunas coordenadas de su historia interna. Sin embargo, Kanner (1965) también se ocupó de presentar una breve ‘historia del autismo infantil’, señalando aspectos de la historia interna y la historia externa, en tres períodos cronológicos:

- a) Un primer momento donde los casos presentados en los historiales y la fenomenología del cuadro llamaron la atención de los y las profesionales. Este período se da hasta 1949, incluyendo artículos sobre afecto, lenguaje y problemas nosológicos y psicodinámicos.
- b) Desde 1951, en Europa se considera el autismo infantil como una enfermedad ‘*sui generis*’ y en Estados Unidos una anomalía del desarrollo adscrita exclusivamente al ‘determinante emocional materno’. Agrega Kanner que mientras unos/as buscaban criterios aceptables, otros/as –temporariamente influenciados– gritaban: “*Cherchez la mère*”, volviendo las descripciones obsoletas, dado que creían haber hallado una causa única para ‘todas las perturbaciones del yo’. Hubo muchos diagnósticos que tomaban solo una parte aislada del cuadro, como equivalente al cuadro mismo (por ejemplo, niñas y niños con retraso mental se catalogaban como autistas, se les enviaba a terapia y a

ambos padres también). El autismo infantil era un ‘slogan’ y una ‘moda’. Surgieron, sin embargo, algunos esfuerzos de distinción como el ‘pseudautismo’ (Grewel).

- c) Un tercer periodo a partir de 1960 donde la moda decayó, en parte porque quienes –para Kanner– adoptaban diagnósticos ‘clichés’ habían encontrado otra etiqueta útil para muchas patologías: ‘niñas/niños con daño neurológico’. Esto inauguró otra tendencia y dejó el estudio serio sobre el autismo a los que habían prometido precisión diagnóstica.

Estos tres periodos referidos por Kanner, se sostienen en algunas publicaciones que fueron clave en la historia interna del AIP. El artículo de 1943 y su complemento en 1944 como posteriormente en la reedición de su manual de 1948, Kanner llama la atención sobre aquellos estudios sobre la infancia que no reparaban en las familias. La descripción del AIP había mostrado que la diacronía de la enfermedad y el descripcionismo de todos los elementos brindaban una base sólida a la identificación de entes, de lo cual las familias no podían quedar por fuera, en tanto patologías muy precoces. No es un dato menor el hito de 1949 como final del primer período de ‘interés profesional en la patología’. En ese año, Kanner presentó un artículo titulado ‘*Problems of nosology and psychodynamics*’ donde abordó en profundidad la influencia ‘centrípetas’ del AIP, es decir, las familias y el entorno, punto en el cual fue –y es hasta el día de hoy– duramente criticado. En este artículo realizó una caracterización de padres, madres y demás familiares de sus pacientes concluyendo en que la misma obsesividad que mostraban en su vida y sus trabajos, la aplicaban sobre su hijo o hija y esto ‘podía haber contribuido’ a la relación impersonal y mecanizada con ellos. Padres y madres, aparentemente incapaces de disfrutar de los niños y niñas tal y como eran, trabajaban para el logro de bondad, obediencia, tranquilidad, buen comer, control de esfínteres lo más rápido posible, amplio vocabulario, memoria prodigiosa, etc. Es decir, no lograban vincularse, sino de forma ‘obsesiva’ en tanto padres ‘perfeccionistas’ (Kanner, 1949). Comenta Kanner el caso de una pareja que había hecho de esto su esfuerzo consciente y deliberado en ese sentido:

El pensamiento de la madre ante un aborto provocado fue contrarrestado por la firme determinación de criar "un bebé perfecto". Decidió que, para lograr este objetivo, debía dejar a Patricia a solas y no prestarle más atención de la que se consideró necesaria. La alimentación y el cambio de pañales fueron obsesivamente regulados. La beba parecía recompensarla plenamente. Lloró muy poco después de las primeras semanas de tratamiento intensivo. Gimieando, no dio más problemas, tomó su botella mecánicamente y se sometió pasivamente a la manipulación. Ella no mostró ninguna reacción anticipatoria a ser recogida en

brazos¹⁰⁷(Kanner, 1949, p. 424. Traducción propia. Las comillas están presentes en el original).

Concluye que la mayoría mostraba adherencia obsesiva a las reglas establecidas, como sustituto del disfrute de la vida.

Es interesante que, a pesar de su alto nivel intelectual, ninguno de los padres ha mostrado habilidades realmente creativas (...) Los padres recordaban el número exacto de palabras que los niños sabían en un determinado tiempo, el número exacto de canciones infantiles que los niños podían recitar, el exacto peso corporal a intervalos especificados. Incluso el cirujano que no estaba seguro que reconocería a sus hijos si los encontraba en la calle sabía rápida y correctamente todos los datos de desarrollo del paciente (Kanner, 1949, p. 423. Traducción propia)¹⁰⁸.

En este artículo utiliza el término ‘refrigeradores emocionales’, en tanto para Kanner, estas personas habían encontrado a una edad temprana la aprobación ligada a los estándares de perfección. A pesar de destacar que no se trataba exclusivamente de las madres (menciona padres, abuelos/as y demás familiares y personas encargadas de la crianza), en sus observaciones describía el intercambio paciente-madre, dado que eran éstas quienes solían llevarlos a la clínica.

En 1955 agrega un ejemplo de lo que él entendía por ‘refrigerador emocional’, comentando el siguiente caso. Se trata de unos mellizos, donde al poco tiempo de nacer fallece uno de ellos. A partir de allí, la madre decidió aislar al que quedó vivo de cualquier contacto con las personas que no fuera estrictamente por necesidades ‘fisiológicas’. Esto lo sostuvo hasta los dos años de edad del niño. Su objetivo era mantener la esterilidad bacteriológica del ambiente del niño el mayor tiempo posible. Continúa Kanner con la descripción del entorno: Los niños y niñas en

¹⁰⁷ [The mother’s fleeting thought of an induced abortion was counteracted by the firm determination to rear “a perfect baby.” She decided that, to achieve this goal, she should leave Patricia alone and give her no more attention than was deemed necessary for obsessively regulated feeding and change of diapers. The baby seemed to reward her fully. She cried very little after the first few weeks of intensive yammering, gave no further trouble, took her bottle mechanically, and submitted passively to manipulation. She showed no anticipatory reaction to being picked up]

¹⁰⁸ [It is interesting that, despite their high intellectual level, not one of the parents has displayed any really creative abilities. (...) The parents recalled the exact number of words which the children knew at a certain time, the exact number of nursery rhymes the children could recite, the exact body weights at specified intervals. Even the surgeon who was not certain that he would recognize his children if he met them on the street knew promptly and correctly all about the patient’s developmental data]

sí, no eran indeseados y el embarazo había sido bien recibido, sin embargo, padres y madres no parecían saber qué hacer con ellos cuando los tuvieron. Los bebés no parecían encajar en su esquema establecido de vivir, aunque sus padres querían ansiosamente hacer un buen trabajo, y lo hacían de forma mecanizada.

Se preguntaba Kanner que pasaba con un número de familias que no cumplían con estas condiciones (cerca del 10%), o aquellas que sí lo hacían, pero que criaban otros niños y niñas no-autistas. Además, refirió la importancia de “reflexionar sobre la relación psicodinámica entre autismo infantil temprano, esquizofrenia de la infancia tardía, y el ‘hospitalismo’ estudiado por Goldfarb” (Kanner, 1949, p. 426). Es de destacar la relación que tempranamente estableció Kanner entre un cuadro como el hospitalismo, donde el factor ambiental era determinante, la esquizofrenia, donde había una retirada abrupta del mundo exterior y el AIP, ideas que decantarían en su estudio de 1959(b) sobre las ‘fuerzas centrípetas en el desarrollo de la personalidad’. Retomando este aspecto, en el simposio de 1955, comparó la incidencia familiar en el autismo y en el hospitalismo. Retomó diferentes estudios donde se probaba que la privación emocional (Spitz) acarrea severas consecuencias en el desarrollo psicobiológico, con disfunciones fisiológicas y retraso motor. En otros estudios se corroboraba que una infancia sin padre, madre y/o figuras parentales sustitutas (ya que en ocasiones ‘la madre no era la principal dispensadora de cuidado y afecto’ como en los kibutz) tenían una correlación significativa con comportamientos perturbados y antisociales en la juventud.

Para el caso del AIP, destacó algo que había escrito anteriormente (1943, 1944, 1949): el hecho que el cuadro se presentara desde el inicio de la vida hacía difícil atribuirlo exclusivamente al tipo de relación parental¹⁰⁹. Pero, que un niño de 3 años sepa los nombres de todos los presidentes y vice-presidentes, 37 versos y poemas, 25 preguntas y respuestas del catecismo presbiteriano, etc., (aun sin que tengan un sentido para él y sin saber leer), hacía difícil suponer que esto no contribuyera en nada a la patología.

Es difícil escapar a la conclusión de que esta configuración emocional en el hogar juega un papel dinámico en la génesis del autismo. Pero nos parece igualmente claro que este factor, aunque importante en el desarrollo del síndrome, no es suficiente en sí mismo para dar lugar a su aparición. Pareciera que los niños son diferentes desde el comienzo de su existencia extrauterina (Kanner & Eisenberg,

¹⁰⁹ Luego continuó sosteniéndolo en artículos posteriores (Kanner, 1965)

1955, p. 563. Traducción propia El destacado no se encuentra presente en el original)¹¹⁰.

Kanner consideró como erróneas la distinción hereditario-ambiental y la ‘rígida distinción orgánico-funcional’, ya que había pocas posibilidades de que un solo agente etiológico fuera responsable de los comportamientos patológicos (Kanner & Eisenberg, 1955). Incluso a lo largo de muchos escritos (1935, 1943, 1944, 1955, 1965) sostuvo la importancia de abordar la caracterización familiar como parte de la descripción de patologías infantiles, tal como la clínica lo indicaba en su doble vertiente etiológica. Sobre ello dió varios ejemplos, como en 1955, donde señalaba que no era posible distinguir bioquímicamente entre microorganismos mutantes hasta que no se los expone a los nutrientes apropiados. Del mismo modo, el efecto de los agentes ambientales no podía verse a menos que el genotipo sea el adecuado. En niños con fenilcetonuria, por ejemplo, un entorno rico tendrá mayores diferencias en lo que respecta a su desarrollo intelectual, que un ambiente empobrecido (Kanner & Eisenberg, 1955). Desataca el autor: “los factores innatos, tanto como los experienciales se reúnen para producir el cuadro clínico” (Kanner & Eisenberg, 1955, p. 564).

Concluye en 1955 que “el autismo infantil precoz es una patología totalmente psicobiológica”, la cual requiere un estudio exhaustivo a nivel “biológico, psicológico y social” (Kanner & Eisenberg, 1955, p. 564). Aunque Kanner sostuvo con claridad la concepción clínica de la doble fuente etiológica, otros Programas de Investigación expandieron esta problemática, tomando partido por la disputa orgánica-ambiental, intentando ajustar la descripción de Kanner en función de su programa, como se presentará en el Capítulo IV.

Sin embargo, y dado que en el contexto el PIC Psa se encontraba plenamente vigente, la acaparación del hecho nuevo kanneriano por autores como Bruno Bettelheim hizo de las ‘madres nevera’ un nuevo episodio en la historia del AIP. Bettelheim, apoyado en el psicoanálisis annafreudiano, toma fragmentos de Kanner del tipo ‘no soy muy apegada a mi niño’ (Kanner, 1944) y los compara con situaciones extremas vividas desde el exterior, como la guerra en la cual él fue prisionero. De esta manera, las ‘madres nevera’ y el consecuente trauma infantil tuvieron un lugar privilegiado en su teoría. Por ello, su terapéutica implicó “la

¹¹⁰ [It is difficult to escape the conclusion that this emotional configuration in the home plays a dynamic role in the genesis of autism. But it seems to us equally clear that this factor, while important in the development of the syndrome, *is not sufficient in itself* to result in its appearance. There appears to be some way in which the children are different from the beginning of their extrauterine existence]

ardua tarea de deshacer los graves daños psicológicos que otros habían infligido a algunos niños que padecían serios trastornos” (Bettelheim, 1988 [2010], p. 16). En 1947, Bettelheim había fundado la Escuela Ortogénica de Chicago (*Orthogenic School*), donde los niños eran separados de sus madres para emprender esta terapia –descontando las terapias que debían también emprender madres (y padres)– cuyo objetivo era ‘rescatar a los niños de un entorno hostil’ (Bettelheim, 1967).

Otro ejemplo clave por su impacto en las políticas públicas de Estados Unidos posterior a la segunda guerra, fueron las teorías que situaron a la madre y al ‘amor materno’, como una necesidad instintiva del niño (Vicedo, 2014) que garantizarían un ‘psiquismo sano’. Bowlby (1952) comparó los cuidados maternos con ‘organizadores químicos del desarrollo’ y, apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO), publicó ‘Cuidado Maternal y Salud Mental’ (1951/1968). Luego de un recorrido por diferentes ámbitos: deprivación (Harlow, Lorenz, Tinbergen, Spitz, Ainsworth), delincuencia juvenil, familias sustitutas, niños adoptados y niños criados en hospitales, aisló una variable que, para él, influía en el crecimiento física y emocionalmente saludable de niños y niñas: el ‘amor materno’. Más aún, la necesidad ‘instintiva’ de amor materno en niñas y niños, lo que fundó las bases de su ‘Teoría del Apego’ (*attachment*). Continuó profundizando sobre este aspecto en ‘*The nature of the child's tie to his mother*’ y otros, encontrándose con variadas críticas (especialmente sobre el lugar de la madre biológica como única garante de esa función). Finalmente, y para desplazar cualquier resto de moralidad, terminó reduciendo el amor materno a una pulsión psicobiológica¹¹¹ que también fue teóricamente muy difícil de sostener.

Si bien Kanner citó en sus trabajos algunas contribuciones de estos autores¹¹² para la psiquiatría infantil, las teorizaciones de Bowlby o de Bettelheim distaron mucho de lo que él esperaba para el autismo infantil precoz. De la misma manera que las ‘madres nevera’ contribuyeron al desprestigio del psicoanálisis, estas críticas recayeron sobre Kanner, quien en repetidas ocasiones debió destacar sus consideraciones iniciales sobre la doble vertiente etiológica. Las acusaciones de tipo ‘*Cherchez la mere*’ eran a su modo de ver, totalmente injustas e infundadas. Incluso en 1941 ya había publicado un libro titulado ‘En defensa de las madres. Como criar

¹¹¹ Véase Vicedo, 2013.

¹¹² A raíz de la conferencia de mitad de siglo en la Casa Blanca sobre niños y jóvenes, Kanner (1950) escribe las contribuciones que la psiquiatría infantil tenía hasta ese entonces. Menciona el libro del psicoanalista Erikson ‘*childhood and society*’, Bettelheim ‘*love is not enough*’ y el ‘*psychoanalytic study of the child*’, que incluía contribuciones de Anna Freud y una monografía de Telma Recca (Argentina) sobre psicoterapia en la niñez y la traducción del manual de psiquiatría infantil al español por Olea

niños a pesar de los más fervientes psicólogos’, a la par que el libro de su colega B. Beverly ‘En defensa de la infancia’.

En este libro, con mucho sarcasmo e ironía, Kanner señaló cómo en la sociedad norteamericana se había reemplazado paulatinamente el sentido común por la implantación de ‘la superstición pseudocientífica’ que llevó a creer en un ‘Gran Dios Inconsciente’ al cual los padres engullían como la única verdad. En el apartado de su libro que llevó el nombre homónimo, abordó algunas concepciones psicoanalíticas de la época respecto de la crianza y la relación padres/madres-hijos. Finalizó el capítulo diciendo: “Si después de lo que ha leído, usted desea seguir rindiendo culto al Gran Dios Inconsciente y a sus certeros intérpretes, no hay nada que la detenga. Pero no permita que sus niños paguen las consecuencias de sus propias excursiones por el reino de la fantasía” (Kanner, 1974 [1941], p. 157).

Entre los ‘expertos de la época’ a quienes puso en el centro de sus críticas, diferenció entre: el psicoanálisis y sus ‘peligrosos mecanismos y complejos inconscientes’, quienes postulan ‘serios sentimientos de inferioridad’ y quienes estudiaban la ‘conducta’ de los niños, en tanto gobernada por ‘glándulas de secreción interna’.

Diferente al contexto al que lo había recibido en 1924, entrada la mitad del siglo XX el psicoanálisis –principalmente la egopsychology– inundaba el campo ‘psi’ en E.E.U.U.¹¹³ y el AIP se entendía como una ‘anormalidad del desarrollo adscrita exclusivamente al determinante emocional materno’. Si bien en el artículo de 1943 y posteriores había señalado las características de los padres y madres y su relación con los síntomas de los niños y niñas, nunca había mencionado una relación de causa efecto (Kanner, 1971a). Incluso sobre las familias agrega

se pueden obtener conocimientos a partir de experiencias etológicas. Los padres están comenzando a tratarse desde el punto de vista de la reciprocidad, en lugar de como personas que se encuentran en un extremo de una bipolaridad entre padres e hijos; fueron incluidos en esfuerzos terapéuticos, no como culpables etiológicos, no como meros recipientes de drogas y administradores de reglas de lo que se debe hacer y lo que no (1971a, p. 145)¹¹⁴.

¹¹³ La escuela kleiniana no había logrado implantarse verdaderamente en Estados Unidos, sino solo en los países latinoamericanos que manifestaban indiferencia a una doctrina sentida como imperialista (Roudinesco, 1993)

¹¹⁴ [insights may be gained from ethological experiences. Parents are beginning to dealt with from the point of view of mutuality, rather than as people standing at one end of a parent-child bipolarity]

En 1972 dirá de este período de mitad de siglo –cuando el autismo entró en la ‘arena pública’–, que fue un momento donde el interés estaba centrado principalmente en las especulaciones etiológicas, aunque lidiaban más bien con ‘categorías’ teóricas que, con individuos, las cuales, a la fecha seguían siendo inciertas.

El último periodo que señaló Kanner, efectivamente implicaba un decaimiento de esa ‘moda’ de acusar a las madres, pero ello se daba en función del surgimiento de ‘otra moda’: la de las ‘niñas/niños con daño neurológico’. Como se verá en el próximo capítulo, esto no inauguró, en verdad, ‘otra tendencia’ –como refiere Kanner– aunque el estudio ‘serio’ sobre el autismo hubiera quedado en manos de los que habían prometido precisión diagnóstica.

Conclusiones de este capítulo

El psiquiatra es el último de los clínicos, dado que se encuentra privado de todo examen de laboratorio confiable y útil para su práctica y debe conformarse con un balance puramente clínico y con una entrevista minuciosa para establecer su diagnóstico

Burgeois en Pichot y Rein, 1995, p. 37

En el presente apartado se sitúa a Kanner como gran exponente y defensor –quizás el último– del PIC Cl, en el marco del nacimiento de la psiquiatría infantil estadounidense. A partir de sostener la heurística positiva del programa clínico estancado, describe y descubre un ‘hecho nuevo’: el autismo infantil precoz. Se retomó aquí punto por punto su descripción, destacando lo que Kanner ubicó como central para la sintomatología del autismo infantil: afecto, lenguaje, invariabilidad y un signo patognomónico de los primeros meses de vida (Gesell). Estos le permitieron delimitar una entidad separada de la esquizofrenia y el retraso mental, hecho consensuado al interior de la nascente comunidad pediátrico-psiquiátrica de la época.

Ya en el Capítulo I se demostró con Mach y Popper que no hay observación posible sin teoría implícita. De esta forma es dado señalar que Kanner suponía, al igual que los clínicos, entes mórbidos que se desarrollaban en el tiempo, donde la noxa no era ajena. Tomando como referencia a Sneed, Kanner utiliza como T-no teóricos los términos del PIC Clínico (vocabulario

antecedente de la psiquiatría clínica como: autismo, afecto, perturbaciones), que dan por cierto el método clínico, ampliando los observables especialmente en torno al afecto, el lenguaje y la invariabilidad. La teoría implícita en su descripción evidenciaba la progresión que podía hallar el PIC Clínico, abarcando cada vez mayor cantidad de datos empíricos. Este ‘hecho nuevo’, en términos de Lakatos y Fleck, modificó la agenda de problemáticas de la ciencia, en este caso, de la psicopatología, la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis inclusive, obligando a tendencias y PICs rivales a desarrollar teorías *ad hoc*.

En el Capítulo II se identificó el contexto epistémico en que Kanner desarrolló sus investigaciones, donde los ‘mecanismos psíquicos’, las ‘estructuras’ (Lacan) y las teorías etiológicas habían dominado el campo ‘psi’ de la mano del PIC psicoanalítico.

Se puede evidenciar que en ese contexto Kanner no solo se encuentra y confronta con la psicopatología ‘teórica’ de la época, sino más precisamente con un psicoanálisis que había abandonado la psicopatología y el debate clasificatorio ya que se encontraba excedido de teorías explicativas –frecuentemente muy especulativas, como las de Melanie Klein– sobre las causas, mecanismos y funcionamiento de diversas patologías.

De esta manera, se puede afirmar que, de no haber sido por el PIC Clínico, no se podría haber arribado al descubrimiento del AIP, como se mencionó *ut supra* el Programa psicoanalítico, aunque se mostraba progresivo, no lo hubiera logrado dado que se encontraba discutiendo mecanismos y terapéuticas. Incluso el mismo Kanner criticó tanto a quienes tomaban ‘prestados’ de la psiquiatría términos para validar sus teorías, como a quienes se aferraban a “conceptos psicoanalíticos insuficientemente validados” (Kanner, 1958, p. 401).

En este punto y de forma coincidente con Kanner, el psicoanálisis se hallaba utilizando la nosografía ‘de moda’, perdiendo la direccionalidad indicada por las heurísticas de su PIC y obteniendo mayores avances explicativos que discriminando patologías como había hecho Freud.

Además del psicoanálisis, otras tendencias de investigación retomarían este ‘hecho nuevo’ e intentarán explicarlo, especialmente haciendo foco en los aspectos que la clínica intencionalmente había descuidado: las causas etiológicas, las fallas de funcionamiento en ‘circuitos cerebrales’, en ‘la mente’ o en la ‘alienación’.

Capítulo IV

RESPUESTAS POST FACTO AL ‘HECHO NUEVO’ KANNERIANO. SESGOS Y TEORIZACIONES AD HOC

Como se indicó en el Capítulo anterior, es necesario abordar la reconstrucción del ‘hecho nuevo’ generado por el PIC Cl, aún después del dominio en el área ‘psi’ conseguido por el psicoanálisis. La MPIC señala que una descripción progresiva pone a la ciencia a discutir fenómenos que no estaban discutiendo y que otros PICs deberán intentar explicar ajustando su heurística o redundando en hipótesis *ad-hoc*. Esta metodología permite identificar descripciones mejores que otras; en tanto que, si una descripción incluye asuntos que en las otras descripciones quedan afuera, es progresiva. Por el contrario, una descripción degenerativa explica un fenómeno con pocos datos y no amplía la descripción anterior.

Al igual que como ocurrió con la histeria, el descubrimiento/descripción del Autismo Infantil Precoz por Leo Kanner obligó a un cambio de agenda en otros PICs y tendencias investigativas, ya que sus heurísticas no podrían haber conducido a ese descubrimiento, al desestimar la identificación de ‘entidades mórbidas’.

Kanner se mostró en contra, tanto de las teorizaciones psicoanalíticas que habían impregnado fuertemente la etiología del autismo infantil en un primer momento, como contra las teorías que sostenían que todo el cuadro clínico se basaba en una disfunción cerebral. El AIP, para él, debía servir como guía para hallar ‘entidades’, no conceptos. Por ello, en el presente capítulo se abordan algunas de las tendencias investigativas señaladas por Kanner como las más pregnantes en su época y que aún hoy, en el contexto académico, pero también en las prácticas de atención de pacientes en la Ciudad de Córdoba, se encuentran vigentes y en disputa por el fenómeno autista.

El autismo, los autismos, el trastorno del espectro del autismo (TEA)

Al inicio del S. XXI se pueden hallar fácilmente, más de una centena de teorías explicativas del autismo, algunas de las cuales tuvieron mayor representación y mostraron su hegemonía en determinados contextos. Sin embargo, es menester identificar para cada teoría su filiación a un determinado PIC (Cap. I) o tendencia de investigación dado que por más disímiles que estas puedan parecer, al sostener las mismas heurísticas justifican las mismas prácticas (psicofarmacológicas, de entrenamiento, de aplicación de tecnologías, de atención, etc.).

Por ello, la pregunta que orienta este apartado es una pregunta que, a pesar de la acumulación de teorías y avances explicativos sobre el fenómeno, se considera aún vigente, dado que originó no solo la presente tesis, sino también cientos de publicaciones que intentan abordarla: ¿Qué es, a fin de cuentas, el autismo?

Sin intentar un listado exhaustivo y excluyente, se mencionan a continuación algunas de las teorías consideradas actuales en la literatura sobre el fenómeno autista, agrupadas en torno a elementos identificados en un primer momento de la investigación:

1- *Teorías sobre el cerebro*. Este grupo incluye teorías que intentan explicar el autismo como un disfuncionamiento a nivel orgánico-cerebral. Algunos estudios señalan el incremento del diagnóstico de autismo en poblaciones con macrocefalia (Parmeggiani, et. al, 1999, Quintana Hernández, et. al, 2021; Quijada, 2008) o microcefalia (Lalaguna-Mallada et. al, 2004), un fenotipo cráneo-cefálico de ‘TEA’ que evidenciaría alteraciones embriológicas del desarrollo del cerebro (Tripi, et al., 2019); déficits a nivel neuronal (Saffin et al, 2016; Wegiel et. al, 2015; Liu et al., 2017) incluyendo disfunción del sistema de neuronas en espejo (Cornelio-Nieto, 2009; Rizzolatti & Craighero, 2004), anormalidades en la región tálamo-cortical y otros circuitos neuronales (Tuchman y Rapin, 2002), déficits a nivel inmunológico (Robinson-Agramonte et al., 2022; Shuid et al., 2021), o de neurotransmisión (Mariani et al., 2015; Frei et al., 2021), disfunciones de estructuras cerebrales como: el cerebelo (Fatemi et al., 2012), el cuerpo calloso (Wegiel et al. 2018), la corteza (Trutzer et al., 2019) –frontal/temporal (Martín Murcia, et al, 2001)–, el sistema límbico (hipocampo, neocorteza, arquicorteza y los núcleos límbicos del tálamo, hipotálamo y del tallo cerebral) (Weidenheim, 2001) y los ganglios basales (González y Menchaca, 2007); otras teorías etiológicas basadas en estudios genéticos (Kauffman, 2015; Álvarez & Camacho, 2014, Balbuena, 2015, Núñez Ríos, 2020), epigenéticos (Loke, et al., 2015) y cromosómicos (Xu et al., 2018; Barnard, 2015); de metabolismo

gastrointestinal (Coleman & Blass, 1985, Fife, 2012; Wasilewska & Klukowski, 2015) u hormonales (Martino, 2014; Cohen, et al. 2020), causas ambientales como: virus pre o perinatales (incluidos COVID-19, Zika, Rubiola, Citomegalovirus e Influenza) (Shuid et. al., 2021), o metales pesados (mercurio asociado a vacunas, plomo y pesticidas organofosforados) (Comin, 2012).

2- *Teorías de la mente*. En este agrupamiento se incluyen teorías que explican el autismo como una dificultad no ya cerebral, pero sí a nivel de cognición, representación y atribución mental, sostenida en la distinción cuerpo-mente. Se menciona en primer lugar la teoría de la mente (Rivière, 1988; Barón-Cohen, 1995) y su variante ‘afectiva’ -*The Hot theory of mind*- (Henry, et al. 2013; Draperi, et. al, 2022), teorías de la metarrepresentación (Leslie, 1987), teoría de coherencia central (Frith, 2004; Happé, 1997), teoría de la hiper-sistematización (Barón-Cohen, 2006), la teoría de las funciones ejecutivas (Russell, 2000; Ozonoff, 2000; Martos-Perez & Paula-Perez, 2011), teorías de la intencionalidad (Leslie, 1994), teoría de los actos de habla indirectos (Searle, 1969, 1975; Murray et. al 2015), teorías sobre trastornos semántico-pragmáticos (Monfort, 1997; Muñoz-Yunta et. al, 2006), déficit de integración sensorial (Ayres, 1980, 2005), empatía cognitiva (Barón-Cohen, 2009), atención compartida (Martos & Ayuda, 2018), teoría sociocomputacional de control (Frawley, 1999, 2002), teoría sobre la conciencia de relación (Trevarthen, et. Al, 2003), teoría de la intersubjetividad primaria (Hobson, 1993, 2002; Muratori, 2009).

3- *Teorías Psicodinámicas y de la subjetividad*. Este grupo incluye teorías que abordan el autismo como una modalidad de constitución psíquica, de subjetivación y/o de vinculación con el Otro. A diferencia de la división mente-cuerpo, suponen que la problemática se asienta en el ‘yo’ o en el ‘ser’. Se pueden hallar teorías sobre la formación del yo (Klein, 1930), del ‘self’ (Meltzer, 1975) o de la subjetividad (Tendlarz, 2016), sobre un trastorno de la relación con el Otro y su demanda (Laurent, 2013), sobre dificultades en la díada mamá-bebé (Winnicot, 1966), sobre fallas en la alienación-separación (Maleval, 2012, 2022), o sobre la constitución del autismo como defensa psíquica (Bettelheim, 1967). También se incluyen teorías que diferencian el autismo de forma estructural –estructura autística– (Lefort, 1980), los estados autistas (Tustin, 1981), las fases autísticas (véase fase autística normal en Mahler, 1990), teorías sobre la intrusión del lenguaje y la voz (Maleval, 2011, Mannoni, 1963, Doltó, 1984), teorías

sobre la lengua y el afecto (Mannoni, 1963; Thomas, 2015), sobre la forclusión del agujero (Laurent, 2013) y el traumatismo de la lengua (Manzotti, 2018).

Sobre este amplísimo espectro de teorías que abordan el autismo, podría ensayarse un reordenamiento en función del PIC al cual pertenecen, distinguiendo filiaciones epistémicas, grupos teóricos o ‘escuelas’. Para ello es necesario, en un primer momento, la presentación de otros Programas de Investigación que, además del PIC CI y PIC Psa, disputaron desde inicios del siglo pasado el ámbito Psi. Contemplar estos cinco programas permitirá conjeturar posibles continuidades y discontinuidades donde las teorías mencionadas podrían filiarse y así presentar un panorama contemporáneo de las investigaciones sobre el autismo infantil precoz.

Otros Programas de Investigación Científica

El peso de la evidencia no solo es función de una hipótesis
falsable y de la evidencia, sino que también depende de
factores temporales y heurísticos

Lakatos y Zahar, 2002 [1976], p. 230.

En *Psicopatología y Psicoanálisis. Una perspectiva desde Lakatos*, Argañaraz (2007) identifica cinco PICs que formaron parte de la constitución de las disciplinas ‘Psi’ (psicología, psiquiatría, psicopatología) a inicios de siglo XX (1880-1920): el neuropsicológico, el científico espiritual, el conductista, el clínico y el psicoanalítico. Si bien estos últimos se abordaron con mayor profundidad en el Capítulo II, cabe hacer una breve mención a los primeros tres.

El **PIC Científico Espiritual** toma fuerza a partir de 1913 con Jaspers, quien postula una psicopatología no ya como ciencia natural (enfoque parcial y limitado), sino como ciencia del espíritu, aplicando a la psicopatología las ideas de Dilthey. Para su Psicología Comprensiva, Jaspers introduce la fenomenología como método, escapando de la crítica a la introspección. Sostiene como núcleo duro la importancia de **comprender** los hechos históricos y psicológicos, (a diferencia de las ciencias de la naturaleza, que explican fenómenos). Adhiere a la idea filosófica de trascendencia, incluso su heurística positiva se basa fundamentalmente en un postulado **filosófico**, aseverando que la infinitud del hombre es irreductible a uno de sus aspectos biológicos, sociales, inconscientes, etc. La heurística negativa de este PIC señala que

cualquier programa ‘científico natural’ será considerado parcial con resultados que pueden ser reabsorbidos por él, y de ocurrir un estancamiento en el mismo podrá ser reducido a no contemplar el todo del hombre y del espíritu.

En oposición a cualquier psicología con rasgos especulativos y rechazando la introspección (Wundt), Watson toma la tradición darwiniana y su preocupación por las conductas adaptativas de los organismos vivos. De esta manera, el **PIC Conductista**, fuertemente ambientalista, tiene como núcleo duro el estudio –de forma objetiva– de los **estímulos** que recibe un organismo y las **respuestas** conductuales adaptativas que muestra. Su heurística positiva señala que toda conducta es una respuesta a las condiciones del ambiente. De esta manera, los cambios producidos real o experimentalmente modifican la conducta y son el medio para su estudio. En cuanto a su heurística negativa, no consideran elementos no observables, asumiéndolos como ‘psicología especulativa’, por lo que las consideraciones que de ellas partieran serían acientíficas. El programa se muestra progresivo en la psicología animal, el entrenamiento por ensayos discretos y la educación, aspectos que ningún otro programa había abordado sistemáticamente con anterioridad.

Otro de los programas que se mencionó escuetamente en el Capítulo II, es el **Neuropsicológico**, de corte organicista, al cual perteneció Freud durante un buen período de tiempo. Sostiene como núcleo firme el estudio de las funciones y disfunciones (de la motilidad, lenguaje, voluntad, pensamiento, memoria, etc.) dando lugar a una psicología basada en el cerebro. Su heurística positiva reside en el estudio de las funciones mentales asentadas en el cerebro. La heurística negativa indica que cualquier ‘ciencia social’ es sospechosa de pseudociencia y será estéril en sus consecuencias (Argañaraz, 2014).

Cuadro N°3. Otros Programas de Investigación Científica de inicios de S. XX (1880-1920)

PIC	Neuropsicológico	Espiritual	Conductista
Núcleo Firme	El estudio de las funciones y disfunciones (de la motilidad, lenguaje, voluntad, pensamiento, memoria, etc.) dará lugar a una psicología basada en el cerebro. ORGANISISTA	Comprender los hechos históricos y psicológicos (no explicarlos) ESPIRITUALISTA	Estudiar de forma objetiva los estímulos que recibe un organismo y las respuestas conductuales adaptativas que muestra AMBIENTALISTA

Heurística positiva	Estudio de las funciones mentales asentadas en el cerebro	Se basa fundamentalmente en un postulado filosófico: la infinitud del hombre es irreductible a uno de sus aspectos biológicos, sociales, inconscientes, etc. Idea filosófica de trascendencia	Toda conducta es una respuesta a las condiciones del medio ambiente, los cambios producidos real o experimentalmente modifican la conducta y son el medio para su estudio.
Heurística Negativa	Cualquier ‘ciencia social’ es sospechosa de pseudociencia	Cualquier programa científico natural será considerado siempre parcial y cualquier estancamiento de otro programa de investigación podrá ser reducido a no contemplar el todo del hombre y del espíritu.	No consideran elementos no observables, asumiéndolos como psicología especulativa, por ende, las consideraciones que de ellas partan serán acientíficas.
		Fenomenología Existencial- psicología comprensiva	

Fuente: elaboración propia a partir de Argañaraz, 2007. Psicopatología y Psicoanálisis: una perspectiva desde Lakatos. Córdoba: Brujas.

Se presentaron escuetamente los Programas, sus elementos y rivalidades. Si bien el período recortado va desde fines del siglo XIX hasta principios del siglo XX, éstos continuaron desarrollándose (de forma progresiva o degenerativa). Como señala la MPIC se debe buscar en la historia PICs rivales de modo de ubicar un programa a gran escala que se impone a otro (estancado). Es razonable exigir este estudio histórico de la MPIC para una reconstrucción racional dado que, como señala Argañaraz (2014), en la historia del pensamiento humano, no se crea una nueva metafísica cada año.

Sin embargo, la identificación clara de un PIC, ajustada estrictamente a las premisas lakatosianas (Lakatos y Zahar, 2002), es un trabajo muy detallado y requiere contemplar largos períodos de tiempo, diferente a una presentación sobre el ‘estado del arte’ o sobre teorías consideradas ‘actuales’. Por ello las teorías presentadas *ut supra* presentan una dificultad para la MPIC: dada la necesidad de contar con un lapso histórico suficiente para ubicar la racionalidad en la historia de la ciencia, no sería factible ubicar fácilmente PICs

contemporáneos. Como se mencionó en el Capítulo I, un estudio riguroso de los PICs, implica abarcar su ‘largo alcance’. Lo que se presenta como provisoriamente viable, es ubicar, a partir del despliegue y la acumulación reciente de investigaciones sobre historia e historiografía de la Psicología, la Psiquiatría y la Psicopatología, algunos elementos que indiquen la filiación de estas teorías a determinadas tendencias de investigación, que en el largo plazo podrán corroborarse como pertenecientes a un determinado PIC.

Para ello no se profundizará en cada programa, sino más bien, se presupondrán sus continuidades en tanto tendencias o tradiciones de investigación. De esta manera se hará hincapié en los elementos que las ubican como ‘actuales’ y en disputa por el ‘hecho nuevo’ kanneriano.

Historia externa del autismo infantil precoz y tendencias de investigación en pugna

En términos lakatosianos, la historia externa permite situar algunas problemáticas que incidieron en la historia interna. Tal como Kanner redactó una breve historia interna de la patología, Ángel Rivière –psicólogo español reconocido por sus estudios cognitivos sobre el autismo–, presenta algunos hitos que la complementan en tanto externos.

Señala Rivière (1988) que durante los veinte años que siguieron a la descripción de Leo Kanner, con el dominio del psicoanálisis en gran parte del campo ‘psi’, el autismo se entendía, sobre todo, como una perturbación de orden ‘emocional’. La prevención y la detección precoz se dieron inmediatamente, ya que se consideraba una etiología principalmente de índole psicógena (en tanto mecanismo psíquico). El método más utilizado entonces, era la psicoterapia.

La difusión del psicoanálisis generaba para Kanner un descuido de la clínica, incluso un borramiento de su historia. En *‘The matter of historical perspective*, Kanner (1954) reportó lo obtenido en un estudio estadístico sobre las nociones que estudiantes y jóvenes psiquiatras norteamericanos y europeos tenían sobre la psiquiatría. Allí concluyó, con asombro y disgusto, que gran parte de los psiquiatras no solo desconocían la historia de la psiquiatría clásica y sus grandes referentes históricos (Pinel, Kraepelin), sino que asociaban la psiquiatría con el psicoanálisis, y el nacimiento de ésta con la obra de Freud (Kanner, 1955b), o con alguno de sus discípulos: Ferenczi y Abraham. Se pregunta Kanner: “¿Quiere esto decir que el grupo analítico hizo un mejor trabajo que el resto de nosotros difundiendo apreciaciones sobre sus pioneros y pioneras?” (Kanner, 1954, p. 388).

Junto con el surgimiento de los estudios de posguerra, el posfordismo y el concepto de discapacidad (Preciado, 2013), los desarrollos computacionales de mitad de siglo XX y la equiparación hombre-máquina; ello sumado al auge de la lingüística estructural y el impacto del estructuralismo en la psiquiatría y la psicopatología; los intereses en torno a las patologías en la infancia y los intentos de explicarla, se multiplicaron. Especialmente, a partir de la internacionalización de los diagnósticos y la conformación de manuales clasificatorios y estadísticos a nivel mundial se ampliaron las fronteras del autismo infantil. Refiere Kanner en 1965:

se ha convertido en una costumbre diluir el concepto inicial de autismo infantil, diagnosticando uno u otro de los síntomas aislados que componen el síndrome completo. Casi de un día a otro pareció que el país [Estados Unidos] se poblaba de una multitud de niños autistas¹¹⁵ (p. 413).

Agrega Rivière que, un factor que influyó en el cambio de concepciones por los años sesenta, fue “la sustitución de los modelos anteriormente dominantes en psicología por un paradigma cognitivo, que implicaba un nuevo interés por construir modelos internos de los procesos y las estructuras de atención, percepción, memoria, pensamiento y lenguaje” (Rivière, 1988, p. 17). No se concebirá al igual que Rivière, este agrupamiento teórico como un ‘paradigma’, sino que, para no suponer un PIC donde quizás en cincuenta años se pueda comprobar que efectivamente lo haya, se lo incluirá en una ‘tendencia’ o tradición de investigación. Sin embargo, Rivière utiliza no ingenuamente el término ‘paradigma’ dado que, para él, el cognitivismo había implicado una ‘conversión’ de la mayoría del campo ‘psi’ y eran pocos quienes no hacían público, en algún momento u otro, sus ‘convicciones cognitivas’ (1987).

Desde la MPIC se podría señalar que el cognitivismo se asumió como relevo del PIC conductista, tomando a su vez elementos del PIC neuropsicológico, en franca oposición con el PIC Psicoanalítico y el Espiritualista. De la misma manera, podría hallarse una continuidad en el largo alcance que plantea Lakatos, entre el PIC espiritualista con Jaspers (tomando a Dilthey

¹¹⁵ [it became a habit to dilute the original concept of infantile autism by diagnosing it in many disparate conditions wich show one or another isolated symptom found as a part feature of the overall syndrome. Almos overnight the country seems to be populated by a multitude of autistic children, and somehow this trend became noticeable ovserseas as well]

y Hegel) y la Fenomenología Existencial (Husserl, Sartre, Heidegger) en la cual se apoyó el psicoanálisis de Jacques Lacan (Mazzuca, 2001; Argañaraz, 2012)¹¹⁶.

Bajo la premisa de retomar las tendencias que la literatura sobre psicología y psiquiatría infantil considera vigentes y en pugna –tanto en el ámbito académico de la Universidad Nacional de Córdoba, como en la práctica clínica pública y privada de la misma ciudad– se restringirá la investigación a describir, profundizar e interrogar estas dos tendencias investigativas: la psicoanalítica lacaniana y la cognitiva. En la Ciudad de Córdoba y también en nuestro país, ambas tendencias son ampliamente conocidas en el estudio y abordaje del fenómeno autista, incluso se han ubicado como dos grandes polos de disputa del mismo. No se da por sentado que en otros países del mundo sean estas mismas tendencias las que se encuentren vigentes y confrontadas en torno al autismo, pero esto podría ser cierto al menos en lugares como México, Francia o Brasil, países de los cuales se recabó gran parte de la literatura sobre el tema.

Teorizaciones sobre el autismo kanneriano

Para centrar la descripción de ambas tendencias, cognitiva y psicoanalítica lacaniana, se presentará primero un recorte de teorías que se englobaron dentro de estas tendencias. Por otra parte, se señalarán sus sesgos al intentar acaparar el ‘hecho nuevo’ de Kanner mediante la generación de teorías e hipótesis *ad hoc*. En todos los casos será factible hallar la presunción de un ‘agente’ X: ya sea el Sujeto –dividido– lacaniano en tanto sus operaciones de alienación, forclusión o rechazo; ya sea el sujeto cartesiano poseedor de una ‘mente’ que no tiene teoría de otras mentes.

1. Destinos del PIC Psa

Como se señaló anteriormente, para Lakatos (1978), un Programa de Investigación es progresivo si genera exceso empírico (hechos nuevos) conduciendo a un cambio progresivo de problemáticas.

En el caso del PIC Psa, el **mecanismo generador (psíquico)** como hipótesis etiológica, y la separación entre contenido manifiesto y latente (por ejemplo para diferenciar las ‘obsesiones’

¹¹⁶ Señala Mazzuca (2001) que Jaspers constituyó una psiquiatría de las estructuras psicopatológicas en la cual los aportes del psicoanálisis, aun fuertemente criticados, fueron destacados. La filiación de Lacan a estas premisas de la fenomenología existencial puede rastrearse a lo largo de su obra (Argañaraz, 2012), como se desarrollará luego.

de los paranoicos y las de las verdaderas neurosis obsesivas) cambió el eje de la discusión de la psicopatología tornándolo fuertemente progresivo en Breuer y Freud quienes nunca descuidaron la descripción¹¹⁷.

Como se desarrolló en el Capítulo II, tanto el surgimiento del psicoanálisis como su fractura luego de la muerte de Freud, sumados a la eclosión de la Segunda Guerra Mundial y la fuerte oleada migratoria de mediados de siglo XX marcaron la historia de la psiquiatría. Muy rápidamente, en Europa y Estados Unidos, quienes se iniciaron en el trabajo con niñas y niños en el área ‘psi’ incorporaron el autismo infantil kanneriano en tanto ‘estado’, ‘cuadro’, ‘fase’, ‘estructura’ o ‘insondable decisión del ser’; adjetivado como secundario, regresivo, encapsulado o ‘normal’. Hubo, aunque muy excepcionalmente, psicoanalistas que por momentos le negaron entidad y luego lo incorporaron –o viceversa– pero nadie fue ajeno al movimiento que produjo este descubrimiento.

Las teorías mencionadas como psicodinámicas en el primer agrupamiento (M. Mahler, F. Tustin, D. Winnicott, D. Meltzer y B. Bettelheim), refieren mecanismos psíquicos del ‘autismo’ y, si bien acotan el descripticismo kanneriano, profundizan en la teorización y descripción de casos clínicos en una extensa diacronía que les permitió fundamentar la etiología del mismo, originada en un conflicto.

Donald Winnicott y Donald Meltzer concibieron la etiología del autismo atravesada por dificultades en los primeros momentos de la díada madre-bebe, especialmente en las dificultades surgidas para acompañar la organización del naciente psiquismo. De esta manera, quitaron consistencia a la separación clínica entre autismo y esquizofrenia infantil, sosteniendo una “etiología que apunta a los procesos innatos del desarrollo emocional del individuo en el ambiente que le es dado” (Winnicott, 1967, p. 870). En el caso de Meltzer, el autismo se sostenía en el mecanismo de ‘desmantelamiento’, defensa puesta en funcionamiento para luchar contra los efectos desestructurantes para el *self* de las angustias impensables de la depresión psicótica. Por ello, el terapeuta debía ser capaz de movilizar la atención suspendida del niño en estado autista, para traerlo nuevamente al contacto transferencial.

Tustin y Mahler, realizaron su propia distinción entre desarrollo normal, estados y fases del autismo. Sostuvieron la **distinción entre autismo primario y secundario** que ya se encontraba en Kanner –cabe recordar que Mahler trabajó de forma conjunta con él– y expandieron el ‘autismo secundario’ intentando asimilarlo desde el psicoanálisis (en tanto éste fuera regresivo,

¹¹⁷ Aún en su tardío Dostoievski y el parricidio Freud expone prolijamente razones descriptivas para su diagnóstico diferencial con la epilepsia.

encapsulado o confusional). Mahler (1990) lo vinculó a un mecanismo de defensa psicótico en el cual la ruptura con la realidad y el retiro al mundo interior servían a la supervivencia. Si bien diferencia este autismo secundario de la esquizofrenia infantil, señala que no está puesto allí el interés clínico, sino la diferencia teórica a partir de la etiología –supuesta como afectiva–. Tustin desarrolla los ‘estados autistas’ en la psicosis y el ‘objeto autístico’ como opuesto al objeto transicional de Winnicott, en tanto es un objeto que no se modifica y da seguridad al autista. Muchos seguidores del annafreudismo tomaron la ‘carencia de afecto’ como causa del autismo, enfatizando la imagen de las ‘madres nevera’ que se desarrolló en el Capítulo III. Este fenómeno se había dado especialmente en Estados Unidos (Kanner, 1965). Bettelheim, a partir de su trabajo en la Escuela Ortogénica de Chicago, sostuvo que el autismo era la respuesta a una angustia extrema vivida en edades tempranas, donde el niño entendía que el entorno no podía resguardarlo de las mismas. Asimismo, señaló que las actitudes depresivas y egocéntricas de muchas madres, mostraban características similares a las de sus niños autistas. Sin embargo, agregó que “sólo en caso de extrema negatividad por parte de los padres puede ponerse en marcha el *mecanismo del proceso autista*” (Bettelheim, 1967, p. 188. El destacado no está presente en el original). Si bien en ocasiones Bettelheim destaca la función de la madre en el psiquismo infantil (como Mahler, Tustin, Mannoni, Winnicott) en otras ocasiones lo atribuye a la ‘persona maternalizadora’, sea o no la madre biológica: “yo insistiría en que la figura de la madre destructora (la bruja devoradora) es una creación de la imaginación del niño, una imaginación, empero, que tiene su fuente en la realidad, a saber, las intenciones destructoras de la persona maternalizadora” (1967, p. 113). En cuanto a los objetivos de su trabajo, destaca: “cuando, al fin, los afectos, antes totalmente bloqueados, empiezan a aflorar y se desarrolla una personalidad humana mucho más rica, la convicción de que esta perturbación es de naturaleza psicogénica se hace todavía más fuerte” (1967, p. 127). Incorpora las ‘madres nevera’ kannerianas a su concepto de ‘*anlage autista*’, señalando que existen algunos períodos críticos del desarrollo en los que una pequeña cantidad de experiencia produce un gran efecto sobre el comportamiento posterior¹¹⁸. Ello tendría aplicaciones en la organización social y en la ruptura de la organización por ciertas perturbaciones del desarrollo.

¹¹⁸ Se sostiene en lo propuesto por Scotty Fuller (1965), en cuanto a que en todas las especies animales superiores hay un período relativamente breve (período crítico), normalmente temprano en el desarrollo, en el que se establecen las relaciones sociales primarias (en Bettelheim, 1988).

También en Estados Unidos, psicoanalistas como J. Bowlby tomaron el contacto afectivo kanneriano en términos de ‘amor materno’¹¹⁹, haciendo de éste un universal que garantizaría un ‘psiquismo sano’. Bettelheim, cita a Bowlby (1952): “para un desarrollo mental armónico, parece necesario que el psiquismo indiferenciado sea expuesto durante ciertos períodos críticos a la influencia del organizador psíquico: la madre” (Bowlby, en Bettelheim, 1967, p. 537). Tanto Bettelheim como Bowlby, pero también Tustin y Mahler hicieron hincapié en el lugar de la madre para el desarrollo psíquico del niño y la niña, a diferencia de Kanner quien sólo refirió a las familias y al entorno como fuerzas centrípetas que incidían en la patología, pero siendo cauto acerca de suponer causalidad en ello. Para Bettelheim (1967), por el contrario, se debía ir más allá, ‘rescatando a los niños de su entorno hostil’.

1.1. El psicoanálisis se viste con un ‘semblante hegeliano’

Y en este campo, en el campo del lenguaje en el que siempre tratamos al sujeto, las resonancias magnéticas (...) sirven de bien poco porque de lo que se trata es de estar atento a las resonancias semánticas, a los sentidos y sinsentidos que atraviesan cada acto, cada momento de la vida del sujeto con autismo

Bassols, 2018, p. 3

Este grupo de psicoanalistas, llamadas/os por Maleval (2011) como ‘clásicos del autismo’¹²⁰ se apoyaba en un mecanismo defensivo autista: encapsulamiento, retirada del mundo hostil, desmantelamiento o uso del objeto autista.

Con la impronta lacaniana en el psicoanálisis, estas investigaciones no fueron desestimadas, pero tampoco continuadas. En algunos casos fueron consideradas como antecedentes de nuevas teorizaciones renovadas por la perspectiva fenomenológica existencial lacaniana. Como señala Mazzuca, la impronta Lacaniana en los estudios sobre la infancia se hizo sentir con fuerza desde

¹¹⁹ Véase Bowlby (1951) Cuidado Maternal y Salud Mental.

¹²⁰ Maleval destaca algunas de estas teorizaciones y las propone como los ‘cuatro abordajes psicoanalíticos clásicos’ del autismo, destacando un punto en común, “la intuición de que se trata de la patología más arcaica. Para Mahler, la regresión libidinal más profunda; para Meltzer, el funcionamiento más desfalleciente del self; para Bettelheim, la angustia más extrema y para Tustin, el fantasma más catastrófico” (Maleval, 2011, p.45).

mediados de siglo. A partir de allí, “la historia de la clínica psiquiátrica y psicoanalítica, se viste con un semblante hegeliano” (Mazzuca, 2001, p. 6).

La primera difusión de Lacan lo ubicó como una aplicación del estructuralismo al psicoanálisis, vinculando su trabajo con Saussure y Levi-Strauss. El estructuralismo había tenido para la psiquiatría una fuerte pregnancia en el período que Lantéri-Laura ubica entre 1928 y 1977, período que el autor denomina ‘de las Estructuras Psicopatológicas’. De esta manera, Lacan retomó las que denominó ‘estructuras freudianas’ (neurosis, psicosis, perversión) y produjo una extraordinaria reducción respecto de la pluralidad de las categorías psiquiátricas existentes hasta ese momento (Mazzuca, 2001).

Esta caracterización ‘estructuralista’ en Lacan fue aproximativa para 1950-60, pero insuficiente para sus escritos previos y posteriores (Argañaraz, 2012). La ‘estructura’, planteada por Husserl y que Lacan recepta a través de Heidegger, se liga en Lacan con su versión de la fenomenología existencial. Hegel, Heidegger, Husserl, Sartre, Jaspers y Kierkegaard fueron los antecedentes de Lacan en la conformación de su posición filosófica, opuesta al conjunto de supuestos que generó el psicoanálisis y la obra de Freud. Por el contrario, pareciera hacer eco del psicoanálisis ‘existencial’ que pretendía fundar Sartre en las últimas páginas de ‘El ser y la nada’ (Alemán, 2003). Muchas investigaciones muestran la filiación entre Lacan y la fenomenología existencial (Argañaraz, 2012; Juranville, 1992; Roudinesco, 1993). Abbagnano señala:

sobre esta base, el estructuralismo parece vincularse con la metafísica del Ser, que inspira la última fase del pensamiento de Heidegger. En los escritos de un psicoanalista francés, Jacques Lacan, las estructuras cotejables en las más diversas actividades del hombre, sobre todo en la simbólica (...) se atribuyen al inconsciente, que precisamente por ser tal, es el otro del hombre. Otro que luego es Logos, es decir, la revelación del Ser en el lenguaje (1978, p. 789).

Refiere Balmes (2002) sobre Lacan que “no deja de hablar del ser, teje incesantemente sus términos con referencia al ser” (p. 11). Asimismo, el ser, la falta en ser, la alienación, el goce, la distinción je-moi, el sujeto, la ex –sistencia, la verdad (Argañaraz, 2020; Alemán, 2003, Balmes, 2002) y muchos otros términos no son vocabulario propio de Lacan, ni vocabulario antecedente del PIC Psa. En este sentido, enfatiza Balmes (2002), “la elección de los términos no es en absoluto indiferente” (p. 3). También, J. A. Miller señaló que el estructuralismo que marcó la enseñanza de Lacan, especialmente en los últimos años, era muy particular, en tanto:

Un llamado hecho a las matemáticas para resolver, por inverosímil que parezca, el problema de la condición humana (...). Es la ilusión de poder sustituir lo trágico por lo matemático, e incluso lo lógico hasta demostrar que el ‘pathema’ –lo que se sufre, lo que afecta– está sujeto al ‘matema’ (Miller, 2003, p. 50).

De la mano de las premisas que podrían comprenderse en el PIC Espiritualista (férreo enemigo del PIC Psa), Lacan abandona la psicología de Jaspers para filiarse a la fenomenología existencial de Heidegger y Sartre. Esta adscripción tuvo mayor énfasis en sus escritos iniciales donde ubica al sujeto dividido como efecto del lenguaje (Bellone Cecchin, 2015).

En ‘Subversión del sujeto y dialéctica del deseo’ (1960/2011), a partir de su lectura de Hegel, Lacan plantea que el sujeto se define por su articulación por el significante. De hecho, el ‘sujeto’ lacaniano tiene una genealogía desde Hegel en adelante: Freud lo destruye y Lacan lo salva ‘dividiéndolo’, es decir, dando un lugar a la determinación inconsciente expuesta en Freud (sujeto barrado). Se trata para Lacan de un sujeto que es efecto del lenguaje, efecto del significante. Si bien en Freud ya había un cuestionamiento al sujeto del conocimiento –unificado, capaz de conocerse a sí mismo–, que “desde el origen hasta el final sabe lo que quiere” (Lacan, 1960/2011, p. 763), Lacan le contrapone el ‘sujeto sujetado’ al “fading, o eclipse del sujeto, estrechamente ligado a la Spaltung o escisión que sufre por su subordinación al significante” (Lacan, 1960/2011, p. 775). Podría señalarse que Lacan estuvo hasta tal punto involucrado con las premisas hegelianas que, el único error que le reconoció a Hegel, fue el no haber conocido el ‘Estadio del espejo’¹²¹.

En 1967 refiere: “el hombre habita el lenguaje, incluso extraído del texto de Heidegger, eso habla solo, eso quiere decir que el lenguaje está ahí antes que él, lo que es evidente” (s/p).

Al tomar elementos fenomenológico-existenciales, Lacan ajusta las premisas freudianas al ‘*daseinanalyse*’ (‘análisis existencial’ que parte de la analítica existencial heideggeriana) ya ensayado por Ludwig Binswanger, Medard Boss, y J. P. Sartre (Duportail, 2011; Masotta, 1968). De esta manera, los ‘mecanismos freudianos’ y las ‘estructuras clínicas’ se transformaron en posiciones existenciales en Lacan (Jurenville, 1988), en función de una ‘insondable decisión del Ser’ (Lacan, 1946/2002, p. 175). Refiere el autor:

Posiciones subjetivas, por tanto ¿de qué? Si me fiase de lo que se ofrece, diría: las posiciones subjetivas de la existencia, con todos los favores que ese término puede

¹²¹ Refiere: “[Hegel] no tenía absolutamente más que una equivocación, esto es no tener ningún conocimiento (...) de lo que era el estadio del espejo” (1962, p. 20).

encontrar al estar ya respirándose en aire. (...) diré las posiciones subjetivas del ser (Lacan, 1964-65, p. 255).

Hacia el final de su enseñanza, Lacan no hablará más que de la ex-sistencia¹²², dejando de lado la clínica (donde se asentaba la ‘cura freudiana’) para centrarse en la experiencia analítica del parlêtre (hablante-ser o hablente), en tanto un cuerpo habitado por el goce de ‘*lalangue*’¹²³.

Julia Kristeva (2001) refiere que Lacan legó un psicoanálisis informado de la fenomenología, en tanto no ignoraba a Sartre ni a Merleau-Ponty, como tampoco a Husserl ni a Heidegger. Esta alineación es la que evitó –para Duportail (2011)– “el extravío de Lacan en el post-freudismo” (p. 8).

Es importante subrayar este destino del psicoanálisis ya que dio lugar a diferentes versiones de freudo-lacanismo entre las que se pueden encontrar, por ejemplo, las de Deleuze y Guattari, Oury, Laplanche, Allouch, Soler, etc., cuando no se toman términos provenientes del ‘corpus’ freudo-lacaniano para “la práctica de una cierta ‘psicología psicoanalítica’” (Peusner, 2019, p. 32). Evitando abordar cada una de estas versiones y sus postulados sobre el fenómeno autista, se toma como ejemplo la reformulación lacaniana que propone J.-A. Miller y las teorizaciones que de allí se desprenden. En contraste con los ‘abordajes clásicos’ del autismo (Maleval, 2011), quienes siguieron esta orientación del psicoanálisis, plantearon teorías del autismo en las que prevalece la posición subjetiva, la relación del sujeto con el lenguaje y con el Otro sin descuidar las operaciones lógicas, especialmente la alienación. Términos teóricos (T-t) del edificio psicoanalítico lacaniano se adhirieron a este autismo: la voz, la mirada, el cuerpo, el tratamiento de los objetos y de los cuerpos (Manzotti, 2001).

¹²² Refiere Miller sobre el uso de Lacan de este término: La ex-sistencia, que pasó a ser una categoría de la última enseñanza de Lacan, es aquello con lo que se califica, hablando con propiedad, lo real” (2003, p. 52).

¹²³ *Lalangue*, en una sola palabra, es incorporada por Lacan en el Seminario XIX, uniendo el artículo definido singular al vocablo mismo, señalando que cada lalengua es incomparable con cualquier otra (Miller, 1987). “Que Lacan la escriba en una sola palabra -lalengua- marca un nivel de lenguaje pre-gramatical o pre-escrito. En cierto modo, es una escritura fonética” (Miller, 2000, p. 44). Allí pareciera interesarle generar ecos respecto de la homofonía de lalación, proveniente de ‘*lallare*’, término latino que designa el canto ofrecido a los infantes para conciliar el sueño. Se trata de una lengua propia, primitiva, derivada de la lalación infantil será definida como “el asunto de cada quien”, aquello que “nos afecta primero por todos los efectos que encierra y que son afectos” (Lacan, 1972-1973, p. 166). Incluso dirá Lacan que el lenguaje, sin duda, es una elucubración sobre *lalangue*, un enganche del significado que hará lazo con lo social. Asimismo, como señala Gómez (2006), define con este término la articulación del goce con el significante o un saber que se sabe sin que él mismo lo sepa y que escapa a la matematización. De esta manera, una vez más, opone la idea de un saber integral, el matema, a la imposibilidad de lo integral, el no-todo, lalangue, el resto. El lenguaje no existe, es semblante y es tributario de lalangue (Gómez, 2006, s/p). Esta lalangue, no anida en el lugar del Otro del lenguaje, no se presta a una intención comunicativa; es incluso anterior al significante-amo (Bellone Cecchin, 2020).

Rosine y Robert Lefort, señalaron como mecanismo subyacente al autismo una falla en la operación lógica de la alienación, resultando el autismo en una cuarta estructura psicopatológica –o “una a-estructura” (Lefort, 1983, p. 363)– diferente de las estructuras psicopatológicas lacanianas: neurosis, psicosis y perversión (en las que ocurre la alienación). En este sentido, la no-alienación implicaba la ausencia de Otro, que los Lefort sostuvieron desde ‘El Nacimiento del Otro’ (1980) hasta ‘La distinción del Autismo’ (2003). R. & R. Lefort postulaban que esta ‘estructura autística’, no se presentaba como el cuadro psicopatológico kanneriano, aunque lo evocaba por sus elementos estructurales dominantes netamente marcados. Destacaron cinco puntos que caracterizaban el autismo: Violencia y destrucción –la única pulsión que funciona es la pulsión de muerte–; no hay Otro; ausencia de objeto pulsional –de la pulsión no queda sino su empuje, sin zona erógena y sin meta–; el doble en lo real, forcluído de todo registro significativo y el espejo en lo real –la imagen especular no es reconocida– (Lachaize-Oehmichen, en Miller et. al, 2021). Esta teoría desatacó la ausencia del Otro simbólico que dejaba al sujeto inmerso en el registro de lo real, invadido por una excitación sin regulación. En el caso de F. Doltó, señala que:

los autistas son la imagen de una humanidad enfrentada con las pulsiones de muerte del sujeto del deseo que en menor intensidad y en menor cantidad, existen en cada uno de nosotros. Vive negado en cuanto ser de comunicación. Este es el problema del autismo (1986. p 330).

Doltó centró su mirada en el niño como sujeto de la palabra, considerando que allí se teje el vínculo simbólico con otros. La función de la psicoanalista, para ella, consistía en aminorar la señal de peligro que el niño autista percibía constantemente frente a la presencia del otro amenazador. Asimismo, ofrecía un lugar de semejanza con el autista para contrarrestar ese ‘otro invasivo’, con la intencionalidad de reparar lo que suponía una ‘función simbólica lábil’, mediando la capacidad de representación con el entorno que lo rodeaba.

Otras autoras y autores contemporáneos sostuvieron las teorizaciones sobre los registros R-S-I, el sujeto, el Otro, el goce, el objeto a, el borde y el agujero. En Francia J.C. Maleval y E. Laurent, como en Argentina S. Tendlarz, M. Manzotti, C. Lijtinstens –por mencionar algunas psicoanalistas referentes en el área–, acuerdan en que “el sujeto autista es un ‘ser sin agujero’ y sin cuerpo por causa de la ‘forclusión del agujero’, con un retorno de goce sobre el borde que constituye el encapsulamiento autista” (Tendlarz, 2013, s/p).

La ‘falta de agujero’ presentada por Miller, Laurent (2013) la llama ‘forclusión del agujero’, mecanismo que implica el no establecimiento del agujero que lo simbólico produce en lo real y por lo tanto no se constituye el borde topológico entre esos dos registros. Al no estar constituidos los orificios corporales como agujeros ni como bordes pulsionales, presentan distintos tratamientos, según se trate de su relación con los objetos oral y anal, o de la voz y la mirada.

Siguiendo al autor, es debido a la forclusión del agujero que no se produce el pasaje de *lalangue* al lenguaje: el autista queda inmerso en el ruido de *lalangue* (Laurent, 2013), en ocasiones no accediendo siquiera al balbuceo donde se produce la alienación primera al lenguaje o negándose a ceder el objeto de su goce vocal (Maleval, 2011). Para Maleval (2011) el mecanismo estaría dado por una resistencia radical a la alienación de su ser en el lenguaje, por ello su voluntad de rechazo de la voz, protegiéndose de toda emergencia angustiante de este objeto.

Respecto del retorno del goce sobre el borde, Laurent (2013) retomó la diferenciación establecida por Miller según el retorno del goce forcluido: en la paranoia el retorno se efectúa sobre el Otro, en la esquizofrenia, sobre el cuerpo. Agrega Laurent una hipótesis tercera: en el autismo se trata de un retorno de goce sobre el borde, en donde el sujeto debe producirse un borde porque no dispone de un agujero y la construcción de ese borde le permitiría suplirlo. Lo denomina neo-borde, ya que se trata en este caso de otro tipo de borde. Mediante este neo-borde –y al no haber los límites del cuerpo– intenta reemplazar la función que no ha sido posible por la regulación del lenguaje, es decir su cuerpo es usado a manera de almacén o de un caparazón. Así, el encapsulamiento es un modo de construir un borde topológico que funcione a la manera de un cuerpo en el cual pueda ubicar su goce. Por eso se observa que los autistas hacen de sus cuerpos herramientas defensivas para protegerse de lo real (Tendlarz, 2013).

Dentro de las características del borde, la más importante –refiere Maleval (2011)– reside en su capacidad de operar como captor de goce dinámico. Si bien el borde constituye una frontera protectora respecto del mundo exterior y frena la investidura de los objetos, puede servir como conducto hacia aquél. Este puede ser constituido por tres elementos, generalmente intrincados: las islas (islotas) de competencia, el doble real y el objeto autista (Maleval, 2011).

Laurent recupera de Rosine Lefort, que en los sujetos autistas no habría lo especular, la imagen del cuerpo, ni la división del sujeto, sino un doble, con el que el autista se encuentra en algún otro, en tanto no hay Otro.

El Otro no está agujereado, no le falta nada, ningún objeto es separable y tampoco hay deseo. La operación de alienación no está presente porque no hay un significante inscripto en el Otro. Es por eso que el doble real se vuelve esencial en el autismo. Al no haber alienación a partir de la voz del Otro, el Otro queda como absoluto, real, sin objeto voz separable que pueda ser cedido (Tendlarz, en Miller, et. al. 2021, p. 198).

Respecto al objeto, éste puede ser de lo más variado, siempre y cuando sea apto para cumplir la función de borde. A diferencia del psicótico, el autista no tiene el objeto en su bolsillo, más bien lo guarda en su mano, es decir, que el control de ese objeto le importa más que nada (Maleval, 2017).

Llamamos objeto autístico, a este acomodamiento de los restos, de los que deja el encuentro con el Otro de la lengua, que viene a perturbar el cuerpo, sea cual sea el sustrato biológico del funcionamiento o disfuncionamiento de dicho cuerpo (Laurent, 2013, p. 85).

Continúa el autor señalando que el objeto es esa cadena heterogénea, hecha de cosas discontinuas (letras, pedazos de cuerpo, objetos tomados del mundo, etc.) organizada como un circuito, provista de una topología de borde y articulada con el cuerpo. Se trata de objetos suplementarios a los cuales se adosan y les permiten una cierta estabilización; funcionan como un instrumento para moderar el retorno de goce y construirle un borde al cuerpo. En este sentido, Laurent señala que para Temple Grandin, la *'hug-machine'* le sirvió inicialmente para esta función. Agrega Bassols:

la verdadera marca del sujeto con autismo se encuentra no en su organismo sino en su objeto, en ese objeto con el que suele acompañarse con tanta frecuencia, ese objeto que a veces nos parece tan inútil como ineficaz para vivir en el mundo, incluso molesto, aunque otras veces se muestre de una utilidad y de una eficacia asombrosas (Bassols, 2018, p. 3)

Una nueva propuesta elaborada por Maleval –sobre la más clásica y conocida del rechazo a la alienación significativa en el autismo (R. Lefort, 1983) y el retorno de goce sobre un borde (Laurent, 2013)– es la de la *'alienación retenida'*, que produce como efecto, diferentes tipos de

enunciación: enunciación artificial, enunciación borrada, enunciación desfasada y enunciación técnica (Maleval, 2022).

De la mano de las formulaciones teóricas, se desprende la ‘práctica entre varios’. Se trata de uno de los dispositivos que se utilizan en la práctica psicoanalítica lacaniana, en tanto busca sumergir al niño en un campo de palabra y de lenguaje. Mediante un ‘forzamiento suave’, se lo invita a interactuar. La cuestión radica en intentar desplazar el borde autista con miras a abrir un nuevo espacio que permita un poco más de alteridad al niño en la relación con los objetos y con los otros, respetando la singularidad de la invención por él encontrada (Tendlarz, 2013). Más que una actitud educativa que considere los intereses del autista, se trata de un concepto psicoanalítico, que busca tratar el goce por la falta.

Los testimonios [de personas con autismo] demuestran que los métodos que mejor los ayudan son aquellos que no sacrifican ni la individualidad ni la libertad del sujeto, sino los que se apoyan en sus invenciones y en sus oasis de capacidad (Maleval, 2011, p. 6).

Los desarrollos teóricos presentados no agotan, claro está, los desarrollos que en nombre del psicoanálisis se hicieron sobre el autismo, especialmente es importante volver a destacar que se trata aquí de un recorte a partir de la orientación lacaniana establecida por J. A. Miller. Álvarez y Tendlarz (2013) señalan que las diferentes conceptualizaciones sobre ‘los autismos’ en el psicoanálisis lacaniano se deben a que las teorías se derivan de diferentes momentos de la obra de Jaques Lacan. Por ejemplo, teorías que se desprenden de un primer momento abordan el no acceso a la palabra a pesar de estar en el lenguaje, y ubican al ‘sujeto en su inefable y estúpida existencia’ previo a la alienación (donde el ser viviente rechaza alienarse al Otro del lenguaje), otro momento podría situarse en torno a ‘la elección del ser’ (que elige al vacío antes que al Otro) y un último momento podría referirse a las puntalizaciones sobre el goce de *lalengua* en el autista. Sin embargo, como se puede observar, entre todos estos desarrollos no habría avances descriptivos sobre el Autismo Infantil Precoz de Kanner.

M. C. Thomas, sitúa otras preguntas que permitirían revisar la proliferación de teorías psicoanalíticas y su variedad. Thomas se pregunta: ¿por qué el psicoanálisis ‘sin precauciones’ se deslizó hacia una entidad psicopatológica (clínica) para refinarla psicoanalíticamente, es decir, convirtiendo al ‘lacanismo’ en una maquinaria poderosa de pensar el autismo, cuando se trataría en realidad de volatizar el pesado coeficiente ‘autismo’? ¿Qué lecturas se podrían hacer desde el discurso en tanto C. Soler lo ubica ‘fuera del discurso’, H. Rey-Flaud ‘en el umbral del

lenguaje’ y B. Ogilvie ‘radicalmente exterior al lenguaje’? ¿Cómo fue el individuo punto de partida para abordar el autismo, aun cuando se lo rebautice como ‘sujeto autista’? ¿Qué relación guarda aun hoy el psicoanálisis con la clínica y la psicopatología? (Thomas, 2014).

Como puede observarse, al interior de esta tendencia no se halla consenso sobre, por ejemplo, ¿a qué se denomina autismo? o ¿cuál es su etiología? Más aún, no está resuelta la pregunta sobre si debería el psicoanálisis realizar teorizaciones a partir de ‘entidades clínicas’ y disputar el campo psicopatológico, ello evitado adrede en ciertas teorizaciones.

1.2. Vinculación de Kanner con el psicoanálisis norteamericano

Como se mencionó en el Capítulo II, mediante la generación de teorías etiológicas llevadas a la primera infancia (Anna Freud), a los primeros meses de vida (Klein) o incluso, antes del nacimiento (Lacan) el psicoanálisis extendió la diacronía de los clínicos en escalas inimaginables.

A pesar de haber sido contemporáneos¹²⁴, Kanner no hace alusión a Lacan en sus escritos – quizás por no haberse dedicado este último a la psiquiatría de la infancia–. Sin embargo, las críticas del primero se dirigieron a todo psicoanálisis que propusiera mecanismos, complejos, conflictos e impulsos inconscientes, convertidos en una generalización excesivamente especulativa para él. En muchos artículos Kanner explícitamente acusa de ello al psicoanálisis, especialmente a M. Klein, quien sostenía cientos de horas de trabajo con niños y niñas, interpretando “descargas de fantasías masturbatorias” (1940, p. 536) y apetitos por el pene paterno y los senos maternos (1941). Una postura mucho menos omnipotente fue, para él, la de Anna Freud, quien utilizaba explicaciones más esporádicas, pero dirigidas hacia los niños y niñas. A pesar de ello, la ‘freudianización’ de cualquier producción infantil, le parecía excesiva. A diferencia de Breuer y Freud cuyas teorías etiológicas sobre la histeroepilepsia mejoraban las descripciones en detalles y matices de Charcot y otros; las teorías psicoanalíticas que surgieron con posterioridad a la muerte de Freud pocas veces mejoraron la dimensión descriptiva, patognomónica o característica del autismo. Freud sostenía principios de la clínica para su PIC, sin embargo, los desarrollos del psicoanálisis luego de su muerte se abocaron fuertemente a teorizar sobre entes incluso provistos por otros programas (como ejemplo puede tomarse el autismo, pero también la anorexia, el déficit de atención, etc.) dejando de lado la nosografía

¹²⁴ Incluso Lacan participó en un simposio organizado por la Universidad John Hopkins en Baltimore en 1966 (Roudinesco, 2011)

psicopatológica que era fundamental en el PIC Psa. En este sentido, el psicoanálisis dejó de tener una ‘agenda propia’ (en términos de un programa), y en su interior pueden encontrarse, actualmente, teorizaciones tan dispares como las de J. Allouch, C. Soler o J. Alemán. Esto resulta también en la generación de un amplio corpus teórico, que se ajusta a las agendas impuestas por otras tendencias (por ejemplo ‘las nuevas patologías’ o, como en este caso, el Autismo Infantil Precoz).

Incluso Kanner subraya que lo que Bender, Despert, Ssucharewa, Lutz, entre otros habían acordado como criterios para el AIP, había sido desestimado por un grupo de investigadores ‘influenciados temporalmente por nosografías atávicas’, y con ello, su ‘diagnóstico bien establecido de autismo’ había ido a parar a un cesto de residuos donde una amplia variedad de condiciones heterogéneas había sido arrojada indiscriminadamente (Kanner, 1965). En otras palabras, Kanner mismo evidenció cómo el psicoanálisis posterior a Freud no tomó en cuenta –e incluso desacreditó– el enorme y sutilísimo trabajo descriptivo del PIC Cl. Su crítica más fuerte se dirigía hacia psicoanalistas que sostenían que el diagnóstico y sus criterios no eran tan importantes como la terapéutica, la cual llegaba a todos y todas las pacientes como si no tuvieran diferentes problemas. La ‘carta’ terapéutica se imponía al ‘caballo’ diagnóstico (Kanner, 1965). Este enfrentamiento abierto no solo fue contra las teorías y prácticas del psicoanálisis, sino también, contra quienes extendían el autismo a las patologías de la conducta y la cognición. En 1971(a) se opuso a la ‘inauguración de un campo de terapias del autismo’ basadas en una amplia variedad de premisas teóricas: además de las psicoanalíticas, las basadas en condicionamiento operante, las psicofarmacológicas, las educacionales, la psicoterapia para padres y madres, o combinaciones de ellas, las cuales –a su modo de ver– presentaban efectos fragmentarios o temporarios.

2. La ‘revolución cognitiva’

Por eso cuando ‘casi todos somos cognitivos’ ha llegado el momento más oportuno de hacer la pregunta más inoportuna
¿en qué consiste ser cognitivo? y ¿qué es, en realidad, la
psicología cognitiva?

Rivière, 1987, p. 14

Aunque hubo varias propuestas de reformulación interna del conductismo, algunas continuistas, otras rupturistas (Dahab, 2015) se llamó ‘Revolución cognitiva’ al intento de relevo del PIC Conductista por el Cognitivismo.

No podría decirse, sin embargo, que las teorías que bajo este paraguas se agrupan, conforman un PIC, dado que el cognitivismo retoma elementos del PIC Neuropsicológico y del PIC Conductista, generando algunas hibridaciones poco claras en cuanto a un posible núcleo firme y heurísticas –incluido el ‘Neuropsicoanálisis’ (Guzmán y Arias, 2020)–. De todas maneras y como se mencionó con anterioridad, no constituye un PIC un autor o teoría aislada, o cierta programática investigativa. El hecho de que el cognitivismo haya tomado elementos de estos PICs, supuso una serie de problemáticas.

En primera instancia, es posible hallar en su interior la coexistencia de teorías que se oponen al **Programa fuertemente ambientalista** del PIC conductista, contrario a conjeturas neurológicas no comprobadas. Por ejemplo, el uso de mapas cognitivos, redes neuronales, engramas o huellas –que suponen entes inobservables–, iría en contra de la heurística negativa del PIC Conductista de eliminar cualquier ente hipotético entre estímulo y respuesta. En este punto, la promesa inicial de relevo del conductismo no se cumplió.

Rivière (1987) señala que “el concepto de lo cognitivo ha adquirido progresivamente un significado tan pluriforme y unos límites tan imprecisos, que su empleo repetido y su carácter de ‘emblema paradigmático’ no son garantía (sino todo lo contrario) de un significado compartido” (p. 14). Continúa Rivière señalando que la creciente ‘cognitivización’ de la psicología –que se puede constatar a partir de un simple análisis cuantitativo de sus publicaciones–, podría estar promoviendo una especie de ilusión perceptiva, es decir que se viera unidad conceptual en donde podría no haber más que dispersión teórica. Y ello, más que una señal de éxito, podría ser síntoma de la psicología cognitiva de su “vetusta incapacidad para conseguir ser finalmente una” (Vera, 2003, p. 478).

Otro aspecto que generó –y genera– controversias fue la incorporación de la ‘mente’, en tanto ‘procesamiento de información’ (Rivière, 1987). De esta manera no solo se supuso una finalidad a la mente, sino que también se redujeron las unidades de análisis ya presentes y consensuadas –tanto en Wundt como Freud– de ‘estímulo’ y ‘representación’: el estímulo porta información, pero no se reduce a ‘información’. Hay que destacar aquí una obviedad, los y las niñas autistas descritas por Kanner presentaban graves dificultades con los ‘estímulos’, pero teorizar sobre ello en términos de ‘información’ es, al menos, cuestionable.

Una tercera cuestión sobre la ‘revolución cognitiva’ fue el financiamiento económico que dio lugar a una alta proliferación de investigaciones con poco consenso en cuanto al criterio de agrupamiento de teorías, descripciones y pruebas experimentales. Berrios (2004) señala que el apoyo financiero intentó alentar la ‘investigación causal’ y dejar de lado cómo se reconocen los síntomas, visión miope que luego fue exacerbada por la visión ingenua-realista que no conducía a un ‘pensar’ (en sentido heideggeriano), “sino a la acumulación de pacientes” (p. 30).

En el caso del autismo infantil, esta ‘revolución’ implicó un alejamiento progresivo de las hipótesis dinámicas y ‘afectivistas’, cobrando un mayor peso etiopatogénico los ‘déficits cognitivos’ sobre los de naturaleza ‘emocional’ (Balbuena Rivera, 2007; Rivière, 1988). Se pasó del campo de la patología mental al de los déficits del desarrollo, asentados en una perspectiva evolutiva sobre el ‘desarrollo normal’. De allí provinieron luego ‘etiquetas’ (Rivière, 1987) como la de ‘trastorno generalizado del desarrollo’. Esta impronta se vio reflejada, por ejemplo, en el cambio de nombre de una de las revistas más difundidas sobre autismo, que pasó de llamarse ‘*Journal of Autism and childhood schizophrenia*’ a ‘*Journal of Autism and Developmental Disorders*’ en 1978.

Refiere Ángel Rivière

En los años sesenta, setenta y ochenta, la educación se convirtió en el tratamiento principal del autismo. En ello influyeron principalmente dos tipos de factores: a) el desarrollo de procedimientos de modificación de conducta para ayudar a desarrollarse a las personas autistas, y b) la creación de centros educativos dedicados específicamente al autismo, promovidos sobre todo por asociaciones de padres y familiares de autistas. (Rivière, 2010, p. 21).

Junto con la apropiación y modificación de los términos kannerianos –aquí nombrados como “alteraciones cognitivas y dificultades de relación, lenguaje, comunicación y flexibilidad mental” (Rivière, 2010, p. 21)–, también se originaron otras historiografías del autismo infantil, algo que pareciera no poco frecuente en esta tradición, tal como señala Dahab: “los científicos cognitivos prefieren hablar de revolución porque el término les proporciona un mito del origen, una explicación de sus comienzos que les permite legitimar su práctica científica” (Leahey, 1981, 1992, en Dahab, 2015).

2.1. Teorías sobre el origen del autismo

Entre los orígenes que el cognitivismo reclama para el autismo infantil la tesis más recurrente es aquella en la cual este ‘trastorno’ habría sido descubierto simultáneamente por Kanner (1943) y Asperger (1944), aunque sus principios investigativos y las condiciones psicopatológicas no fueran las mismas. Rivière (2010) destaca que la principal diferencia radicaba en que Asperger estuvo inmerso en la idea de la *Heilpädagogik* (pedagogía terapéutica). Ésta se entendía por el equipo de la Clínica Universitaria de Viena como una síntesis entre ideas educativas y otras originarias de la biología o la medicina.

El artículo príncipe de Asperger (1944) titulado *Die ‘Autistischen Psychopathen im Kindesalter’* [Psicopatía autista en la infancia], fue prácticamente desconocido hasta 1991, cuando fue traducido al inglés (Rivière, 2010). En el apartado titulado ‘El valor social de la psicopatía autista’, Asperger sostiene que, mediante una labor educativa, estas personas pueden incorporarse muy bien en ámbitos laborales (Asperger, 1944), intentando a su vez, resguardarlos de las amenazas del nazismo. En 1981 Lorna Wing, psiquiatra infantil y madre de una niña autista, ya había publicado un artículo específico sobre la obra de Asperger titulado ‘*Asperger syndrome: a clinical account*’. Allí recuperó algunos síntomas de esta ‘psicopatía autista’: lenguaje pedante y estereotipado, intereses restringidos, dificultades en la comunicación no-verbal y en la interacción social, incoordinación motora, actividades repetitivas y resistencia al cambio (Wing, 1981).

Otros autores de esta tradición, destacan fehacientemente que el autismo existió desde los inicios de la psiquiatría occidental, o incluso desde siempre, aunque sin nombrarse de esa manera (Frith, 2004; Artigas-Pallares & Paula, 2012, 2020). Se refieren a casos de niños publicados en los siglos XVI (por el cronista de Martin Lutero), el Fray Junípero Serra en el siglo XVII, Kaspar Hauser encontrado en 1828 (Frith, 1989) o como los descriptos por John Haslam y Jean Marc Gaspar Itard, a fines del siglo XIX. El más citado en la literatura es el caso conocido como Víctor, el ‘niño salvaje de los bosques de Aveyron’ (Francia).

Se puede también identificar un grupo de investigaciones que se aferran al origen mítico del término autismo esquivando no solo la disputa autismo/autoerotismo, sino toda la tradición clínica y su disputa con el psicoanálisis. De esta manera, lo inscriben en la práctica médica de retomar vocablos griegos (Garrabé de Lara, 2012; Trevarthen et. al, 2003) tal como se cita en revistas científicas del área:

el vocablo autismo no fue utilizado en la literatura médica hasta 1911. (...) Bleuler, profundamente interesado en la esquizofrenia, utilizó el significado inicial para referirse a la marcada tendencia de los pacientes esquizofrénicos a

vivir encerrados en sí mismos, aislados del mundo emocional exterior. Como suele ser común en el lenguaje médico, la locución deriva del griego clásico. "*Autos*", significa uno mismo; "*ismos*" hace referencia al modo de estar. Se entendía por autismo el hecho de estar encerrado en uno mismo, aislado socialmente (Artigas-Pallares & Paula, 2012, s/p).

El término 'autismo' – del griego *autos*, significando uno mismo- fue empleado por primera vez en 1911 por el Dr. Eugenio Bleuler, director, en ese momento del Hospital Burghölzli en Zurich¹²⁵ (Feinstein, 2010, p. 5. Traducción propia).

La palabra autismo (del griego *αυτος* *autôs*: 'uno mismo') aparece en el discurso psiquiátrico por primera vez en 1911 a partir del psiquiatra suizo Eugen Bleuler quien sustituye la noción de 'demencia precoz' por un grupo de psicosis esquizofrénicas que tenían en común una condición patológica y síntomas denominados autistas (Cuxart y Jané, 1998, citado en Tasende Silvera, 2019).

De esta manera, el cognitivismo, no solo promovió su propia tradición –desacreditando la historia interna del autismo kanneriano–, sino que en su desarrollo simplificó y sesgó las descripciones de Kanner reduciéndolas a un mismo síndrome junto a la 'psicopatía autista' (Asperger, 1944) en el que se ponen de relieve solo tres aspectos: a) dificultades en la comunicación y el lenguaje, b) en la interacción social y c) en la flexibilidad mental. Estas características fueron consideradas una tríada para Wing y Gould (1979), base sobre la cual se construyeron taxonomías –incluso contemporáneas– para el diagnóstico infantil.

2.2. Teorías y Modelos 'Psicológicos' explicativos del autismo

Este proceso de redefinición, esquematización –y por consiguiente reducción– del fenómeno, coincidió con la formulación, sistematización y divulgación de Teorías y Modelos 'Psicológicos' explicativos del autismo, que a la fecha se sostienen al interior del cognitivismo. Entre ellas se pueden ubicar las teorías antes mencionadas de A. Rivière, S. Barón-Cohen, A. Leslie, U. Frith, L. Wing, F. Happé, S. Ozonoff, J. Martos.

Ángel Rivière (1988), retoma los indicadores propuestos por Rutter (1978) y señala cuatro características del autismo que luego desarrollará en diferentes momentos de sus teorizaciones. Sobre estos indicadores trabajarán varias de las teorías que luego se mencionan:

A) Conductas de aislamiento o falta de desarrollo de las relaciones interpersonales

¹²⁵ [The term 'autism' –from the Greek *autos*, meaning self- was first employed in 1911 by Dr. Eugen Bleuler, who was director at the time of the Burghölzli Hospital in Zurich]

- B) Alteraciones en el desarrollo del lenguaje (retraso, deterioro o falta de adquisición del lenguaje), tanto en el nivel expresivo como en el receptivo. Presencia, en los niños hablantes, de rasgos específicos como la ecolalia, inversión de pronombres, literalidad, etc.
 - C) Fenómenos ritualistas (“insistencia en la invarianza del ambiente” manifestada en pautas estereotipadas de juego, obsesiones y preocupaciones anormales, resistencia al cambio) y/o estereotipias motoras
 - D) Aparición de los síntomas dentro de los primeros 30 meses de la vida del niño
- Excluye niños con alteraciones neurológicas previas (p. 9).

Además, Rivière crea un inventario en 1997 (IDEA, 2002), donde contempla 12 dimensiones afectadas –ampliando cada uno de los indicadores antes planteados– y esbozando una clasificación propia del autismo infantil que incluía: Autismo típico (o kanneriano), Autismo secundario, Autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger.

En el caso de Barón-Cohen, Leslie y Frith, tres investigadores/as del *Medical Research Council* de Londres, elaboraron una teoría sobre la incapacidad de ciertos niños y niñas para ‘atribuir mente’, enfatizando el trastorno específico de una capacidad humana denominada ‘Teoría de la mente’ (TdM) o ‘ceguera mental’. Esta teoría tiene sus primeros desarrollos de la mano de un filósofo, Daniel Dennett y de dos primatólogos, David Premack y Guy Woodruff y se basa en la supuesta capacidad cognitiva de atribuir estados mentales a las personas, diferentes de los de uno mismo, para poder predecir y explicar relaciones entre hechos y estados mentales (Frith, 1989). Astington (en Barón-Cohen, 1988), sostiene que, en el desarrollo normal, la aparición de una teoría de la mente es, por una parte, universal (es decir, parece estar presente en todas las culturas, tanto como el lenguaje), y por otra, sigue una programación altamente específica e intensa. Barón-Cohen (1988) destaca que la falta de reciprocidad y el déficit pragmático podrían ser los signos comportamentales de una teoría de la mente alterada en el autismo. En el caso de Leslie (1987), ello sería sinónimo de una dificultad para la ‘metarrepresentación’ o ‘representaciones de segundo orden’ (representaciones sobre lo que otros conocen). De ello destaca que la dificultad con la que se encuentran las personas con autismo para inferir información de otros (intenciones, estados mentales, emocionales, creencias, deseos, etc.) dificulta a su vez el proceso de transmitir información: si un interlocutor no tiene la habilidad para reconocer lo que el otro conoce, cree o siente (aquí puede citarse la prueba de falsa creencia¹²⁶), la capacidad de inferencia se ve mermada y, por ende, la comunicación misma.

¹²⁶ En esta prueba, Barón-Cohen et al presentan a dos personajes: Sally y Anne. La situación es la siguiente: Hay dos niñas en una habitación, Sally y Anne. Sally tiene una cesta y una canica que mete dentro de la cesta. Anne sólo tiene una caja. Sally sale de la habitación y Anne aprovecha para quitarle la canica y ponerla en su caja. La

Ambas teorías serían subsidiarias de la ‘Teoría de Coherencia Central’ (TdCC) de Uta Frith, específicamente en el orden social. Frith (1989) propuso que el autismo se caracteriza por una ‘coherencia central débil’, un constructo cognitivo que se refiere a la dificultad de integrar información en distintos niveles. Es decir que el fallo se encuentra en el procesamiento normal de la información a nivel global, que mantiene la ‘coherencia central’ para construir significados cada vez más complejos dentro de un determinado contexto.

Una teoría que reviste gran interés en la actualidad y en la cual se forman cada vez más Terapeutas Ocupacionales en Argentina para abordar el fenómeno autista (Abelenda & Rodríguez, 2020), es la teoría de Integración Sensorial. Jean Ayres fue una terapeuta ocupacional estadounidense, formada también en psicología y psicopedagogía. Formuló una teoría sobre las Dificultades de Integración Sensorial y señaló que en el autismo la integración sensorial presentaba la alteración más importante (Ayres, 1980). Esta teoría señala que los sistemas sensoriales son clave en el aprendizaje y el comportamiento, dado que el cerebro funciona sobre la base de sistemas funcionales que involucran contribuciones de varios niveles a sus funciones superiores. Además de los sentidos habitualmente conocidos, destaca la importancia de los sentidos propioceptivo y vestibular. Su teoría destaca los aportes de Luria y se basa en diseñar una terapia que pueda remediar la disfunción sensoriomotora que subyace a los desórdenes de aprendizaje (Ayres, 1969).

La Teoría del Déficit de las Funciones Ejecutivas, supone un déficit frontal (Duncan, 1986) y prefrontal que afectaría a estas funciones. Por Función Ejecutiva se entiende un constructo ‘paraguas’ bajo el que se cobijan muchas y distintas funciones, como las habilidades de planificación y secuenciación de la actividad, memoria de trabajo, inhibición y control de impulsos y de respuestas irrelevantes o inapropiadas a la tarea, cambio de foco atencional, el sentido de la actividad, flexibilidad, generatividad, iniciación y autorregulación de la acción, inhibición de respuesta, habilidades mentalistas y sentido de la actividad, entre otras (Martos-Pérez y Paula-Pérez, 2011). Otros autores comprenden las funciones ejecutivas como un cúmulo de procesos componentes que trabajan conjuntamente, más que como un constructo unitario (Ozonoff, South, Provençal, 2005). Lo que la Teoría del Déficit de las Funciones

pregunta que se la hace luego al niño es: Cuando regrese Sally ¿dónde buscará la canica, en su cesta o en la caja de Anne? Los resultados hallados por Barón-Cohen, fueron los siguientes: Entre los 4 y 5 años los niños resuelven la prueba, contestando correctamente que Sally buscará la canica en su cesta. Antes de los 4 años la mayoría de los niños no pasa la prueba, sosteniendo que Sally buscará la canica en la caja de Anne, es decir, no pueden inferir que Sally maneja una información diferente a la que ellos mismos tienen. La mayoría de los niños con autismo no pasan la prueba

Ejecutivas postula, es que la población con autismo muestra una clara afectación de estas funciones; sin embargo, aún no se halla consenso acerca de qué aspectos de las funciones ejecutivas están alterados, como tampoco se destaca que la disfunción ejecutiva no es privativa del autismo, sino que se encuentra también en muchos otros síndromes.

Para Ángel Rivière (2015) habría en el autismo no solo dificultades en la cognición, sino de lo que él llama ‘funciones universales propias de la especie humana’. Entre los 18 meses y los 4 años y medio, el niño desarrolla una serie de habilidades que son características del humano y que en el autismo no se constituyen o se establecen de manera defectuosa. Estas son las habilidades de lenguaje, habilidades pragmáticas, habilidades mentalistas, capacidad de mentir, capacidad de declarar, habilidades instrumentales y estratégicas, capacidad de simular e imaginar, capacidad de hacer metáforas, habilidades introspectivas, competencias simbólicas (Rivière en Canal ETAAPA, 2015).

No todas las teorías cognitivas se centran en el procesamiento de información y las capacidades mentalistas como causa primaria del autismo, aunque si las consideran como componentes de la teoría. En *‘Autism and the development of mind’* (1993) Peter Hobson sostenía que la ausencia de una teoría de la mente en el autismo era el resultado de un déficit más básico, un ‘déficit emocional primario en la relación interpersonal’, a causa de no contar, al nacer, con el bagaje de herramientas socio-emocionales para establecer los primeros lazos sociales. Es decir que las personas con autismo no nacían preparadas biológicamente para el contacto afectivo (‘emocional’ –agrega Hobson entre paréntesis–), por lo cual presentaban dificultades para desarrollar las estructuras cognitivas de la comprensión social. Asimismo, presentaban dificultades en el procesamiento de estímulos ‘emocionales’, no demostrando interés en compartir estos estados, ni relacionarse con otros. En su libro *‘The cradle of thought’* (2002) profundiza sobre estos aspectos, señalando que es en los primeros 18 meses de vida, en el vínculo con su cuidador/a, donde niños y niñas desarrollan la capacidad de pensar y de comunicarse (Hobson, 2002). Esto se da a partir de la participación en la experiencia social intersubjetiva (identificando la subjetividad propia y del otro). En casos donde no se desarrolló el contacto social, niños y niñas presentaban dificultades para reconocer los sentimientos, pensamientos, deseos e intenciones como también para pensar y sentir simbólicamente.

La continuidad de la Teoría del déficit de la intersubjetividad primaria en el autismo se basa en que todos los demás déficits se desarrollan como consecuencia de las dificultades intersubjetivas precoces –entendidas como interacciones interpersonales–, de forma tal que no

logran transformar comportamientos sociales simples en comportamientos sociales complejos y cada vez más cargados de afectos (Muratori, 2009).

Tordera Yllescas (2007) menciona cuatro puntos de esta teoría:

1) Los niños no saben interactuar adecuadamente, porque no comprenden el esquema ‘acción-reacción’; lo que comunicativamente, implica el desconocimiento de las pautas de conducta de la conversación por las que, por ejemplo, una intervención iniciativa incita una intervención reactiva (Briz Gómez et. al., 2003, en Tordera Yllescas, 2007).

2) Al no interactuar con los demás, no pueden crear un mundo propio y común. Su conocimiento se construye a partir de sus experiencias directas, pero nunca a partir de las experiencias ajenas.

3) La carencia de participación en la experiencia intersubjetiva conlleva una alteración en el reconocimiento de los sentimientos, pensamientos, deseos, etc., de los otros, así como en la capacidad de abstracción y simbolización.

4) Los posibles déficits cognitivos y lingüísticos serán consecuencia del particular desarrollo socio-afectivo, así como de la capacidad de simbolizar, la cual se adquiere socialmente.

El concepto de intersubjetividad es retomado del biólogo Colwyn Trevarthen (2003), quien trabajó con Bruner en el programa de investigación sobre desarrollo intelectual en la universidad de Harvard. ‘Intersubjetividad primaria’ fue el término elegido para describir los intercambios temporal y emocionalmente regulados que se observan en las tempranas interacciones diádicas que se establecían entre la mamá y el bebé durante el período comprendido entre los 2 y los 9 meses (Murray & Trevarthen, 1985; Trevarthen et al, 2003).

La idea de una intersubjetividad innata, elaborada a partir de observaciones mamá-bebé, fue propuesta durante la década de 1970. Su concepción de intersubjetividad rompía por aquel entonces con la visión que se tenía del bebé piagetiano o freudiano (Trevarthen, en Martínez, 2011), asentada ahora en bases biológicas y anatómicas del cerebro. Los datos sobre imitación neonatal (Maratos, 1973, 1982; Meltzoff & Moore, 1977), las ‘protoconversaciones’ descritas por Bateson (1971, 1875, 1979) y la sincronía interactiva observada por Condon y Sander (1974), se citan como indicadores de la intersubjetividad primaria (Martínez, 2011). Trevarthen hace hincapié en que lo que subyace a los déficits intelectuales y de lenguaje en autismo, son causados por una falla primaria en el desarrollo cerebral intrauterino en los primeros meses de gestación, por lo que ubica ‘trastorno funcional’ dentro de los trastornos del neurodesarrollo (Trevarthen et. al, 2003).

Las teorías cognitivas sobre el autismo, ya sea que aborden la mente, la intersubjetividad, o las habilidades pragmáticas, rara vez se excluyen entre sí. Suponen un funcionamiento mental, en

algún aspecto alterado, del cual se derivan los comportamientos observables. Como bien señala Trevarthen, tampoco son incompatibles, con investigaciones basadas en el cerebro. De hecho, la ‘neuro’ciencia cognitiva separa cognición (input)-conducta (output) asumiendo causas internas del comportamiento que en muchas teorías se asientan directamente sobre el cerebro.

Los avances, en la actualidad, permitieron la identificación de anomalías en el cerebro, los factores de riesgo genético y otras causas. Las causas dan cuenta de un fenotipo cuyo desarrollo cerebral y mental toma otras vías, no las neurotípicas. De este modo, se corroboraron los orígenes genéticos (cromosomas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 22 y X como posibles responsables del trastorno; Smalley, 1991; Freitag et al., 2010, Muhle et al., 2004; Ma et al., 2009; Weiss et al., 2009), el desarrollo atípico con manifestaciones precoces antes de los 2 años, se clarificaron peculiaridades en el ámbito cognitivo, se crearon técnicas de intervención educativa y leyes internacionales que permitieron la inclusión social, educativa y la cobertura social-sanitaria. No habiendo un test biológico que pueda determinar el trastorno, sin ninguna posibilidad de cambiar esta condición a lo largo de la vida, lo que se tiene son comportamientos heterogéneos y variados de persona a persona (un espectro amplio de síntomas), marcadores biológicos del funcionamiento del cerebro (Frith, 2016) y presupuestos teóricos que ayudan a explicarlo. Los rasgos del TEA, tanto de las habilidades savant, extraordinarias como de los problemas que tienen, se abordan desde una perspectiva del desarrollo atípico (Vianello, 2011) ya que existe una interacción entre la genética, el cerebro y las funciones psicológicas dinámica, probabilística, emergente y no direccional (Karmiloff-Smith, 1998) (Grosso, 2020, p. 2).

Algunos autores sostienen que se pudieron lograr acuerdos sobre la complementariedad entre un hardware neuronal y un software mental en tanto conjunto sistémico de recursos físicos, biológico-neurológicos y psíquicos que sustentan procesos de detección de información y elaboración de respuestas (Monserrat, 2001). Es decir que sobre el autismo conviven hipótesis de etiología biológica, neurológica, anatómica, genética o metabólica del autismo con teorías del desarrollo evolutivo mental ‘normal’ y ‘atípico’ para su abordaje (re)educativo.

Sin adentrar demasiado en la investigación genética, es menester citar el gigantesco estudio realizado por Autism Speaks ‘MSSNG GENOME STUDY’ en Canadá, financiado por 11,5 millones de dólares¹²⁷. Este obtuvo los siguientes resultados:

¹²⁷ 11,5 millones de dólares de becas para investigaciones genéticas y 4,5 millones de dólares para investigaciones sobre causas vinculadas al ambiente (mercurio y otros neurotóxicos) (Laurent, en Miller, 2021). Cabe interrogar la fiabilidad de la muestra dado que estudios con poblaciones tan amplias son controversiales ya en enfermedades como diabetes, cáncer, enfermedades coronarias, etc., y más aun en patologías ‘mentales’ como esquizofrenia, depresión, entre otras. el diagnóstico de autismo es básicamente clínico, es decir, hubiera sido relevante ajustar la muestra al estricto cumplimiento del AIP kanneriano.

El objetivo de la primera fase del proyecto es cargar 10.000 genomas secuenciados de autismo, utilizando herramientas analíticas disponibles en la actualidad (...). El estudio del genoma del autismo más grande jamás realizado revela que los fundamentos genéticos del trastorno son aún más complejos de lo que se pensaba: la mayoría de los hermanos que tienen un trastorno del espectro autista (TEA) tienen diferentes genes relacionados con el autismo¹²⁸ (Autism Speaks MSSNG, 2015, s/p).

Muchos estudios de genoma amplio arrojan limitaciones similares en sus resultados tanto en enfermedades como diabetes, cáncer, enfermedades coronarias, etc., o – más aún– en patologías ‘mentales’ como esquizofrenia, depresión, entre otras (Baverstock, 2019). Además, cabe interrogar la fiabilidad de las muestras en estudios con poblaciones tan amplias. Para el caso del autismo, por ejemplo, podría haber sido relevante ajustar la muestra al estricto cumplimiento del AIP kanneriano. Aunque se continúa en la investigación genética como posible causa de un trastorno del neurodesarrollo del cerebro (Wasilewska & Klukowski, 2015; Ventoso, en Rivière y Martos 2000), no se descartan otros determinantes como la alimentación, el sueño, los medicamentos, etc. Una teoría que por su actual difusión no podría dejarse de mencionar es la de los trastornos metabólicos en el autismo, basada la acción tóxica de péptidos de origen exógeno (provenientes de la dieta) que afectarían en distintos grados la neurotransmisión y por lo tanto el funcionamiento del SNC (Higuera, 2010; Jure, 2008). Principalmente los péptidos opiáceos provenientes del gluten y la caseína podrían ser la causa (Coleman & Blass, 1985; Ventoso, en Rivière y Martos 2000). Se sugiere una asociación, además, entre péptidos y estereotipias motoras, alteraciones sensoriales, rabietas, agresividad, etc. Otras investigaciones sostienen la posibilidad de candidiasis en personas con autismo, y relacionan el eje microbiota-intestino-cerebro con la sintomatología del autismo, los hallazgos en neurociencia y bacteriología. Un subtipo de ‘Cándida spp’ que se encuentra presente en el intestino de niños con autismo (*C. albicans*) “puede causar una menor absorción de carbohidratos y minerales, y niveles más altos de toxinas que se cree que contribuyen a los comportamientos autistas” (Andreo-Martinez, Garcia-Martinez, Quesada-Medina, Sanchez-Samper, Martinez-González, 2019, s/p).

¹²⁸ [The goal of the project’s first phase is to upload 10,000 sequenced autism genomes, together with state-of-the-art, web-based analytic tools (...). The largest-ever autism genome study reveals that the disorder’s genetic underpinnings are even more complex than previously thought: Most siblings who have autism spectrum disorder (ASD) have different autism-linked genes] (Traducción propia).

Elementos ambientales como tóxicos, fueron correlacionados con casos de autismo secundario (por ejemplo, exposiciones a frecuencias electromagnéticas y radiofrecuencias en neonatos, que generan estrés oxidativo luego hallado en el cerebro de niñas y niños con TEA) (Herbert & Sage, 2013; Pino-López & Romero-Ayuso, 2013, en Artigas Pallares et. al., 2005b). Estas investigaciones sugieren que la exposición a tóxicos debe ser investigada minuciosamente en las entrevistas de anamnesis familiares (Artigas Pallares et. al., 2005b).

Teorías más arriesgadas y que a pesar de no estar probadas científicamente se difunden en muchos medios masivos y redes sociales son aquellas que asumen la prevención y cura del autismo. Si bien no serán objeto de análisis, cabe su mención dado que forman parte del corpus que disputa el fenómeno autista (y también genera confusión sobre ello). Bruce Fife en su libro 'Vencer al autismo' señala que "un diagnóstico de autismo no es una condena de por vida. Tiene cura" (p. 42). Allí postula un tratamiento específico basado en un estilo de vida y un enfoque dietético particular (cetogénico) que revertiría "algunos de los más graves trastornos del desarrollo, llegando a permitir que el niño vuelva a la escuela y tenga una vida normal y productiva" (Fife, 2015, p. 42). Más grave aún, por las consecuencias en la salud de niñas y niños son las teorías de Andreas Kalcker, principal promotor del MMS. Kalcker también señala que el autismo puede curarse, y en sus investigaciones, conferencias y sitios web presenta textos y videos que intentan dar cuenta de "más de 1000 niños recuperados" (Kalcker, 2017, s/p) mediante la administración de MMS, restando importancia a todas las contraindicaciones que esta sustancia tiene.

En consonancia con los diferentes niveles explicativos de las teorías cognitivas sobre el autismo, las terapéuticas (*approaches*) que se propusieron integran diferentes aspectos (biológicos, ambientales, emocionales) basados en la (re)educación de la comunicación, la interacción social y la flexibilidad mental, desglosando estos indicadores en conductas factibles de cuantificar, para luego modificar.

Si bien sus bases no provienen del cognitivismo, la demostración fáctica de poder controlar mediante procedimientos operantes ('técnicas') las conductas de los niños y las niñas con autismo, por la década del '60, inauguró el camino para la creación de diversos programas de aprendizaje para desarrollar el lenguaje, eliminar conductas alteradas, fomentar la comunicación y las conductas sociales y aumentar las capacidades cognitivas y las destrezas funcionales de las personas con autismo (Rivière, 2010). Ejemplos conocidos globalmente son: ABA (Análisis de Conducta Aplicada), TEACCH (Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación), PECS (comunicación mediante

intercambio de pictogramas), DIR/Floortime (Developmental, Individual Difference, Relationship-based model). Por ejemplo, el Análisis de Conducta Aplicada (ABA)¹²⁹ se basa en la teoría operante de B.F. Skinner sobre la conducta. ABA se enfoca en el aprendizaje de habilidades y la reducción de ‘conductas problemáticas’. Si bien diferentes terapéuticas toman el modelo ABA, todas comparten el análisis de la conducta teniendo en cuenta: a) un antecedente (estímulo verbal o físico tal como una orden o una petición), b) un comportamiento resultante (respuesta o falta de respuesta) y c) una consecuencia, que depende de la conducta (puede incluir el refuerzo positivo de la conducta deseada o ninguna respuesta ante la conducta incorrecta). Los programas ABA son altamente estructurados. Cada habilidad se divide en pasos pequeños, y se enseña usando órdenes verbales, eliminadas gradualmente a medida que el niño o niña domina cada paso. Cada vez que logra el resultado deseado, recibe un refuerzo positivo (puede ser un elogio verbal, aplausos u otra motivación). El éxito se mide mediante la observación directa y la recolección y análisis de datos, todos componentes críticos de ABA. Si el niño no progresa satisfactoriamente, se realizan ajustes (PANAACEA, 2022).

En Argentina es frecuente el uso de versiones de ABA en conjunto con otros métodos: ABA y PECs, por ejemplo, donde ABA es la estructura sobre la cual enseñar el uso de PECs en tanto Sistema Alternativo y Aumentativo de la Comunicación (SAAC).

3. Sesgos sobre la descripción de Kanner y sus observables

Este breve desarrollo de teorías que pueden incluirse en las tendencias de investigación presentadas, posibilita identificar sus adecuaciones *ad hoc* sobre el fenómeno autista kanneriano. Previo a plantear otras problemáticas abiertas a partir de la inclusión del AIP en las taxonomías de los manuales de clasificación internacionales, es preciso situar la discusión al interior de estas tendencias, básicamente en dos aspectos: los sesgos respecto a la descripción de Kanner, especialmente sobre los síntomas primarios –afecto, lenguaje, invariabilidad– y el signo patognomónico; y el solapamiento de los observables kannerianos con términos propios (T-t) de cada tendencia.

Pareciera obvio que el psicoanálisis debiera haber otorgado mayor lugar a los afectos y el cognitivismo a la inmutabilidad del entorno, pero ¿es factible hallar esta posición en la

¹²⁹ También es conocido como Método Loovas (por su pionero Dr. Ivar Lovaas) o como ‘ensayo discreto’ (Discrete Trial Teaching) debido a su técnica de enseñanza primaria.

actualidad? ¿Qué sucedió con el lenguaje y el signo de Gesell? ¿alguna tendencia logró sostener elementos del AIP kanneriano?

Si tal como refería Rivière (1988), los veinte años que siguieron a la descripción de Kanner comprendieron al autismo como una ‘perturbación emocional’, esto se ligaba de alguna manera al componente afectivo destacado en la psicopatología infantil, incluso previo a Kanner, aunque aislado por él como central en el AIP. Éste había sido sostenido fuertemente por las y los psicoanalistas posfreudianos, en algunos casos extremando su incidencia. En Lacan, por el contrario, el afecto no había sido un elemento central para su enseñanza, como lo era para la psiquiatría. Sin embargo, hizo alusión a éste en ocasiones, aunque en términos de los ‘afectos existenciales’ (Heidegger, Kierkegaard), como, por ejemplo, el papel central de la angustia desde Kierkegaard (Autino, Luteran, Falcone y Kripper, 2010).

Si bien Lacan presenta escuetas teorizaciones sobre el autismo¹³⁰, quienes continuaron su legado hicieron hincapié, no en el afecto, sino en la relación al Otro y al otro, mediando los objetos (oral, anal, escópico e invocante), el cuerpo habitado por el goce de *lalangue* y la transferencia. Estos conceptos, se desarrollan íntimamente anudados con el lenguaje, en tanto lugar de la revelación del ser. Las nociones de *parlêtre* y *lalangue* (Lacan, 1960) permitieron ubicar el traumatismo del lenguaje sobre el cuerpo el que “afecta al niño autista de modo tal de dejarlo sin cuerpo, sin imagen y con un funcionamiento del uso de la lengua que le es propia” (Tendlarz, 2013, p. 21). Por ello, lo que desde el psicoanálisis se observa en estos sujetos es el trabajo que realizan para desentenderse del trauma de *lalangue*, no sin un alto costo (Manzotti, 2018).

Para Maleval (2011) en el principio del autismo ya se encuentra la disociación entre la voz y el lenguaje: como efecto de la no-alienación el desborde de goce no puede ser embarcado en la palabra. En el autismo, por consecuencia, se presenta una imposibilidad para anudar los afectos con las palabras. Para ejemplificarlo, el autor toma el caso de Temple Grandin, una mujer autista quien refiere que piensa como una máquina, separando el afecto. Sin embargo, Maleval plantea esta forma de pensar como un funcionamiento subjetivo singular. Dirá de la *hug-machine* que se trata de una invención que le permitió a Temple lidiar con el exceso de goce que rebasaba su cuerpo. De esta manera, marca una lógica del no-déficit, buscando escapar de la casuística tradicional.

¹³⁰ Véase Bellone Cecchin (2020).

En cuanto a la invariabilidad kanneriana se hallan algunos desarrollos específicos en torno al holofraseamiento del S1 –el significante solo– y más recientemente en la propuesta de Laurent (2013) sobre las manifestaciones del Uno de la letra: un Uno que aparece siempre igual por ejemplo en las holofrases radicales, palabras o frases que quedan por fuera de la sintaxis, que presentan un sentido pleno aún sin producir nuevas significaciones; son emisiones de goce experimentadas como automutilaciones. Allí la literalidad es el grado cero del sentido y no puede presentar equívocos como también opera la reducción de *lalengua* a un cálculo discreto: es un cálculo de la letra separada del cuerpo (Tendlarz, 2021).

Laurent (2013) plantea que es factible en los sujetos una voluntad de inmutabilidad tanto en el lenguaje, como en la repetición de las conductas y circuitos: inmersos en *lalangue*, se esfuerzan por callar los equívocos, el ruido alucinatorio de *lalangue* que no tiene un S1 ordenador sino, que hay la iteración del S1 separado del resto de la cadena significante. En este sentido se trataría de una ‘clínica de la repetición pura del S1’, sin remitir a un S2. El autista se refugia en su exigencia de lo mismo, lo cual estabiliza la angustia: “el acontecimiento del cuerpo esencial del autismo es la iteración del Uno¹³¹ que conlleva una ‘soledad semántica’, iteración de la letra sin cuerpo, sin constitución del Otro, sin el circuito pulsional y, por ende, sin objeto y sin imagen especular” (Tendlarz, 2013, s/p). Para Maleval hay un rechazo del S1 por lo que el autista queda petrificado en ese cero inicial y no entra en la serie de los significados del Otro. Ese rechazo se verifica en el mutismo, en la perseverancia, en la repetición de rituales, en la ecolalia, etc.

Tanto el afecto, como el lenguaje y la invariabilidad, se reúnen en esta tendencia, bajo los principios del psicoanálisis fenomenológico existencial que intenta explicar a partir de las teorías mencionadas, el descubrimiento kanneriano. Sin embargo, las profundizaciones teóricas fueron primando sobre diferentes síntomas descritos por Kanner en el AIP, aunque el lenguaje siempre se mantuvo presente.

En cuanto a la tradición cognitiva, el afecto no tomó un lugar relevante, excepto cuando fue asimilado a las ‘emociones’ (de manera secundaria en autores como Rivière y de forma central en las teorías de la intersubjetividad primaria). Sobre ello se refiere Rivière, citando a Howard Gardner:

aunque los científicos cognitivos no tengan por qué sentir ninguna animosidad contra los aspectos afectivos, contra el contexto en que se realizan las acciones y

¹³¹ Se trata del Uno de Parménides que lacan introduce y reinterpreta en sus elucubraciones a partir de los años ’70

pensamientos, o contra los análisis históricos y culturales, en la práctica tratan de prescindir de estos factores lo máximo posible (Gardner, en Rivière, 1987, p 87)

Sin embargo, a la fecha, muchas terapéuticas se asientan en el uso de las emociones e intereses naturales de niños y niñas para dirigir las intervenciones ya que “permiten a las diferentes partes de la mente y del cerebro trabajar juntas y construir sucesivamente niveles más altos de capacidades emocionales, sociales e intelectuales” (The International Council on Development and Learning, 2023, s/pp).

El lenguaje, fue variando su centralidad a medida que el cuadro se iba centrando mayoritariamente en aspectos de la cognición. Esto se fue reflejando de igual manera, en los Manuales de Clasificación Internacionales (especialmente el estadounidense), a partir de la década del '80. Inicialmente se puso el foco en aspectos relativos a la adquisición del lenguaje, sus componentes semánticos y fonológicos, luego en los rasgos suprasegmentales, la pragmática y los usos con fines comunicativos. En las últimas décadas, el lenguaje fue relegado en tanto síntoma principal para el diagnóstico, especialmente a partir del pasaje del autismo en los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) al Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), donde solo es un aditivo que puede acompañar o no el cuadro, igual que el CI (DSM-5).

Lo que en Kanner se encuentra como ‘*Sameness*’, en el cognitivismo tendrá un amplio lugar reflejado en las conductas ‘estereotipadas’, los ‘intereses restringidos’ y la ‘inflexibilidad mental’, todos estos puntos centrados tanto en la conducta como en la mente y la cognición. A su vez, se subrayan o describen otros términos observables (ya presentes implícitamente en la observación de Kanner) clave para el cognitivismo: por ejemplo la falta de sostenimiento de la mirada con el interlocutor para regular la interacción social, los desafíos en la comunicación no verbal y la capacidad de atribución mental, la posibilidad de inferir intencionalidad, deseos, o sentimientos, la sistematización de la información con mayor facilidad o los desafíos en el procesamiento sensorial (hipo-hiper sensibilidad sensorial) (Ratazzi [canal PANAACEA], 2017). Estos observables son en los que se basan tanto las evaluaciones y protocolos diagnósticos, como los enfoques terapéuticos mencionados en el apartado anterior.

Un dato que no es menor, es la **desestimación en ambas tendencias del signo patognomónico (Gesell)** que para Kanner aportaba al diagnóstico diferencial con muchas otras patologías.

Enfoques terapéuticos [approaches]

'Enfoques'. Este es un término semánticamente fascinante. Te imaginas que el paciente se te acerca con su problema para que lo ayudes, dependiendo de su naturaleza, sus variedades, implicaciones y complejidades. 'No', dicen los terapeutas de estos enfoques, somos nosotros los que tenemos un conjunto de premisas y técnicas universales listas para usar y aplicables a todos los casos. Todo lo que hay que hacer es aprender el catecismo y los rituales y con eso ya está asegurado en el camino de la salvación (Kanner, 1971b, p. 454)¹³².

En reiteradas ocasiones Kanner se pronunció contra un movimiento que no dejaba de crecer alrededor del autismo infantil precoz: los enfoques terapéuticos.

Diez años luego de sus primeras publicaciones señalaba que: “la información obtenida a partir de estudios a largo plazo sobre estos niños, está empezando a aportarnos una historia natural del síndrome, contra la cual los esfuerzos terapéuticos deberán ser evaluados” (Kanner & Eisenberg, 1955, p. 559-560. Trad. propia).

Con el correr de los años, estos enfoques se multiplicaron y no tardaron en ser objeto de crítica por el autor, dado que la clínica estaba recayendo casi exclusivamente en la terapéutica. En muchas ocasiones menciona con resquemor las largas terapéuticas psicoanalíticas plagadas de interpretaciones, como las 573 sesiones que Klein mantiene con *Little girl Erna* sin llegar a un resultado positivo, aduciendo que padecía ‘megalomanía, paranoia, neologismo, depresión severa, pulsiones caníbales y sádicas, masoquismo y tendencias homosexuales (Thomas, 2014). Además, el acto de chuparse el dedo “era causado por las fantasías de succionar, morder y devorar el pene de su padre y los senos de su madre” (Klein, en Kanner, 1938, p. 423). Entre sus críticas se incluían las propuestas terapéuticas psicoanalíticas basadas en la hora de juego, en el análisis personal de los padres y las madres, las terapias vinculares o las modificaciones de los vínculos con el entorno.

Por otra parte, también se mantuvo en oposición a tratamientos ‘basados en la técnica’ y de orden meramente ‘administrativo’, centrados en el CI y el etiquetamiento diagnóstico.

¹³² ['Approaches'. This is a semantically fascinating term. You might think that it is the patient who approaches you with his problem and that you might take it up from there, depending on its nature, its varieties, implications, and complexities. No, say the approachers, it is we who have a ready-made, universal set of premises and techniques applicable to all comers. All you have to do is learn the catechism and the rituals and you are safely on the way to salvation]

En diferentes escritos criticó estas terapéuticas ‘universales’ y aplicables a todos los casos, que se convertían –para él– en algo excesivo, ya que se aplicaban indiscriminadamente a niños y niñas, sin siquiera reparar en la especificidad del diagnóstico. Kanner destacaba en forma reiterada la importancia de los estudios a largo plazo para corroborar el diagnóstico con precisión, estudiando el ‘ente mórbido’ de principio a fin. Además, su método rigurosamente clínico, comparaba los efectos de la ‘terapéutica’ con la evolución de la enfermedad, es decir, lo que hubiera sucedido de todos modos con o sin ‘terapéutica’.

En 1971 explícitamente señaló como indeseable la propagación de terapéuticas tanto las que se basaban solo en la díada mamá-bebé, como las que se basaban en un condicionamiento defectuoso, en la neuropatología o la neurobiología “como la única llave maestra que abre la puerta al plan de tratamiento” (Kanner, 1971b, p.456. Traducción propia). Sobre ello, agregó:

Pareciera que hay una inmensa buena voluntad y un esfuerzo impetuoso por anticipar el último triunfo de la ‘omnisciencia de la etiología’ y la ‘omnipotencia de la terapéutica’. (...) Lo que pueda pasarle a un niño y su familia está habitualmente ya programado, no tanto acorde a las circunstancias específicas de la enfermedad de cada paciente, sino sobre un ritualismo uniforme y predecible derivado de la orientación del terapeuta¹³³ (Kanner, 1971b, p. 456. Traducción propia).

La difusión de terapéuticas que para Kanner desestimaban el aspecto diagnóstico clínico venían acompañadas de otra decepción ocasionada por la falta de claridad en las nosologías que empezaban a internacionalizarse. Este fenómeno, que puede ser leído en términos de historia externa, tuvo serias repercusiones en la historia interna del AIP.

También en 1971(a) Kanner destacó que, desde hacía ya algunos años, renombradas investigadoras rusas habían contribuido a que se cruzara la línea de las esquizofrenias en su país (1967), y se lamentaba que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Estados Unidos (DSM II) aún no pudiera hacerlo con el autismo infantil precoz. Por el contrario, y contra todos sus esfuerzos, los niños y niñas cuyas características se ajustaban con el AIP eran diagnosticados en los DSM I y II dentro de la categoría Esquizofrenia (295): inicialmente como ‘Reacción esquizofrénica de tipo infantil’, luego en el DSM II como ‘Esquizofrenia de tipo

¹³³ [one often senses an overdose of goodwill and an impetuous straining to anticipate the ultimate triumph of etiologic omniscience and therapeutic omnipotence. (...) What happens to a child and his family has often been "programmed" not so much in accord with the specific circumstances of each patient's illness as by the predictably uniform ritualism of the approacher's orientation]

infantil' (295.8 *Schizophrenia, childhood type*). El criterio que lo distinguía era la aparición de síntomas esquizofrénicos antes de la pubertad.

4. Internacionalización de los diagnósticos y conformación de los Manuales de Clasificación de patologías mentales

El positivismo soñó con una enfermedad cuyas claves estuvieran en el exceso o en el defecto de la fisiología normal.

Esta era la base del 'principio de Broussais' y la razón por la que entusiasmaba a Comte es fácil de adivinar: la medicina se convertiría en una simple tarea de ingeniería

Moreno Pestaña, 2006, p. 76

En psicopatología cuantitativa, se apunta sobre todo al consenso entre los autores de publicaciones. Deben hacer acuerdos entre ellos, incluso si los análisis de población en los que se basan estas investigaciones son bien diferentes (por ejemplo, en población de depresivos norteafricanos y europeos)

Pichot y Rein, 1995, p. 41.

Tras la segunda guerra mundial, los intentos de lograr mayor científicismo para las ciencias sociales, junto con los movimientos antipsiquiátricos de la década del '60 –en particular en la psiquiatría de habla inglesa–, sumado a la ola de neoliberalismos en occidente, dieron lugar a los esfuerzos descriptivos y 'libres de teoría' de los años '70 (Berrios, 2004).

Bajo el supuesto de que la nosografía podía ser la misma en todos los lugares del mundo (tomando como referencia la nosografía occidental) se generó un movimiento de internacionalización de los fenómenos que afectaban a la salud y se establecieron los primeros compendios de clasificaciones internacionales de enfermedades.

La clínica, que había consolidado su progresividad en base a su nosografía y la investigación psicopatológica del PIC Psa empezaba a verse reemplazada por esquematizaciones de la semiología cuantitativa norteamericana, provocando un deslizamiento de la 'enfermedad natural' hacia la antigua doctrina de las monomanías.

Los neurolépticos colaboraron en poner de relieve un lugar más destacado para lo sintomático (Tatossian, en Pichot y Rein, 1995) en detrimento de lo nosológico. Señalaba Maleval (2004 [1987]) que otra de las razones de la decadencia de la clínica psiquiátrica clásica –además del psicoanálisis– había sido el efecto (aunque poco específico) de las terapéuticas biológicas que, al actuar de manera global, trataban principalmente el comportamiento, eliminando síntomas que pasaban a considerarse centrales.

Si se tiene en cuenta la proliferación de teorías que se encontraban en boga, ya criticadas por Kanner, la instauración de taxonomías denominadas ‘a-teóricas’ se basaba en la idea de recoger datos estadísticos para estudios epidemiológicos comparativos, a partir de un modelo sincrónico. Al evitar tanto el dato clínico diacrónico (que podía mostrar cambios en la sintomatología en la anamnesis) como el teórico, se basan en un síntoma ‘clave’ (monosíntoma) a partir del cual ‘diagnosticar’.

Quienes participaron en la construcción de este modelo ‘a-teórico’ se dieron a llamar neo-Kraepelineanos, en tanto señalaban como premisa el alejamiento de la teoría, especialmente la psicoanalítica (Pichot y Rein, 1995; Mazzuca, 2001). Sin embargo, por la manera de ubicar no ya las ‘enfermedades’ como en la clínica, sino un síntoma privilegiado, les hubiera correspondido más bien el epíteto de neo-Esquiroleanos. Recuérdese que Esquirol había creado las monomanías, es decir una sola facultad alterada, dejando intactas las otras facultades. Por el contrario, siguiendo a J. P. Falret (2002) en su ‘De la no existencia de las monomanías’ y forjando la conjetura de la ‘entidad mórbida’, Kraepelin en la 5ta edición de su tratado (1895) se jactaba de haber logrado la etapa última y decisiva para pasar del abordaje sintomático al clínico (aparición, evolución y fin de la enfermedad). Incluso en 1920 negó todo valor diagnóstico al síntoma y admitió una semiología afectiva en la demencia precoz como una semiología esquizofrénica en la enfermedad maniaco-depresiva (en el sentido de síndromes negativos). Kraepelin había sido un gran antecesor para Kanner (1965), quien destacaba el logro de haber podido construir –a partir de las muchas rocas desordenadas de la psiquiatría– una sólida estructura para la clínica.

El resurgimiento del modelo monosintomático no necesariamente se condice con los orígenes de las diferentes clasificaciones. La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, nació de la mano de la Lista Internacional de las Causas de Muerte, adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS asumió la responsabilidad de la CIE en 1948 cuando se publicó la Sexta Revisión (CIE-6), cuya publicación incluía por primera vez las causas de morbilidad.

El propósito planteado con esta clasificación era que el registro sistemático sirviera de utilidad para el análisis, interpretación y comparación de datos de mortalidad y morbilidad en distintos países o áreas y diferentes épocas (OMS, 1992). Para esto, propuso cambiar los términos diagnósticos a referencias alfanuméricas, en pos de facilitar su almacenamiento y recuperación, utilizando un sistema de clasificación de ejes variables a los cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos.

En 1948, se incluyen por primera vez los trastornos mentales en el capítulo V (F) acompañado, a partir de la octava edición (1974), de un glosario para precisar la terminología utilizada, en principio ‘universal’, aunque correspondían, en su mayoría, a la nosografía europea de la época. Se suponía que la utilización de un lenguaje unificado podía aumentar la validez y fiabilidad de los diagnósticos y lograría mayor consenso a nivel mundial. El inglés reemplazó progresivamente, como lengua científica psiquiátrica, al alemán y al francés, que hasta entonces desempeñaban ese papel permitiendo los intercambios entre estas dos escuelas. La psicopatología infantil y las novedosas discusiones aparecidas al final de la Segunda Guerra no aparecieron en el capítulo V (F).

El primer manual que crea la Asociación Psiquiátrica Americana (Estados Unidos) en 1952 - siguiendo la línea de la CIE-6-, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales), tampoco otorga un lugar específico a la infancia aún. La primera clasificación destinada exclusivamente a la infancia, y que plantea desde sus inicios una fuerte discrepancia respecto del DSM fue la *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* (Clasificación Francesa de los Problemas Mentales de la Infancia y la Adolescencia, CFTMEA), publicada en 1987. Si bien sostiene la psicopatología psicoanalítica y dinámica (igual que la CIE 6, 7, 8 y 9 y los DSM I y II), destaca que intenta confluir en puntos fundamentalmente clínicos¹³⁴.

Hasta la CIE-9 (1979), la impronta del psicoanálisis en la clasificación estuvo muy presente. Señalan (Pichot y Rein, 1995) que, si bien la edición 8 y la 9 de la CIE recibieron duras críticas, permitieron investigaciones epidemiológicas y transculturales, por ejemplo, en el grupo de las psicosis esquizofrénicas.

Para la CIE-10, el psicoanálisis ya no es considerado y con ello se pierde la diferenciación entre neurosis y psicosis que se sostenía en la CIE-9 (aunque deliberadamente sin intentar definir

¹³⁴ En su revisión 2010 permite establecer en lo concerniente a la categoría F84 la concordancia con la CIE-10, no sólo para el Eje I de los datos clínicos sino también para el Eje II de los “Factores anteriores eventualmente etiológicos”, ya sean lesiones orgánicas o condiciones ambientales.

ambos conceptos). El capítulo V (F), amplió considerablemente sus categorías de la novena a la décima revisión (de 30 a 100 categorías). Se desestimó completamente la diacronía y la observación de la evolución de un cuadro o enfermedad (en ocasiones considerando un máximo de indagación de hasta 6 meses).

4.1. Autismo en los manuales

A. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la Familia de Clasificaciones

En sus primeras ediciones, la Clasificación Internacional de Enfermedades no incluye en absoluto el autismo. Para la infancia se aplicaba, o más bien, se extrapolaban algunas categorías de la psicopatología del adulto. Todavía en los años sesenta, veinte años luego de la descripción de Kanner, la psicopatología infantil quedaba muy marginada tanto en la CIE-8 (1967) como en el DSM-II (APA, 1968).

En la CIE-8 se menciona sólo las características del autismo infantil como una forma de esquizofrenia y la novena edición (1979) lo incluye bajo el encabezamiento de “psicosis infantil”. Las psicosis esquizofrénicas estaban clasificadas en la CIE-9 en "Otras psicosis" en oposición a los "Estados psicóticos orgánicos". El retraso mental figuraba también en la CIE-9 como una categoría diagnóstica.

Para la CIE-10, se especificó la Familia de Clasificaciones que la acompañaban, teniendo en cuenta que la CIE por sí sola no podía cubrir toda la información requerida. Los aspectos adicionales de los dominios de salud, del funcionamiento y de la discapacidad se clasificaron conjuntamente en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Esta familia de clasificaciones tiene por objeto proporcionar el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado para posibilitar la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo. La OPS (1995) señala que se está preparando una versión de la CIE con directrices clínicas destinada a quienes trabajan en el campo de la psiquiatría, donde se propondrán criterios que han de regir las investigaciones acerca de los problemas de salud mental, y se prepararán presentaciones multiaxiales en relación con los trastornos de la niñez y para la clasificación de los problemas de los adultos. El esquema multiaxial de la CIE-10 contiene los siguientes tres ejes (Mezzich, et. al., 1995):

1.Diagnósticos clínicos: Incluye los trastornos mentales y de medicina general. Todos los trastornos identificables en un individuo deben ser listados y codificados de acuerdo con los veinte capítulos de enfermedades en la clasificación central de la CIE-10.

2.Discapacidades: Valora las consecuencias de la enfermedad en términos de impedimento en el desempeño de roles sociales básicos. Debe ser evaluado con la CIF. Cuatro facetas mayores deben ser consideradas: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento con la familia y comportamiento social en general.

3.Factores contextuales: Se trata aquí de describir el ambiente en el que emerge la enfermedad en término de dominios ecológicos. Se incluyen problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo, vivienda y economía, asuntos legales, historia familiar de enfermedad y estilo de vida personal. Esta estructura está basada en los códigos –Z seleccionados del capítulo XXI de la CIE-10: ‘Factores que influyen sobre el Estado de Salud y el Contacto con Servicios de Salud’.

La CIE-10 confluye con el DSM-IV, que también abandona la categoría de ‘psicosis iniciada en la infancia’ por la de ‘Trastorno del desarrollo psicológico’, quedando éstos delimitados dentro la categoría ‘Trastornos Generalizados del Desarrollo’ (TGD). Los TGD, están definidos como un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades que se aprecia estereotipado y repetitivo. Dichas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es ‘anormal’ desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Las categorías que se incluyen dentro de los TGD en el manual CIE-10 (OPS, 1995), son:

F. 84.0 Autismo Infantil/Autismo en la infancia¹³⁵

Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) la presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los 3 años de edad, b) el tipo característico de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción

¹³⁵ Varía según la traducción, esta segunda acepción ‘autismo en la infancia’ es la que se utiliza en el manual disponible en la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina de Argentina (Capítulo V), en la traducción de la OPS y en la GLADP. En la traducción española que utiliza el Ministerio de Salud de España, esta categoría lleva el nombre de ‘trastorno autista’.

social reciproca; comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones. Se observa una predominancia en varones.

Incluye:

- Autismo Infantil
- Síndrome de Kanner
- Psicosis Infantil (nótese aquí que la psicosis se incluye en el autismo)
- Trastorno Autístico

Excluye:

- Psicopatía autística (F84.5).

F84.1 Autismo atípico

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo de la niñez, sea en cuanto a la edad en que se inicia o porque no alcanza a cumplir con los tres conjuntos de criterios diagnósticos. Esta subcategoría debe ser utilizada cuando hay un desarrollo anormal o deteriorado que aparece solo después de los 3 años de edad y cuando faltan anormalidades demostrables suficientes en una o dos de las tres áreas de la psicopatología necesarias para el diagnóstico de autismo (a saber, interacción social recíproca, comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo), a pesar de que hay anormalidades características en la(s) otra(s) área(s). El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en personas con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo.

Incluye:

- Psicosis atípica de la niñez
- Retraso mental con rasgos autísticos

Use código adicional (F70–F79), si desea identificar el retraso mental

F84.2 Síndrome de Rett

Afección hasta ahora encontrada sólo en niñas, en la cual un desarrollo inicial aparentemente normal es seguido por una pérdida parcial o total del habla y de las habilidades para la locomoción y para la utilización de las manos, junto con una desaceleración del crecimiento cefálico, que comienza habitualmente entre los 7 y los 24 meses de edad. Son característicos la pérdida de los movimientos voluntarios de las manos, el retorcimiento estereotipado de las

mismas y la hiperventilación. Se detiene el desarrollo social y el del juego, pero el interés social tiende a mantenerse. Alrededor de los 4 años de edad comienzan a desarrollarse la ataxia y la apraxia del tronco, lo cual con frecuencia es seguido por la aparición de movimientos coreoatetósicos. Casi invariablemente se produce un retraso mental grave.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia/niñez

Tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por un período de desarrollo enteramente normal, anterior al comienzo del trastorno, seguido por una pérdida definida de las habilidades previamente adquiridas en varias esferas del desarrollo en el curso de unos pocos meses. Esto se acompaña típicamente de una pérdida generalizada del interés por el entorno, de amaneramientos motrices estereotipados repetitivos y de un deterioro de la interacción social y de la comunicación, similar al deterioro autístico. En algunos casos se puede demostrar que el trastorno se debe a alguna encefalopatía asociada, pero el diagnóstico debería hacerse con base en los síntomas conductuales.

Incluye:

- Demencia infantil
- Psicosis desintegrativa
- Psicosis simbiótica
- Síndrome de Heller

Use código adicional si desea identificar cualquier afección neurológica asociada.

Excluye:

- Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner, F80.3).
- Mutismo selectivo (F94.0).
- Esquizofrenia (F20.-).
- Síndrome de Rett (F84.2).

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Es un trastorno mal definido, de validez nosológica dudosa. La categoría se destina para la inclusión de un grupo de niños con retraso mental grave (CI menor de 35), cuyos problemas principales se manifiestan en la hiperactividad y en la esfera de la atención, como también a través de comportamientos estereotipados. Tienden a no mejorar con fármacos estimulantes (a diferencia de aquéllos que tienen un CI dentro de límites normales), y pueden evidenciar reacciones disfóricas graves (a veces con retraso psicomotor), cuando se les administra estos fármacos. Durante la adolescencia, la hiperactividad tiende a ser reemplazada por hipoactividad

(rasgo que no es habitual en niños hipercinéticos con inteligencia normal). A menudo este síndrome se asocia también con una diversidad de retrasos del desarrollo, tanto específicos como globales. No se sabe en qué medida el patrón conductual obedece a un bajo coeficiente intelectual o a un daño cerebral orgánico.

F84.5 Síndrome de Asperger

Trastorno de dudosa validez nosológica, caracterizado por el mismo tipo de deterioro cualitativo de la interacción social recíproca que caracteriza al autismo, conjuntamente con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo. Difiere del autismo fundamentalmente por el hecho de que no hay retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje o del desarrollo intelectual. Este trastorno se asocia a menudo con una torpeza marcada. Hay fuerte tendencia a que las anomalías persistan durante la adolescencia y la edad adulta. Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana.

Psicopatía autística Trastorno esquizoide de la niñez

Incluye:

- Psicopatía autística.
- Trastorno esquizoide de la infancia.

Excluye:

- Trastorno esquizotípico (F21).
- Esquizofrenia simple (F20.6).
- Trastorno de vinculación de la infancia (F94.1 y F94.2).
- Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5).
- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

A.1 Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico

En Cuba, se creó un nomenclador propio de clasificación de patologías: El Glosario Cubano de Psiquiatría, actualmente en su tercera revisión (GC-3). Los intentos por adaptar la Clasificación Internacional de Enfermedades a la realidad de la población cubana comenzaron con el trabajo de un grupo de profesionales de la salud mental que dio lugar en 1975 a la publicación del Primer Glosario Cubano de Psiquiatría, el cual incluía 69 adaptaciones sobre la CIE-8. A partir de los antecedentes cubanos, en el año 2004 se hizo pública la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) “como respuesta a la necesidad de la psiquiatría latinoamericana de adaptar la clasificación internacional de los trastornos psiquiátricos de la OMS (décima revisión de la CIE) a las necesidades particulares de la población de América Latina” (GLADP, 2004, p. 13). Por ejemplo, se habían hallado diferencias importantes en la fenomenología de la depresión entre sujetos latinoamericanos y norteamericanos (Mezzich y Raab, 1980 y Singer, 1984, en GLADP, 2004).

Por otro lado, se enfatizó en la necesidad de atender de manera competente a síndromes locales de importancia, tales como el susto, el ataque de nervios, el mal de ojo, entre otros, que obtienen sólo una cobertura marginal en los demás sistemas (GLADP, 2004). En lo que respecta al autismo, se mantienen mayormente las categorías que establece la CIE-10, y se agregan notas específicas según el cuadro y las discusiones que suscita para el contexto latinoamericano.

Para **F84.0 ‘Autismo en la niñez’** señala: Este trastorno se codifica aquí cuando se trata de un síndrome primario. La presencia de otro trastorno concomitante que no se considere causa primaria del comportamiento autístico, ni parte sintomática del trastorno generalizado del desarrollo, pero que sea objeto de atención clínica particular, debe codificarse adicionalmente. Tal es el caso, por ejemplo, de un trastorno de la actividad y la atención (F90.0) o un trastorno del humor [afectivo] (F30-F39). En el caso en que el síndrome autístico se considera claramente la consecuencia secundaria de un retraso mental profundo o de un trastorno específico grave del lenguaje, éstos, el retraso mental y el trastorno del lenguaje, se constituyen en el diagnóstico primario. En estos casos, se recomienda emplear el código F84.12, Autismo atípico (secundario a) para indicar la presencia del síndrome autístico como una condición secundaria. Debe tomarse en cuenta, que un porcentaje alto de pacientes con autismo primario evolucionan progresivamente a un nivel de funcionamiento intelectual compatible con el diagnóstico de retraso mental. En esos casos, se formulará el diagnóstico de Autismo de la niñez (F84.0) y se codificará, adicionalmente, el diagnóstico de retraso mental como condición adicional

secundaria. En el caso de la presencia simultánea de una condición psiquiátrica más amplia, como la esquizofrenia, con comportamientos autísticos, ésta, la esquizofrenia, cobra preeminencia diagnóstica y los síntomas autísticos pasan a considerarse parte de la sintomatología esquizofrénica. Sólo si se consideran objeto particular de atención clínica se registrarán adicionalmente, utilizando el código F84.12, Autismo atípico (secundario a esquizofrenia). En un número considerable de casos, se puede encontrar, simultáneamente con la sintomatología autística, otras condiciones médicas no psiquiátricas, frecuentemente consideradas como causas etiológicas del autismo. En estos casos, la GLADP recomienda codificar la condición médica no psiquiátrica como diagnóstico primario y recurrir al diagnóstico de F84.12, Autismo atípico (secundario a [indicar aquí la condición médica no psiquiátrica]) para indicar la presencia del síndrome autístico como condición secundaria. Ver anotación de F84.1

F84.1 Autismo atípico: La GLADP recomienda que esta categoría diagnóstica residual sea empleada únicamente cuando otros trastornos generalizados del desarrollo hayan sido claramente excluidos. Esto es particularmente importante en el caso de F84.3, Otro trastorno desintegrativo de la niñez, que debe tener preeminencia taxonómica y cuya descripción fenomenológica tiene extraordinario parecido con las descripciones que CIE-10 ofrece para el Autismo atípico. El uso clínico apropiado de F84.1, Autismo atípico, se describe en detalle en la anotación de F84.0. Se sugiere que, cuando el síndrome autista sea plenamente explicado como parte de un trastorno más amplio, el diagnóstico primario sea este último. En ese caso, el comportamiento autista se debe codificar como un segundo diagnóstico si se desea registrarlo. Por ejemplo:

1. Retraso mental profundo (RMP) (F73)
2. Autismo atípico (asociado a RMP.) (F84.12)

F84.10 Atipicidad en la edad de comienzo

- A. No se satisface el criterio A del autismo (F84.0). Esto es, la anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.
- B. Se satisfacen los criterios B y C del autismo de la niñez (F84.0).

F84.11 Atipicidad sintomática

A. Satisface el criterio A del autismo (es decir, anomalía del desarrollo de comienzo *antes de los tres años de edad*).

B. Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales que implican reciprocidad, o en la comunicación, o bien formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.

C. Se satisface el criterio C del autismo de la niñez.

D. No se satisface el criterio B del autismo de la niñez (F84.0).

F84.12 Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática

A. No se satisface el criterio A del autismo. La anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.

B. Alteraciones cualitativas de las interacciones que implican reciprocidad o de la comunicación, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a un número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.

C. Se satisface el criterio C del autismo.

D. No se satisface el criterio B del autismo (F84.0)

F82.2. Síndrome de Rett: Datos preliminares sugieren que una mutación genética es la causa de este trastorno². Sin embargo, en presencia de un cuadro clínicamente sugestivo, la identificación de tal mutación no se considera imprescindible para la formulación del diagnóstico.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la niñez

La característica clínica que le ofrece especificidad nosológica a este trastorno es la *marcada y rápida* regresión (en el curso de muy pocos meses) que se puede observar en múltiples áreas del funcionamiento psicomotriz, social y adaptativo en un niño que evolucionaba normalmente hasta por lo menos los dos años de edad. El cuadro clínico “típico” suele ser el de un niño de 5 a 7 años de edad que, súbitamente, empieza a mostrar esta notable regresión en *casi todas* las áreas de su funcionamiento. Estos niños suelen desarrollar, progresiva y rápidamente, un cuadro autístico sintomático que es indistinguible del Autismo infantil (F84.0), excepto por la edad en que tal síndrome autístico se inicia. En caso de considerarse conveniente para el caso particular,

el diagnóstico de F84.12, Autismo atípico asociado a otro trastorno desintegrativo de la niñez, podría agregarse como condición secundaria.

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados: La GLADP acepta el uso del término ‘hiperkinético’ en sustitución del de ‘hiperactivo’ para los clínicos que deseen enfatizar la naturaleza desadaptativa e ineficaz de la marcada actividad mostrada por los pacientes que sufren este trastorno. Para incrementar la especificidad nosológica de esta categoría, debe recordarse que casi todos los niños con retraso mental grave pueden compartir las características que se describen en las pautas para este diagnóstico. Los elementos sintomáticos característicos que permiten la identificación apropiada de estos pacientes en un grupo discreto son: a) Una respuesta negativa a las drogas psicoestimulantes; y b) la característica evolución de la hiperkinecia a un estado opuesto de pasividad con el paso del tiempo. Por eso, la GLADP sugiere que ambos elementos sean agregados a los criterios diagnósticos de investigación.

A.2 Clasificación internacional del Funcionamiento (CIF)

La CIF pertenece a la Familia de Clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS y es complementaria con la CIE. Los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos, cada uno con dos componentes. La parte 1. Funcionamiento y Discapacidad: (a) Funciones y Estructuras Corporales y (b) Actividades y Participación. La parte 2. Factores Contextuales: (c) Factores Ambientales y (d) Factores Personales. Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos. La salud y los estados ‘relacionados con la salud’ de un individuo pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los calificadores, que son códigos numéricos que especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un facilitador o barrera.

De esta manera, como se señaló con anterioridad, se pretende brindar un panorama más amplio que la nomenclatura de la CIE, lo cual en Argentina funciona, por ejemplo, en el diseño del Certificado Único de Discapacidad (CUD).

B. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Si bien Argentina, por ser miembro de la OMS debe orientar su clasificación en función de los nomencladores que esta propone (Clasificación Internacional de Enfermedades, Clasificación Internacional del Funcionamiento, Guía Latinoamericana para el Diagnóstico Psiquiátrico), se menciona el DSM por su impacto social, político y económico tanto en la investigación como en la práctica ‘psi’ en Argentina. Aquí, contrariamente a lo establecido por los convenios con la OMS, este manual se ha utilizado y difundido en la práctica privada y pública, incluso en la formación de grado de diferentes carreras ‘psi’, más aún en sus últimas ediciones.

A partir de las múltiples críticas a los primeros manuales (DSM-I y II) obtenidas por los movimientos de desmanicomialización y antipsiquiátricos, sumados paradójicamente a los intereses de aseguradoras de salud y la supremacía de métodos alternativos frente a los realizados por psiquiatras, el estatus científico de la psiquiatría se vio cuestionado. El ‘experimento de Rosenhan’ (1973), las investigaciones psicobiológicas –como el Estudio Colaborativo de Psicobiología de la Depresión del NIMH (*National Institute of Mental Health*)– sumado al enorme incremento del uso de fármacos por parte de las y los psiquiatras, fueron generando otras bases para el diagnóstico, acordes a un modelo biomédico. Esto formó las bases para *el Research Diagnostic Criteria* (RDoC) en 1978, que posteriormente sirvieron de prototipo diagnóstico para el DSM-III en 1980 (García Zabaleta, 2019).

Es a partir del DSM-III que los manuales acentúan su corte biologicista, naturalista y esencialista, volviendo el criterio diagnóstico un proceso algorítmico y estadístico, definido no ya por la trayectoria profesional, sino por un sistema operativo. Si bien con este movimiento se dieron en llamar ‘neo-Kraepelineanos’, Tatossian destaca que en verdad se volvieron ‘neo-esquiroleanos’, en su elección del síndrome versus la enfermedad (en Pichot y Rein, 1995).

Esto coincidió con la incorporación a la OMS de una mayor cantidad de investigadores/as estadounidenses para la décima revisión de la CIE, logrando rápido consenso entre los criterios del DSM y la CIE. Los siguientes DSM, al menos en lo que compete al autismo, intentaron equiparar –o incluso guionar– la propuesta de la CIE (esto se evidencia claramente en la cuarta y quinta revisión del DSM).

J. Carlos Stagnaro (2007) refiere que el DSM-IV se sostuvo en tres supuestos básicos:

1. A-teórico y multiaxial: Supone que es posible establecer una clasificación psiquiátrica criteriológica sin estar apoyada en una teoría psicopatológica; utilizando para diagnosticar estos ejes de observación:
 - Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o la sintomatología presente, si no configura ningún trastorno.
 - Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, etc.).
 - Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
 - Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).
 - Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (Escala de Funcionamiento Global).
2. El trastorno tiene una base fisiopatológica: A través de la investigación neurobiológica, busca establecer para a cada uno de los trastornos que el manual propone, una alteración cerebral concomitante, relacionada de una forma más o menos directa con cada uno de ellos.
3. Posibilidad de corregir dichos trastornos a través de tratamientos farmacológicos: Establece la vía farmacológica como la posibilidad de modificar cada alteración de la neurotransmisión, combinada con una terapéutica que genere cambios a nivel conductual.

Finalmente, Stagnaro (2007) refiere sobre este manual:

El DSM es un nomenclador útil para un registro epidemiológico o para crear grupos homogéneos de pacientes y controles para la experimentación clínica o terapéutica, es decir, para diagnosticar trastornos y no personas, como lo advierten sus propios autores; quienes enfatizan que, para el fin del diagnóstico clínico hacen falta muchos más datos que los que tiene en cuenta el Manual. A pesar de ello, la influencia del DSM fue muy grande, fundamentalmente porque el modelo que planteaba era funcional a intereses externos a la especialidad. Entre ellos y, primordialmente, a los sistemas de seguros de salud y de administración sanitaria de los Estados Unidos luego de la caída del Estado Benefactor, y a los sistemas privados de salud en otros lados, necesitados todos ellos de un nomenclador apto para indicar y calcular ‘objetivamente’ tratamientos y costos, funcional al marketing de la industria farmacéutica (p. 66. Las comillas están presentes en el original).

B.1 Autismo en los DSM II, III y IV

Como se mencionó, los niños y niñas con las características del síndrome de Kanner eran diagnosticados como Esquizofrenia (295). Inicialmente como ‘Reacción esquizofrénica de tipo

infantil' y luego, en el DSM II, como 'Esquizofrenia de tipo infantil' (295.8 *Schizophrenia, childhood type*). El criterio era la aparición de síntomas esquizofrénicos antes de la pubertad.

La condición puede manifestarse por un comportamiento autista, atípico y retraído; incapacidad para desarrollar una identidad separada de la de la madre; y disarmonía general, inmadurez grave y desarrollo atípico. Estos defectos del desarrollo pueden provocar retraso mental, que también debe diagnosticarse. (*Esta categoría es para uso en los Estados Unidos y no aparece en la CIE-8. Es equivalente a 'Reacción esquizofrénica, tipo infantil' en el DSM-I*¹³⁶ (APA, 1968, p. 35. El destacado no se encuentra presente en el original).

En 1980 se publicó el DSM–III que fue rápidamente traducido en varias lenguas, especialmente las latinas, reemplazándose –como se mencionó *ut supra*– el modelo psicoanalítico por un modelo 'basado en la evidencia', bajo la premisa de mejorar la validez del diagnóstico psiquiátrico. Allí el síntoma aislado comandó la visión diagnóstica, dejando a la “semiología y agrupación sindromática divorciada del contexto dinámico de la organización de la personalidad y de la transferencia” (Press, 2012, p. 118). Desaparecieron nociones como neurosis, conflicto psíquico, psicosis infantil, dinamismos defensivos, elementos que situaban al síntoma en una constelación de estructura, orientando la psicopatología (Press, 2012).

El autismo se constituyó en una categoría diagnóstica específica, separado de las psicosis infantiles y el retraso mental, dentro de los 'trastornos profundos del desarrollo' (o PDD por sus siglas en inglés: *Pervasive Developmental Disorder*). En esta edición aclaran que, a partir de algunas investigaciones, se desestimó la relación entre las psicosis infantiles y las del adulto. Por ello y por las dificultades para evaluar las psicosis de la niñez, el término 'psicosis' fue reemplazado por el de 'Trastornos profundos del desarrollo'. Según APA (1980) este nombre describía más exactamente el centro del trastorno clínico, en el cual muchas áreas básicas del desarrollo psicológico estaban afectadas al mismo tiempo y en un grado general. Sin embargo, el reemplazo de la noción de conflicto psíquico por las teorías evolucionistas del desarrollo, no fue ingenuo. El pasaje de la esquizofrenia infantil y la psicosis –profundamente discutidas por clínicos y psicoanalistas– a la perspectiva del 'desarrollo', coincidió con la 'revolución' que el

¹³⁶ [The condition may be manifested by autistic, atypical, and withdrawn behavior; failure to develop identity separate from the mother's; and general unevenness, gross immaturity and inadequacy in development. These developmental defects may result in mental retardation, which should also be diagnosed. (This category is for use in the United States and does not appear in ICD-8. It is equivalent to "Schizophrenic reaction, childhood type" in DSM-I)*

cognitivismo significó para la exploración y explicación de la patología mental, apoyada en el cerebro, lo cual, como señalaba Stagnaro (2007) fue conveniente también para la industria farmacéutica y el modelo económico liberal.

En la edición de 1980 el diagnóstico de autismo infantil (299.0x) requería la presencia de las siguientes seis condiciones:

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

Podía presentarse el síndrome completo (299.00) o un estado residual (299.01) y se diferenciaba del Trastorno generalizado del desarrollo de inicio en la infancia, cuya aparición era posterior a los 30 meses de edad.

En la revisión del manual, siete años después, (DSM III-R, 1987), se incluyen otras características que distinguían aún más el cuadro. Debían estar presente, por lo menos 8 de los 16 ítems que se enumeraban, en tres categorías (de los cuales debían incluirse por lo menos 2 ítems de A, uno de B y uno de C). Las categorías eran:

- A. Alteración cualitativa en la interacción social recíproca
- B. Alteración cualitativa en la comunicación verbal y no verbal y juego imaginativo.
- C. Claro repertorio restringido de intereses y actividades
- D. Inicio durante la primera infancia. Se debe especificar si se inicia en la niñez (después de los 36 meses).

En el año 1994 aparece el DSM IV y seis años más tarde, su revisión (DSM IV-TR, 2000), los cuales evidenciaron mayor impronta de la tendencia cognitiva. Dentro de los ahora denominados ‘Trastornos Generalizados del Desarrollo’ se englobaron: el Trastorno Autista, el Trastorno de Asperger, el Trastorno de Rett, el Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

Es importante notar la inclusión del término ‘generalizado’, ya que los Trastornos Generalizados del Desarrollo se caracterizaban por “una perturbación grave y generalizada de

varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas” (DSM-IV-R, 2000, p. 69). Continúa:

Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental, el cual si está presente debe codificarse en el Eje II. A veces, los trastornos generalizados del desarrollo se observan en otras enfermedades médicas (anormalidades cromosómicas, anormalidades estructurales del sistema nervioso central).

Aunque en algún momento se utilizaron términos como ‘psicosis’ y ‘esquizofrenia infantil’ para hacer referencia a estos trastornos, son numerosos los datos en favor de que los trastornos generalizados del desarrollo son distintos de la esquizofrenia (sin embargo, un sujeto con un trastorno generalizado del desarrollo puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior) (DSM-IV-R, 2000, p. 69).

Se detallan a continuación las características de los distintos cuadros incluidos en TGD:

F. 84.0 Trastorno Autista

Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas. Puede darse una notable afectación de la práctica de comportamientos no verbales múltiples (contacto ocular, expresión facial, posturas y gestos corporales) en orden a regular la interacción y comunicación sociales. Puede estar presente una falta de reciprocidad social o emocional. Con frecuencia el sujeto tiene sumamente afectada la conciencia de los otros. También es muy notable y persistente la alteración de la comunicación, que afecta tanto a las habilidades verbales como las no verbales. Puede producirse un retraso del desarrollo del lenguaje hablado o incluso su ausencia total. También se observa falta de juego usual espontáneo y variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo del sujeto. Cuando se desarrolla el habla, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación pueden ser anormales. Puede ponerse de manifiesto una alteración de la comprensión del lenguaje. El juego imaginativo suele estar ausente. Hay patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista:

A. Existe 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: interacción social, lenguaje utilizado en la comunicación social o 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.

En cuanto al diagnóstico diferencial, el DSM-IV R propone que debe diferenciarse de la esquizofrenia de inicio infantil ya que esta suele desarrollarse tras unos años de desarrollo aparentemente normal.

A continuación, se compara la categoría de Trastornos del Desarrollo según lo que se establece en el DSM IV-R y la CIE 10:

Cuadro N°4. Comparación de categorías diagnósticas en CIE-10 y DSM-IV-R

<p style="text-align: center;">CIE 10 F84- Trastorno Generalizado del Desarrollo</p>	<p style="text-align: center;">DSM IV-R Trastorno Generalizado del Desarrollo (F.84)</p>
<p>F84.0 Autismo infantil/autismo en la niñez F84.1 Autismo atípico F84.2 Síndrome de Rett F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados F84.5 Síndrome de Asperger F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado</p>	<p>F84.0 Trastorno autista F84.2 Trastorno de Rett F84.3 Trastorno desintegrativo infantil F84.5 Trastorno de Asperger F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados a la salud, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición revisada (DSM IV-R) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

B.2 DSM 5

En mayo de 2013 fue publicada la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V). Este manual contiene una serie de cambios respecto a las versiones anteriores; por ejemplo, el cambio de nominación, de DSM-V a DSM-5, propuesto por Kupfer –director del proyecto–, señalando la posibilidad de mejorar los enfoques dimensionales una vez que la base de evidencia se fortalezca, resultando versiones DSM-5.1, DSM-5.2, etc. Otro cambio fue la remoción del sistema multiaxial, que puso en un mismo nivel los anteriores ejes I, II y III (trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad, otras condiciones médicas) y agrega anotaciones separadas para consignar los factores psicosociales (antes eje IV) y el nivel de funcionamiento (antes eje V). Dentro de los objetivos de dicho cambio está el de acercar la clasificación psiquiátrica al resto de la medicina ‘que no emplea ejes’, y poner a los trastornos de personalidad en igualdad de condiciones con el resto de los trastornos.

El DSM-5 supone con mayor firmeza a la patología mental como un trastorno biológico que involucra circuitos cerebrales específicos de la cognición, la emoción o la conducta. Un punto clave que generó discusiones y polémicas fue la mayor facilidad de medicalización de estos tres constructos, principalmente sobre la interpretación de variables subjetivas, tales como qué constituye una función ‘normal’ u ‘óptima’ dentro del contexto y expectativas de la sociedad y la cultura (García Zabaleta, 2019).

El hecho de presentar dimensiones, generando límites difusos entre patología y normalidad, es otro punto criticado a causa de la inflación diagnóstica, como se evidencia con el trastorno bipolar, trastorno de déficit atencional, autismo y trastorno de ansiedad generalizada.

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (DSM-IV) se incluyeron dentro de la categoría de los Trastornos del Neurodesarrollo, bajo el nombre de Trastornos del Espectro Autista. El cambio de nombre trata de enfatizar la ‘dimensionalidad’ del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos entre los subgrupos. Por tanto, elimina las categorías diagnósticas Trastorno de Asperger, TGD-NE, Trastorno desintegrativo infantil y Trastorno Autista como entidades independientes, además de reubicar en los trastornos genéticos al Síndrome de Rett. Los criterios diagnósticos también varían: pasan de ser 3 áreas a 2, ya que en el DSM-V se fusionan las alteraciones sociales y comunicativas, manteniéndose el criterio referido a la rigidez mental y comportamental. La Discapacidad Intelectual (DI) y el lenguaje son factores secundarios a considerar, pero no ya necesarios para el diagnóstico.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) según el DSM-5 (APA, 2013).

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

A.1 Deficiencias en la reciprocidad socioemocional

- Acercamiento social anormal,
- Fracaso en la conversación normal en ambos sentidos,
- Disminución en intereses, emociones o afectos compartidos,
- Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales

A.2 Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; por ejemplo:

- Comunicación verbal y no verbal poco integrada,
- Anormalidad en el contacto visual y del lenguaje corporal,
- Deficiencias en la comprensión y el uso de gestos,
- Falta total de expresión facial y de comunicación no verbal

A.3 Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones; por ejemplo:

- Dificultad para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales,

- Dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos,
- Ausencia de interés por las otras personas

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 (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos)

B.1 Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva; por ejemplo:

- Estereotipias motrices simples,
- Alineación de juguetes,
- Cambio de lugar de los objetos,
- Ecolalia,
- Frases idiosincráticas

B.2 Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal; por ejemplo:

- Elevada angustia ante pequeños cambios,
- Dificultades con las transiciones,
- Patrones de pensamiento rígidos,
- Rituales de saludo,
- Necesidad de seguir siempre la misma ruta o de comer los mismos alimentos cada día

B.3 Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere; por ejemplo:

- Fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales,
- Intereses excesivamente circunscritos y perseverantes

B.4 Híper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno; por ejemplo:

- Aparente indiferencia al dolor/temperatura,
- Respuesta adversa a sonidos y texturas específicas,
- Oler o tocar excesivamente objetos,
- Fascinación visual con luces o movimientos

C- Los síntomas tienen que manifestarse en el periodo de desarrollo temprano. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasen sus limitadas capacidades. Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

D- Los síntomas causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en otras importantes para el funcionamiento habitual.

E- Las alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo.

También debe especificarse el nivel de severidad:

Nivel 1: necesita ayuda

Nivel 2: necesita ayuda notable

Nivel 3: necesita ayuda muy notable

Finalmente, es necesario especificar también si estos síntomas cursan:

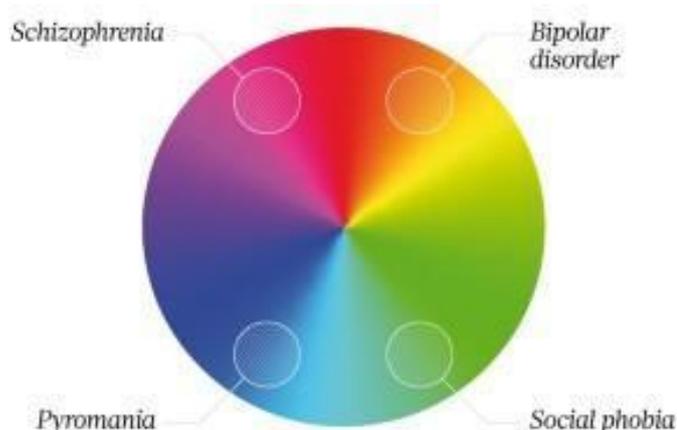
- Con o sin déficit intelectual acompañante.
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- Asociado a una afección médica o genética, o aun factor ambiental conocido (por ejemplo, Síndrome de Rett).
- Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.
- Con catatonia (sic)

Muchas críticas se han suscitado en torno a este manual, especialmente su 5ta revisión, basada en el supuesto de que la enfermedad mental pertenece a un ‘único espectro’ (Fig. 5). En el pasaje del DSM IV al V y de la CIE-10 a la CIE-11, los TGD –autismo infantil, síndrome de asperger, Trastorno desintegrativo infantil, etc.– se unificaron en TEA. Es decir que se abandonaron categorías discretas y delimitadas –más acorde a la propuesta de Kanner¹³⁷– por una sola dimensión de carácter continuo, con diferentes grados de severidad –asociada al ‘grado de ayuda’– sumado a la posibilidad de incluir ‘déficit intelectual acompañante’ y ‘deterioro del lenguaje’, u otra condición médica o genética, factor ambiental, o trastorno del neurodesarrollo, mental o conductual (Valdéz y Ruggieri, 2015). El uso de un continuo o de categorías espectrales no es un hecho novedoso en psiquiatría, lo nuevo es que este espectro responde ahora a otros intereses, no ya clínicos (Vasen, 2017).

Además, las categorías continuas no solo se aplicaron al autismo, sino también a la depresión mayor, la bipolaridad, la esquizofrenia y el desorden obsesivo compulsivo, categorías que habían guiado la psiquiatría desde los '80 (Adam, 2013). En este sentido, autores como Widloch, Pichot y Rein (1995) señalan que este formato se volvió ‘transnosográfico’, más interesado por una dimensión comportamental (impulsividad, anhedonia) que por una entidad nosológica.

¹³⁷ Recuérdese lo que el señala sobre las categorías teórico-conceptuales (como la de esquizofrenia) e inespecíficas (como la de ‘niño atípico’).

Fig. 5. Propuesta para incluir las enfermedades mentales en un mismo espectro



Nota: Adaptado de *Mental health: On the spectrum*. En Adam, D. (2013). *Nature* 496, p. 416

Una dificultad que ello supone es que mediante la incorporación de la ‘dimensionalidad’, las enfermedades mentales y también los espectros, se superponen.

De acuerdo con este punto de vista, los trastornos son el producto de factores de riesgo compartidos que conducen a anomalías en los impulsos que se cruzan, como la motivación y la anticipación de la recompensa, que pueden medirse (de ahí la ‘dimensión’) y usarse para ubicar a las personas en uno de varios espectros (Adam, 2013, p. 418).

Otro problema que supone la dimensionalidad es que no existe un sistema ampliamente probado y aceptado de diagnóstico dimensional y las dimensiones creadas ad-hoc no solo generan aumentos de categorías, sino también pérdida de confianza (Frances, 2009). Señala Allen Frances que si bien el proceso de desarrollo del DSM-V comenzó con la ambición de proporcionar un ‘cambio de paradigma’ en el diagnóstico psiquiátrico –basado inicialmente en la identificación de marcadores biológicos– esto se tornó inalcanzable, y se desvió la energía para desarrollar clasificaciones dimensionales. Además, destaca que: “este proceso podría conducir a ‘epidemias’ de falsos positivos con tratamientos excesivos nocivos”¹³⁸ (Frances, 2009, p. 391. Traducción propia. Las comillas están presentes en el original).

La versión traducida al español del DSM-V fue publicada por la APA en el año 2014. Aunque en DSM-V no es avalado por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) (Instituto Nacional de Salud Mental) –la agencia de investigación biomédica dependiente del gobierno de EE.UU.

¹³⁸ [this process could lead to false positive ‘epidemics’ with harmful excessive treatments]

y considerada la mayor proveedora de fondos de investigación en salud mental de todo el mundo (Insel, 2013)– y por muchos investigadores, investigadoras y profesionales¹³⁹, aún se utiliza con fines investigativos y de atención a pacientes tanto en E.E.U.U. como en países miembro de la OMS.

En contra del DSM-5, el NIMH apoyó el proyecto *Research Domain Criteria* (RDoC) que pretendía recopilar información procedente de la genética, las pruebas de neuroimagen, las ciencias cognitivas y otros datos fisiológicos, para identificar e integrar los componentes vinculados a los síntomas de enfermedad mental (Insel, 2013). Si bien este enfoque también ha sido criticado por su carácter reduccionista y por no tener en cuenta otros factores decisivos de tipo ambiental, conductual y social, la ruptura del NIMH con el DSM supuso un importante cambio para la Asociación Americana de Psiquiatría (García Zabaleta, 2019). El modelo que propusieron no fue el de Freud o el de Kraepelin, sino una ‘revolución genética’, intentando extrapolar un modelo ‘oncológico’ al campo de la Salud Mental, mediante exámenes genéticos y de imagen cerebral, abandonando ‘categorías clínicas’.

Se podrá hacer un análisis de sangre y buscar riesgos genéticos. También realizar un escáner cerebral y pedirles que piensen en algo levemente infeliz para ejercitar su sistema emocional. Los resultados podrían usarse para rastrear la causa subyacente, como una señal química problemática en el cerebro. De esta manera, brindar asesoramiento y tratamiento sobre el estilo de vida (Craddock, en Adam, 2013, p. 418. Traducción propia).

4.2. Dificultades y críticas presentadas a las nomenclaturas internacionales

Muchas son las tensiones que surgieron con la internacionalización y estandarización de los diagnósticos en el campo de la psicopatología y la salud mental. Las diferentes clasificaciones dadas en los manuales y también en cada revisión, permiten pesquisar algunas pujas que si bien, no necesariamente corresponden al campo psicopatológico, influyen en él profundamente.

Como se puede inferir a partir de las sucesivas ediciones de los manuales, el impacto del psicoanálisis en un primer momento y el cognitivismo en la segunda mitad del siglo XX, impregnaron de teoría las clasificaciones. Sin embargo,

¹³⁹ Véase Frances, A. (2009). Whither DSM–V? *British Journal of Psychiatry*, 195(5), 391-392 y Carey, (2012) Psychiatry Manual Drafters Back Down on Diagnoses. The New York Times: <http://www.nytimes.com/2012/05/09/health/dsm-panel-backs-down-on-diagnoses.html?hp>

una versión espuria de la psicopatología trata de asentarse en estos últimos años entre los especialistas y tiende a reducirla a una presunta semiología basada en ‘conceptos operativos’, esto es, a la descripción de un listado de signos patológicos que sirvan al clínico para establecer un diagnóstico determinante de la prescripción, por lo general farmacológica, deteniéndose ahí sin otra consideración (Álvarez, et. al, 2004, pp. 23. El destacado se encuentra presente en el original).

Incluso el mismo término ‘trastorno’, edificio de toda la nomenclatura del DSM, se reconoce en el prólogo a la 4ta revisión como ‘problemático e inespecífico’, ya que “lamentablemente no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo” (1995, p. 17). En cuanto a la CIE-10, en el prólogo a la edición española, López-Ibor (2016) reconoce que “trastorno es la única palabra que tolera ambigüedad en la C.I.E. 10” (s/pp), y agrega: “el vocablo trastorno se utiliza con mayor amplitud que en la inglesa, ya que por un lado define el ámbito de la nosología y por otro, conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento”. En cuanto al autismo, realiza una observación que confirma el mal uso de la categoría referida anteriormente: “las secciones de psiquiatría infantil han abandonado muchas palabras tradicionales (dislexia, por ejemplo) porque han sido utilizadas de manera muy poco precisa. Algo parecido sucede con autismo” (s/pp).

En lugar de trastorno, podría resultar más adecuado –tal como sostiene Tello (2007)– el uso del término ‘síndrome’, que presenta una conceptualización histórica clara y consensuada en la medicina de todo el mundo. Este se define en medicina como un agrupamiento de signos y síntomas que se presentan en la clínica reunidos con una frecuencia mayor que el simple azar y presuponen una causa común, aunque no esté determinada su etiología (Tello, 2007). De esta manera podría generarse un ordenamiento distinto en la clasificación, puesto que los síndromes se encuentran desglosados y ordenados en función de un síntoma principal de modo estadístico, aunque constituido en función de la clínica, sincrónica en todo caso.

Sin embargo, como se fue desarrollando con anterioridad, la fuerte impronta biologicista, tecnocientífica y ‘desfilosofizada’ (Conti, Matusevich y Stagnaro, 2004) de los últimos años –bajo pretensiones a-teóricas y estadísticas–, hizo desaparecer todo vestigio clínico para ubicar las nuevas nosografías como la única teoría, depositando lo esencial de las esperanzas en la farmacología y en el futuro de la investigación. Esto es lo que, para Pichot y Rein (1995) generó la mayor pérdida de validez de la psiquiatría. Por ello mismo, fue tan resistida, tanto por la comunidad de psiquiatras clínicos, como la de psicoanalistas.

Al orillar el síntoma por subjetivo y privilegiar lo que pretende entender como signos de objetividad incontestable, esta orientación –muy del gusto del más "duro" modelo médico de la patología mental— se empeña en erradicar toda brizna de subjetividad e induce a soslayar cualquier tipo de reflexión teórica, la cual parece resolverse con algunas citas descontextualizadas de los clásicos de la psicopatología (Álvarez et al., 2004, p. 24).

Tal como señala Álvarez, este ‘duro’ modelo médico no logró invalidar las discusiones sobre confiabilidad, utilidad, validez, impacto y beneficios, sobre lo que aún hoy no hay un claro consenso.

Para algunos investigadores e investigadoras, la propuesta de facilitar la dilucidación de la fisiopatología de los trastornos mentales y mejorar la confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico –iniciada por 1970 en Estados Unidos– podría leerse como lograda en alguna medida, aunque a expensas de una simplificación excesiva de la psicopatología y una deshumanización del ejercicio psiquiátrico. Refiere Maj:

Es posible que hayamos perdido parte de la esencia de algunos constructos psicopatológicos al aplicarlos en términos operacionales y tal vez hayamos perdido parte de la esencia de la profesión psiquiátrica al reducir los procesos diagnósticos a una verificación de si se presenta o no se presenta una serie de síntomas (Maj, 2014, p. 1).

Aunque se intentó mejorar la validez de las categorías diagnósticas establecidas, con el tiempo ésta fue disminuyendo, dado que los manuales se mantuvieron inestables y mutantes. La homosexualidad, por ejemplo, inicialmente establecida como una ‘perturbación sociopática de la personalidad’ y eliminada en revisiones posteriores, dio prueba de que el criterio no necesariamente ha sido siempre científico. La longevidad, que para Eisenberg (1995) es el criterio último de una clasificación, tampoco es sostenida en estos manuales. Por ejemplo, el Síndrome de Asperger, duró solo 12 años en el DSM.

En cuanto a la utilidad, Eisenberg agrega que el problema se da en intentar satisfacer varias utilidades que persiguen objetivos diferentes.

Una clasificación de investigación, relativamente específica pero no muy sensible, puede ser perfecta para los investigadores, pero un desastre para los clínicos porque demasiadas cuestiones clínicas, que no responden a criterios precisos, sin clasificar. Una clasificación clínica con respecto, sobre todo, a pacientes

ambulatorios corre el riesgo de ser muy poco conveniente para la investigación, a causa de la presencia de casos inciertos en cada categoría. Y ninguna de estas dos clasificaciones puede convenir a los investigadores que se ocupan de las estadísticas sobre la utilización de sistemas de salud y los costos de la salud. Además, los criterios de inclusión de casos tienen consecuencias muy importantes sobre el reembolso de gastos de salud en Estados Unidos (Eisenberg, en Pichot y Rein, 1995, p. 16-17).

[el DSM] fue concebido para decidir en materia de tratamiento, los gastos, los tribunales, la investigación epidemiológica, los ensayos clínicos, los estudios de linkage genético, etc. Un sistema de clasificación que responde a las necesidades de todos y se conforma a la misma estructura en un vasto espectro de situaciones (puede ser) un objetivo loable, (pero) su prosecución supone compromisos que corren el riesgo de, en el largo plazo, plantear más problemas de los que resuelve el sistema (Eisenberg citando a Blacker y Tsuang 1992, en Pichot y Rein, 1995, p. 17).

Profesionales de la psicología ponen el foco principalmente en la influencia de compañías farmacéuticas y su relación con psiquiatras, ya que ambas partes parecieran beneficiarse de las categorías del DSM. Incluso, señalan Pichot y Rein (1995), hoy hay más dudas sobre el diagnóstico que sobre el tratamiento, incuestionablemente farmacológico.

No se pueden dejar de lado las vastas críticas surgidas desde el contexto latinoamericano, de las cuales se mencionarán solo algunas. Si bien la OMS había intentado dar respuesta a necesidades de diferentes latitudes y poblaciones mediante la elaboración y puesta en circulación de la Familia de Clasificaciones (GLADP-CIF), los sesgos coloniales, raciales, capitalistas y patriarcales continuaron su camino. Un punto a destacar por su desarrollo en diferentes países latinoamericanos es la noción de desarrollo sobre la cual se construye hoy la categoría de 'neurodesarrollo'. Esta se apoya en preguntas, investigaciones, teorías y especulaciones en torno al desarrollo infantil realizadas a partir de las muestras de población que utiliza la psicología evolutiva. Se trata de un niño 'tipo' que ha monopolizado las investigaciones empíricas: varón, blanco, de cultura europea, hábitat urbano, clase media, escolarizado y sano (Laluzza y Crespo, 1996). Incluso la noción de desarrollo que acapara toda la nomenclatura CIE-DSM, se basa en un proceso 'natural', individual, lineal, progresivo y estable, sostenido por teorías biologicistas, esencialistas e innatistas que omiten las coordenadas sociales, culturales, económicas y políticas de la época. Esta noción no podrá explicar, como se

verá en el próximo capítulo, que sucede con niños ‘esencialmente sanos’ que ante situaciones traumáticas pierden repentinamente logros ‘evolutivos’ adquiridos.

En esta Psicología del Desarrollo ‘mainstream’ que incurre en construcciones abstraccionistas promedio, alejadas de individuos y de contextos reales (Burman, 1997; Orellana, 2016), el ciclo vital de un niño puneño ‘promedio’ constituye una especie de anomalía.

Lo capitalista de las clasificaciones se filtra por la burocracia diagnóstica, las obras sociales y prepagas, las prestaciones que se cubren –o no– según el diagnóstico (cantidad de profesionales, horas habilitadas, instituciones, transporte, apoyos, medicación, etc.). Además, es muy fuerte la pregnancia del mercado y los medios de comunicación en cuanto a que se considera ‘buenas prácticas’ y ‘con evidencia científica’.

4.2.1. El caso de Argentina

Cabe realizar un pequeño paréntesis sobre las nomenclaturas, dado que su uso no se considera inocuo no es inocuo. Si bien son claros los lineamientos internacionales y la ‘representatividad’ en la diagramación de las clasificaciones, la situación de cada población es radicalmente diferente. Solo por tomar el caso de Argentina, las estadísticas nacionales muestran (RNPCD-ANDIS, 2022) lo infrecuente del uso de la GLADP en el acompañamiento de la CIE-10 –que aún hoy es la clasificación de uso oficial y con valor legal en Argentina (hasta que se incorpore la CIE-11)–. Incluso, en materia de autismo/TGD/TEA, la OMS tiene, desde hace algunos años, mayor vinculación con PANAACEA (entidad no gubernamental, de orientación neuro-cognitiva que se orienta por los estándares del DSM-5), que con las diferentes áreas del Ministerio de Salud de la Nación. Incluso en el último documento firmado a nivel nacional sobre la temática (el Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de Personas con Trastorno del Espectro Autista, elaborado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en 2019), PANAACEA sugiere y alienta la utilización de los criterios del DSM-5. Con esto no solo se hace referencia a una nomenclatura no avalada siquiera por el país de origen, sino que a nivel de políticas públicas pareciera darse cada vez mayor lugar a organismos privados que abordan el fenómeno, incluso pasando por alto acuerdos internacionales.

Lo mismo sucede con la Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Intelectual y Mental (Disposición N°648/2015 que reemplaza la N° 171/2012 del Servicio Nacional de Rehabilitación de Argentina). Allí se establece que para la obtención del CUD (Certificado Único de Discapacidad) en el caso de niños y niñas con sintomatología

autista, se evalúan las funciones psicosociales globales con los siguientes métodos de evaluación: CHAT, ADOS, ADIR, HBS y la Escala Conductual Adaptativa Vineland II (todos tests cognitivo-conductuales, diseñados en otros contextos, con otros criterios, para otras poblaciones). En el caso de adultas y adultos, se realiza evaluación clínica bajo los criterios del DSM-5 y la Escala Conductual Adaptativa Vineland II. Esto se traduce en que los métodos diagnósticos que solicitan las juntas evaluadoras nacionales, dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, implican instrumentos y técnicas que no se ofrecen ni en la enseñanza universitaria, ni en formaciones a nivel público, es decir, se solicita un tipo de evaluación internacional estandarizada que solo puede ser impartida y certificada por entidades privadas y altamente costosas para cualquier profesional.

Un dato no menor es que los diagnósticos via DSM-5 (TEA), no encuentran un equivalente en la codificación de la CIE-10, aún vigente en Argentina. Lo esperable sería que homologaran la categoría completa de TGD a TEA, y que diagnosticaran TEA en la categoría F84, dado que esta última para la CIE-11 (y para el DSM-5) incluye todos los sub-tipos especificados en F.84 de la CIE-10. Sin embargo, sucede que los casos que se diagnostican con el DSM-5 como TEA actualmente se consignan en la subclase Autismo infantil/autismo en la niñez (F 84.0). Es decir, el espectro de los TEA que contiene al autismo infantil, Asperger, etc. se codifica dentro de la categoría Autismo Infantil, lo cual es una incongruencia de tipo ‘catálogo de los catálogos’ de Bertrand Russell al que alude Borges (1941) donde un catálogo se contiene a sí mismo en su propio código. Esto sucede y es avalado también en otros países de lengua castellana como en el caso del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España¹⁴⁰.

Aquí se trata no solo de un error y una inconsistencia lógica, sino que distorsiona los datos consignados en las estadísticas nacionales de Argentina, arrojando alarmantes aumentos de la categoría F84.0 en los últimos 4 años y probablemente lo mismo suceda en muchos otros países.

4.2.2. Problemas diagnósticos: la ampliación de categorías teóricas y el ‘autismo-tipo’

Aunque el autismo, en sentido estricto, tal como fue definido por Leo Kanner en 1943, es un trastorno relativamente infrecuente – tiene una prevalencia en torno a 4,5/10.000, las alteraciones de lo que se ha llamado el ‘espectro autista’ son mucho

¹⁴⁰ Véase su página web:

https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1675447164548&indiceAlfabetico=&listaTabular=F84&expand=0&clasificacion=cie10mc&version=2010

más frecuentes y se encuentran en dos a tres de cada mil personas (Rivière, 2010, p. 11).

El autismo, por definición, es un trastorno raro. Afecta solo a 1 de cada 2500 personas. Pero, los problemas menos graves que se asemejan más o menos al autismo, llamados ‘trastornos del espectro autista’, afectan a 1 de cada 400 personas¹⁴¹ (Trevarthen et al., 2003 p. 11).

En los EE. UU. y muchos otros países occidentales, los diagnósticos de autismo aumentaron después de que se cerraron las instituciones para niños y niñas con ‘retraso mental’ en la década de 1960 y los niños se integraron en nuevos entornos educativos y sociales (Eyal et al., 2010). Los cambios en los métodos de diagnóstico de la década de 1960 a la de 1980 significaron que el autismo llegó a asociarse con ‘retraso mental profundo y otros trastornos físicos o del desarrollo’, aumentando así el número de niños que se consideraba que mostraban rasgos autistas¹⁴² (Wing & Potter, 2002, en Evans, 2013).

Una crítica al DSM-IV lo ubica como responsable de la ampliación de los criterios para las condiciones del espectro autista, lo que lleva al reciente aumento marcado en las tasas de prevalencia publicadas. Algunos críticos temen que el DSM-V acentúe esta tendencia¹⁴³ (Wing, 2011, p 772).

Las citas precedentes, tomadas de investigaciones filiadas en el cognitivismo, ubican inicialmente dos cuestiones: la espectralización del autismo (asumiendo que se trata de un continuo diferente al autismo de Kanner) y el consiguiente aumento de los diagnósticos.

Aunque en las nuevas versiones de los manuales la pretensión de a-teoricismo se sostiene, es factible observar la biologización del fenómeno autístico en consonancia con las teorías psicológicas cognitivas que constituyen las bases para explicar los déficits comunicativos y de interacción social (Teoría de la mente, Funciones ejecutivas, Integración sensorial, etc.).

¹⁴¹ [Autism, by a strict definition, is a rare disorder. It affects only about 1 in 2500 people. But, les severe problems that resemble Autism more or less closely called ‘autistic spectrum disorders’ affects 1 in 400 people]

¹⁴² [in the USA and many other western countries, diagnoses of autism rose after institutions for the ‘mentally retarded’ were closed down in the 1960s and children were integrated into new educational and social settings (Eyal et al., 2010). Changes in diagnostic methods from the 1960s to the 1980s meant that autism came to be associated with ‘profound mental retardation and other developmental or physical disorders’ thereby increasing the number of children who were considered to display autistic traits]

¹⁴³ [One criticism of DSM-IV that has been expressed is that it is responsible for widening of the criteria for autism spectrum conditions, thus leading to the recent marked increase in published prevalence rates. Some critics fear that DSM-V will accentuate this trend]

Incluso la idea de un Espectro Autista ya había sido propuesta por A. Rivière y colaboradoras/es a modo de buscar una explicación que ordene la heterogeneidad de los casos que se incluían y que no coincidían plenamente con la descripción de Kanner.

Tanto Rivière (2010), Wing & Gould (1979) y Frith (2004, 2008) reconocen que la descripción de Kanner es útil para identificar una categoría ‘bien definida’ que no representa más que el 10% de los casos¹⁴⁴ de niños y niñas con retrasos y alteraciones del desarrollo acompañados de ‘síntomatología autista’ (Rivière, 2010). Wing & Gould, por su parte, advierten que sus estudios no se limitan a la descripción de Kanner, sino que su interés es abarcar un ‘espectro’ más amplio: “estudiar solo el síndrome de Kanner o algún otro subgrupo, como niños y niñas que se muestran distantes socialmente, conducirá a conclusiones de generalización limitada¹⁴⁵” (1979, p. 27. Trad. propia). Uta Frith, a partir de sus investigaciones destaca lo siguiente:

Ver a un niño o una niña con autismo clásico se ha convertido en la excepción. Pero estoy segura de que esos casos aún están ahí, y tienen las mismas características que tenían hace cuarenta años. Sin embargo, el autismo ya no es una categoría estrecha, sino que se amplió enormemente para abarcar toda una serie de condiciones autistas¹⁴⁶ (2008, p. 4. Trad. propia).

El énfasis puesto en identificar ‘rasgos autistas’, ‘síntomatología autista’ o categorías amplias y ‘generalizables’ no solo amplía un cuadro clínico específico, confundiéndolo con manifestaciones similares. También en la práctica se utilizan, cada vez más categorías residuales como TGD-No Especificado (TGD-NE)¹⁴⁷. En las estadísticas halladas para Córdoba se desglosa entre TGD-NE, autismo atípico y otros TGD, los cuales para Rivière (2010 [2001]), deberían incluirse en la categoría TGD-NE (de esta manera, cerca del 40% de los casos reportados entre 2013 y 2016 en Córdoba ingresarían como no especificados). Dirá Rivière que

¹⁴⁴ Incluso ello es coincidente con las estadísticas recuperadas para la Provincia de Córdoba entre 2013 y 2016.

¹⁴⁵ [studying only Kanner's syndrome or some other subgroup, such as children who are socially aloof, will lead to conclusions of limited generalizability]

¹⁴⁶ [To see a child with classic autism has become the exception. But I am reassured that such cases are still there, and that they have the same features as they did forty years ago. However, autism is no longer a narrow category but has widened enormously to embrace a whole range of autistic conditions]

¹⁴⁷ Si bien se pueden hallar escasas estadísticas al respecto, en la Provincia de Córdoba, en función de los Certificados Únicos de Discapacidad (CUD) otorgados entre 2013 y 2016 obtuvo los siguientes datos: Sobre un total de 1637, solo 3 corresponden a Trastorno desintegrativo infantil, 578 corresponden a TGD No Especificado (que ascienden a 630 en caso de incluir autismo atípico y otros TGD) y 571 corresponden a TGD. Los restantes 485 certificados se reparten entre autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Rett, síndrome de asperger y otros TGD.

la categoría residual TGD-NE debiera usarse solo para casos en los que falta la claridad suficiente para decidirse por alguna de las otras categorías establecidas, “o se presentan de forma incompleta los síntomas de autismo” (p. 31). Ello evidencia un problema impensado para quienes diseñaron la clasificación, denotando su inadecuado uso.

Esta misma problemática de ‘ampliación de categorías’ fue abordada, también, por la tendencia psicoanalítica. Por ejemplo R. y R. Lefort en 1996 plantearon una estructura autista (a diferencia de la a-estructura anterior) donde se pueden hallar diversos grados de autismo, arribando a una ‘estructura transestructural’. “Esta formulación se aproxima al espectro autista que se expande y en el que los casos de autismo se multiplican” (Tendlarz, en Miller, et. al 2021, pp. 198-199). Este hecho no puede separarse del problema del autismo ‘tipo’ que sostiene cada tendencia investigativa, es decir, un autismo ajustado por teorías ‘ad-hoc’ a los principios y heurísticas de cada tradición. Ya se trate de un autista con problemas para atribuir mente y procesar información, o de un autista que rechaza todos los signos de la presencia del Otro, la categoría autística incluye casos muy diferentes a los de Kanner, o que él mismo excluiría de la clasificación clínica.

El mismo término ‘autismo’ pareciera haberse vuelto un nuevo formato de presentación de antiguas problemáticas que cada tendencia ya venía abordando (sean aspectos computacionales de la mente o el amplio ‘espectro’ de las psicosis infantiles de antaño), aún sin lograr resolver los dilemas que estas acarreaban (por ejemplo, la etiología orgánica vs ambiental en las psicosis infantiles).

Kanner, quien estaba convencido de la reestructuración generada por Kraepelin en la psiquiatría clínica, claramente se hubiera mostrado en contra de este formato ‘neo-esquiroleano’ de TEA (basado sólo en dos indicadores), como también en contra del grupo que él denominó ‘pre-Kraepelineanos’, en el sentido de una misma categoría amplia e imprecisa donde se confunden cuadros ‘bien delimitados’. Por la década del ‘50 Rank había propuesto el concepto de ‘niño atípico’ que englobaba la demencia de Héller, la esquizofrenia infantil, la psicosis en la niñez, el autismo y la deficiencia mental. A ello se oponía Kanner, señalando: “se ha notado, en realidad, una tendencia a crear un cestoseudodiagnóstico al que se arrojan sin discernir diversos cuadros clínicos heterogéneos” (Kanner, 1976 [1935], p. 736). Para Kanner, la psicopatología debía ser discreta, no continua, esta debía orientarse por la pretensión de especificar cuadros clínicos, es decir, entidades naturales distinguibles.

Lejos del cuadro establecido por Kanner, que para su diagnóstico debía excluir afecciones orgánicas, retraso mental u otras patologías asociadas, el actual TEA puede asociarse,

paradójicamente, con ‘catatonía’. Esto no puede sino parecer un retroceso en la distinción de entidades clínicas, ya que retrotrae la concepción bleuleriana del autismo como síntoma de la esquizofrenia (en singular).

Lo que está sucediendo con el AIP en los cambios de nomenclatura ya sucedió antes con las demencias precoces de Kraepelin (simple, hebefrénica, catatónica y paranoide), devenidas en ‘LA’ esquizofrenia y que Kanner había anticipado que podía pasar con el AIP. Es decir que su ‘cuadro clínico bien delimitado’ –y sostenido en los manuales por unos años–, con el dominio científico del cognitivismo se incluyó de forma indiferenciada en la ‘bolsa de los TEA’.

De todas maneras, Kanner mantenía la esperanza de que, así como él –mediante el método clínico– había separado el AIP de la esquizofrenia infantil, otras patologías pudieran separarse también, en tanto la esquizofrenia no era más que una categoría teórica, sin consistencia clínica, igual que las hiperpirexias, las insanías y las amencias. En reiteradas ocasiones mencionó los esfuerzos de Mahler por delimitar la psicosis infantil simbiótica, a Bergman y Escalona por sus estudios sobre la sensibilidad sensorial, a Robinson y Vitale centrados en los intereses restringidos, por mencionar algunos ejemplos.

En su texto de 1965 concluye:

no hay una entidad llamada esquizofrenia como no lo hay, tampoco, una llamada debilidad mental (...). El autismo infantil debería servir como guía para hallar entidades, no conceptos. Muchas de las controversias que quedan se asientan más en la semántica que en esencias intrínsecas. (...) Cuando dejemos de buscar una causa y un tratamiento idéntico para todas las enfermedades reunidas en la bolsa de la esquizofrenia podremos esperar el surgimiento de nuevas y más claras visiones (Kanner, 1965, p. 419-420).

Conclusiones de este capítulo

Muchas conductas describibles como autísticas o psicóticas, son sintomáticas y se dan en diferentes encefalopatías o déficit intelectuales y sensoriales. (...) Hasta nuestros días, y probablemente durante varios años más, no se han podido establecer proposiciones etiopatogénicas precisas y completas. La falta de esos datos se complica aún más con las estériles oposiciones exclusivistas entre escuelas organicistas, conductistas y psicodinámicas, que seguimos contemplando en la actualidad.

Rioja Gómez, et. al. 1984, p. 289

Como se presentó en este Capítulo, el AIP, nacido en la clínica, puso a otras tendencias investigativas a discutir sobre un fenómeno que no estaba en sus agendas, debiendo éstas realizar ajustes en sus hipótesis y formular teorizaciones *ad hoc*. Ello incluso forzando o modificando los observables empíricos kannerianos para adecuarlos a sus heurísticas, destacando observables que ya se encontraban en Kanner con sus propios términos teóricos. Tanto el cognitivismo como el psicoanálisis intentaron apropiarse del ‘hecho nuevo’ de la clínica, cuestionando el programa clínico bien sea atacando su núcleo firme (descubrir ‘entes’), evitando su heurística positiva (buscar formas naturales mórbidas reunidas en una nosografía común) o recuperando elementos de su heurística negativa (suponiendo agentes y mecanismos que para Kanner eran excesivamente especulativos).

Un aspecto clave en la disputa fue la etiología del AIP: Kanner continuó la tradición clínica de mantener hipótesis etiológicas abiertas (descripcionismo), consensuando los entes; de forma diferente, las propuestas psicoanalíticas y cognitivas intentaron dar una explicación etiológica única a partir de distintas propuestas teóricas (neurotransmisores, alienación), incluso desde teorías a veces contradictorias pero incluidas en la misma tendencia de investigación (Rivière, 1987). En ninguno de los casos, podría decirse, que las teorías propuestas produjeron ‘mejoras’ descriptivas para el AIP. El hecho de buscar una causa única, por ende, una solución teórica única por más heterogénea que sean las presentaciones de los niños y niñas que allí se incluyen, pareció tentador. Los autores del cognitivismo –como también los psicoanalíticos– presentaron diversidad de teorías auxiliares, donde incluso hicieron intervenir ‘entes supuestos’ como mapas cognitivos o procesos superiores con modelos de inteligencia artificial o comportamiento

animal; otros investigaron directamente neurotransmisores y funciones neuronales. Kanner se mostró tanto en contra de las teorizaciones psicoanalíticas que habían impregnado la etiología del AIP en un primer momento, como contra las teorías que sostenían que todo el cuadro se basaba en una disfunción cerebral. Para él, el AIP debía servir como guía para hallar entidades, no conceptos (Kanner, 1965).

Ninguna de las tendencias descubrió observables nuevos, sino que redescubrieron, con sus T-t (como *mind* o *significante*) las observaciones de Kanner. De esta manera, fueron forzando el AIP en función de un autismo ‘tipo’ acorde a sus heurísticas (p. e. el lenguaje será entendido como ‘comunicación’ o como una elucubración sobre *lalangue*).

El problema que se plantea con ‘el autista tipo’ conceptualmente homogéneo, involucra una cuestión filosófica extraída y alejada de la clínica y útil para investigaciones en filosofía de la mente, inteligencia artificial y otras. Cada ‘autista tipo’ responde a un ‘ideal’ pasible de ser abordado y explicado por una teoría específica, a veces sin mayores elementos empíricos (Bellone Cecchin, 2017). Kanner (1962) ya se había anticipado a ello, refiriendo la dificultad de hallar validez científica en cualquier investigación que se propusiera buscar características unitarias en condiciones dispares, hecho que podía servir para la epidemiología o para las facilidades de la salud pública, pero no para la validez científica.

En este punto se destaca la especificidad de la observación clínica por parte de un/a profesional experta/o y la tensión constante con el dispositivo de investigación (método) y la atención de enfermos, que como señala Helmchen, se espera que se convierta en algo fructífero, no solo necesario por razones éticas, sino también “porque un contacto insuficiente con el paciente pone en cuestión la validez de los datos recogidos” (en Pichot y Rein, 1995, pp. 43-44). Tanto el pediatra como el psiquiatra infantil, por ejemplo, se encuentran en un lugar de privilegio para delimitar observables respecto de expertos en otros dominios como la filosofía o la biología. Incluso –señala Burgeois– el psiquiatra pareciera ser el último de los clínicos “privado de todo examen de laboratorio confiable y útil para su práctica (...) debe conformarse con un balance puramente clínico y con una entrevista minuciosa para establecer su diagnóstico” (Burgeois en Pichot y Rein, 1995, p. 37).

En el contexto investigativo de la Facultad de Psicología de la UNC y en la atención de pacientes en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Córdoba, es notable que, desde hace algunas décadas la tendencia del cognitivismo y el autista tipo con ‘desafíos cognitivo-conductuales’ ha tomado mayor hegemonía en el área, aunque sin lograr imponerse sobre la tendencia psicoanalítica. Incluso, como se mencionó en el presente capítulo, los documentos

que abordan la temática a nivel nacional en Argentina (Ley 27043/14 y Decreto 777/2019, Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de Personas con Trastorno del Espectro Autista), se orientan por un modelo (neuro)cognitivo y alientan la utilización de los criterios del manual estadounidense (DSM-5).

En cuanto a los manuales de clasificación internacionales (CIE-DSM), que suponen poder evitar la disputa teórica (señalando su a-teoricismo) cada vez más reflejan los avances de la tradición cognitivo-biologicista de la medicina mental. Como se observó en las sucesivas ediciones de los manuales, la pérdida de criterio clínico y la desaparición de la discrecionalidad hizo desaparecer por ejemplo la hebefrenia (un tipo de esquizofrenia), y la histeroepilepsia, antes consensuados en la psiquiatría mundial durante un siglo y puso en primer lugar a la tendencia cognitiva para el diseño de las actuales taxonomías de base estadística, donde el autismo infantil kanneriano, incluso reconocido por Rivière, se disuelve en los TEA.

El problema de la espectralización del diagnóstico propuesto por los TEA, hace resonar la crítica de Kanner sobre categorías amplias y genéricas como la de ‘niño atípico’ o la de ‘niños emocionalmente perturbados’ que desdibujan y aplanan la descripción clínica. Además, el consiguiente incremento de casos que allí se incluyen –denunciado por Wing–, no deja de tener un impacto social, económico y político¹⁴⁸ pero más aún científico, ético y profesional. ¿Cuál es la situación actual de los observables clínicos del AIP (afecto, lenguaje, invariabilidad)? ¿Qué concepciones sobre el autismo circulan hoy en los medios universitarios, en la atención psicológica o en los medios masivos de comunicación? ¿Qué se conoce sobre los tratamientos del autismo y las ‘buenas prácticas’? ¿Qué sucede con las milagrosas ‘curas’ promulgadas por diferentes medios a las cuales muchas familias buscan acceder mediante costosos esfuerzos?¹⁴⁹ En el siguiente Capítulo se presentarán algunas discusiones que se desprenden de las respuestas post-facto al ‘hecho nuevo’ de Kanner, recuperando aspectos clave para una propuesta de redesccripción del fenómeno autista.

¹⁴⁸ Como fue el ‘autismo: Gran causa nacional’ en Francia en 2012 y el ‘plan autismo’ entre 2008 y 2010

¹⁴⁹ Véase Fife, B. (2015). Vencer el autismo. Una guía para prevenir y revertir los trastornos del espectro autista y Kalcker, A. (2022). El autismo ¿no tiene cura? La verdad resulta ser otra.

Capítulo V

DISCUSIONES (CLÍNICAS, TEÓRICAS Y TERMINOLÓGICAS) PARA UNA PROPUESTA DE DESCRIPCIÓN PROGRESIVA

Como se puede advertir, un exceso de investigaciones y de desarrollo teórico (cuantitativo-cognitivo-psicoanalítico) tiende a hacer desaparecer el cuadro clínico en su coherencia.

Pichot y Rein, 1995, p. 41.

Tal como se abordó en el Capítulo I, la MPIC demuestra que a lo largo de la historia de un Programa de Investigación es factible hallar con claridad progresiones, regresiones y estancamientos. Para Lakatos, cualquier PIC estancado podía ser revitalizado y generar contenido empírico a partir de sus heurísticas, modificando sus cordones de teorías auxiliares y protegiendo así su núcleo firme. En el Capítulo II se presentaron los elementos del PIC Cl y su decaimiento producto de la disputa con el PIC Psa, el cual termina mostrando su progresividad respecto del primero. Tal como para Kanner (1965) Kraepelin había sido muy original cuando construyó una psiquiatría clínica sólida a partir de las rocas desparramadas de sus predecesores, también Freud había logrado reorganizar la psicopatología a partir del PIC Psa, sus heurísticas y cordones auxiliares, que hoy se encuentran en un desorden de hallazgos dispersos (Bercherie, 1986).

En el Capítulo III se presentó punto por punto la descripción de Kanner en su artículo príncipes sobre las ‘Perturbaciones autistas...’. Ello permitió destacar cómo a pesar del decaimiento del PIC Cl, Kanner retomó sus heurísticas y logró arribar a un ‘hecho nuevo’ en términos de Fleck y Lakatos. El exceso empírico brindado al PIC Cl implicó –para el estado de la ciencia– al

menos dos cosas: por un lado, la revitalización momentánea de este PIC que se encontraba estancado; y por otro, como se desarrolló en el Capítulo IV, un cambio radical de agenda en las tendencias ‘psi’ que se hallaban investigando sobre psicopatología y especialmente sobre la infancia, dado que ninguna de ellas, mediante sus propias heurísticas, hubiera podido arribar al AIP.

El presente capítulo pretende recuperar aspectos de los programas y tendencias investigativas que actualmente se encuentran disputando el fenómeno autístico en función de definir aportes que puedan ser relevantes para una redescrición y ajuste del mismo, haciendo foco en los síntomas principales puestos de relieve por la clínica, el lenguaje, el afecto y la invariabilidad.

1. Problemáticas teórico-terminológicas entre tendencias rivales

1.1. Vocabulario antecedente y T-teóricos

El autismo infantil debería servir como guía para hallar entidades, no conceptos. Muchas de las controversias que quedan se asientan más en la semántica que en esencias intrínsecas

Kanner, 1965, p. 419

Tal como señala el epígrafe, las controversias sobre el AIP implican también hoy, aspectos semánticos. De esta manera se retoma un aspecto recurrente en el ámbito investigativo y metodológico que es, como señaló Sneed (1971), el de los términos con que se construyen las teorías. Como se pudo advertir en el Capítulo IV, las respuestas teóricas generadas por cada tendencia investigativa *post facto* al descubrimiento kanneriano modificaron indefectiblemente los términos con los que disputaron la realidad empírica.

Retomando la presentación de Sneed, los términos T-teóricos (T-t) pertenecen a la teoría T y son determinados por ella (Díez & Moulines, 1997). En el caso de Kanner los términos ‘autismo infantil’ e ‘invariabilidad’, por ejemplo, son T-teóricos introducidos por su descripción.

Los T-no teóricos (T-no t) del AIP, involucraron todo el edificio teórico de la psiquiatría clínica, disponible con anterioridad al AIP. Por ejemplo: precocidad, afecto, evolución, diacronía, síntomas principales y accesorios, facies, estado de salud, etc. Es decir, cualquier teoría se sostiene en T-no t para evitar la autojustificación y ajustar procedimientos de determinación de

T. Sin los T-no t, por ejemplo, Kanner no podría haber delimitado una entidad llamada ‘autismo’ ‘infantil’ ‘precoz’.

En el corrimiento de los observables del AIP y en el intento de adecuarlo a otras heurísticas, se pudo evidenciar como cada tendencia eliminó los T-no t del PIC Cl y los reemplazó por los T-no t propios. Además, los T-t kannerianos sufrieron modificaciones parciales o totales según el caso. Por ejemplo, en cuanto a las ‘hipótesis etiológicas abiertas’, el psicoanálisis lacaniano o el cognitivismo reformularon los términos para explicarlos desde sus T-t (los neurotransmisores, la mente o la alienación).

La pregunta que no pierde vigencia es ¿Qué sucedió con los T-t kannerianos ‘lenguaje-afecto-invariabilidad’ en la reformulación de cada tradición? Y a continuación ¿qué consecuencias se desprenden del intento de explicar los T-t del autismo a partir de otros T-t propios de cada línea de investigación?

Un ejemplo ya citado, es el sufrido por el PIC Psa con la historia de conversión: el PIC Psa había establecido su etiología psíquica a partir de la histero-epilepsia post traumática de Charcot, reordenando de esta manera la psicopatología y mostrando progresivo al PIC. Hacia el final del S. XX la nomenclatura de la CIE-10 fragmentó la historia en diferentes síndromes, eliminándola como entidad –presente en la CIE-9–. En ‘Cómo desembarazarse de la historia o la historia en el siglo XX’, Maleval refiere muchos intentos para desmontar la Historia como entidad clínica y su origen psíquico:

...el austríaco Walcher es alabado porque, en 1969, introdujo la noción de ‘depresión enmascarada’ también llamada ‘depresión somatizada’ o, y aún mejor, ‘depresión sonriente’. El desconocimiento del sujeto del inconsciente no permite distinguir entre las denominaciones paradójicas del síndrome las versiones actuales de la bella indiferencia¹⁵⁰ [...] la muy hipotética ‘depresión sonriente’ [...] parece destinada a tener futuro, puesto que los laboratorios farmacéuticos lo consideran clínicamente excelente y no regatean esfuerzos para promocionarla. La depresión enmascarada se inscribe a las mil maravillas en la clínica del medicamento (Maleval, 1994, p. 273).

De este hecho se puede deducir alguna estrategia, científicamente poco honesta, de desarmar una entidad para no confrontar con el PIC Psa.

¹⁵⁰ La *belle indifférence* fue descrita por Charcot y explicada por Freud como efecto del mecanismo psíquico de la conversión

De la misma manera –señalaba Kanner (1955)– algunas tendencias intentaban en aquel momento despedazar el cuadro completo de AIP y tomar solo síntomas aislados para generalizar el cuadro, ciertamente utilizando T-no t diferentes y vaciados de contenido clínico. Lo mismo puede hallarse en la actualidad, como se planteó en el capítulo anterior. Por ejemplo, el término ‘afectivo’ se encuentra hoy renombrado por otros T-teóricos como: ‘emocionalidad’, ‘reactividad táctil’ o ‘mal procesamiento de la información’, dando por supuesto, de esta manera, todo el edificio teórico del cognitivismo (sus T- t). Lo mismo podría decirse de la ‘iteración del uno’ en lugar de la invariabilidad, T-t que supone cierta la teoría psicoanalítica lacaniana.

Haciendo desaparecer las ‘Perturbaciones autistas del contacto afectivo’, o sus elementos principales, se consigue también borrar buena parte de la base empírica del PIC Cl, base que le permitió a Kanner descubrir este ‘ente’ demostrando la progresividad del PIC. En su lugar gran parte del corpus teórico actualmente disponible en español sobre el fenómeno autista se desarrolla en términos de “un *síndrome comportamental con alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida*” (Coto Chotto, 2007, p. 170. El destacado no se encuentra presente en el original).

El ingreso en los nomencladores tampoco fue inocuo, le significó al AIP la pérdida de su unicidad en tanto entidad clínica, bajo rúbricas como ‘trastorno’, ‘generalizado’ o ‘desarrollo’ y más aún, en las últimas propuestas bajo el término ‘espectro’. Nada más lejano a las entidades discretas pretendidas por Kanner para la psiquiatría infantil, que debían alejarse de aquellas teóricas (‘esquizofrenia’) o vagas (‘niño atípico’).

Tanto el autista que rechaza al Otro, el autista que no logra atribuir mente o el autismo disgregado en comportamientos factibles de ser medidos y medicados, evitan confrontar con la clínica, en los términos de Argañaraz (2017), con una estrategia muy poco honesta. “El riesgo grave de tal deshonestidad es hacer desaparecer también la Psicopatología” (Argañaraz, 2017, p 12).

1.2. El autismo contemporáneo ¿dualista?

Durante mucho tiempo, a los filósofos no pareció ocurrírseles que muy cerca de los sillones y escritorios en sus habitaciones para pensar había seres humanos reales y podían ser observados como individuos que sentían y se comportaban. En cambio, para ellos, las personas eran simplemente para reflexionar y hablar, pero no para ser vistas ni escuchadas¹⁵¹.

Kanner, 1973, p. 189

Cuenta la leyenda, que un antiguo Rey quería saber cuántos dientes tenía un caballo y consultó a los sabios del pueblo: algunos trataron de encontrar una respuesta calculando las referencias a los equinos en la Biblia, otros contando las palabras en la oración en la que se menciona un caballo en el Génesis por primera vez. Se plantearon muchas otras teorías, hasta que hubo confusiones y discusiones. En ese momento, un humilde conserje que se apresuró a averiguar de qué se trataba la discusión, les informó que había un establo cerca y sugirió que los sabios caballeros fueran allí y contaran por sí mismos. Así lo hicieron, y se añadió un hecho indiscutible al tesoro de conocimiento del hombre (Kanner, 1973).

De esta manera inicia Kanner uno de sus últimos escritos sobre psicopatología. Refiere que 300 años atrás no había curiosidad por la infancia, ya que “la noción de comportamiento estaba dominada por una partición del cuerpo y el alma” (p. 8). Esto era, para él, producto de las teologías que habían impuesto formas dualistas, donde un componente debía ser estudiado en su morfología, fisiología y particularidades estructurales, y el otro solo mediante especulación y dialéctica. Agrega que, a pesar de que el renacimiento haya querido unificar al hombre, los monismos resultantes fueron al extremo de aniquilar o la mente o el cuerpo.

Por un lado, la materia fue reducida a partículas mentales o a un aspecto incidental de la realidad en la sensación y, por otro lado, la conciencia fue declarada inexistente o emanada del cerebro. Hubo también –señalaba Kanner (1973)– intentos de un compromiso llamado ‘paralelismo psicofísico’, aunque en todos los casos “solo podría esperarse poco beneficio práctico en tratar de decodificar un alma intangible o un aspecto mental o físico” (p. 8).

¹⁵¹ [For a long time, it did not seem to occur to the philosophers that very close to the armchairs and desks of their thinking chambers fellow humans were around for real and could be observed as feeling and behaving individuals. Instead, to them people were merely to be pondered and talked about but not to be seen or Heard].

Esto no era una novedad en su posicionamiento. Desde sus primeros escritos ya había señalado que el estudio de una cierta actuación en psiquiatría se había liberado del campo de la filosofía teórica y especulativa y del ‘closet académico-dialéctico’ que confrontaba escuelas y sistemas (Kanner, 1937). Ello había contribuido a una reorientación en la psiquiatría: “la ‘Mente’ ya no necesitaba vejar al médico como un misterio espiritista, animista, vitalista, teológico o pseudoteológico. Ni tenía que estar vinculada de forma demasiado exclusiva y mecanicista (y no menos misteriosa) con las células del cerebro”¹⁵² (p. 421).

Kanner cuestiona la separación cuerpo-mente, de principio a fin de sus escritos. Para Kanner esta distinción llevaba a error y había derivado en otras ‘falsas dicotomías’ como innato-adquirido, orgánico-funcional. Por el contrario, es posible hallar a lo largo de sus publicaciones una firme adherencia al monismo propio de la clínica.

En función de lo desarrollado en el Capítulo IV podría decirse que aún hoy –a cuarenta años de su muerte– los supuestos dualistas por él criticados siguen impregnando la disputa por el AIP, incluso en contra sus pretensiones. La tendencia del cognitivismo como también la psicoanalítica mantienen en algunos países como Argentina, su confrontación sobre el fenómeno autista, apoyándose en alguno de estos aspectos ‘mentales o físicos’ señalados por Kanner. Bien sea partiendo de la mente, las neuronas o el ser, algunas tendencias del psicoanálisis y el cognitivismo suponen y sostienen un ‘cuerpo’ y una ‘mente’.

Aquí es importante señalar la distinción, por ejemplo, entre ‘ser’, ‘mente’ y ‘psiquismo’, dado que parten de T-no t completamente diferentes: el ‘ser’ tal como fue mencionado en capítulos anteriores, es tomado por Lacan de la tradición fenomenológico-existencial. ‘La mente’, derivada de la tendencia cognitiva, en Rivière, por ejemplo, es concebida en función de su intencionalidad o capacidad de procesamiento de información. Diferente es la posición de Herbart (y también Freud) opuesta al dualismo cartesiano. El caso del PIC Psa freudiano, monista en su conformación al igual que el PIC Cl, abogaba por una construcción del psiquismo y del cuerpo (Cap. II), evitando partir de un ‘Yo’ ya constituido. Por el contrario, el ‘Yo’ se formaba a partir de la experiencia en contacto con el entorno, por la exposición a la ‘masa aperceptiva’ que inicialmente no conseguía dominar, pero que debía poder discriminar paulatinamente para lograr en forma futura la distinción mundo externo-mundo interno, placer-

¹⁵² [mind no longer needed to vex the physician as a spiritualistic, animistic, vitalistic, theological or pseudo theological mystery. nor did it have to be linked up too exclusively and mechanistically (and not less mysteriously) with the cells of the brain]

displacer, yo-no yo. De ello se deduce que cuerpo y mente, serían en verdad puntos de llegada, logros en la conformación de un psiquismo para el PIC Psa.

Las consideraciones sobre un 'autismo dualista' cobran relevancia dado que, por una parte, suponer una mente o un sujeto que *hace* algo (como utilizar un mecanismo de defensa, o atravesar una 'insondable decisión', por ejemplo) obliga a aceptar y dar por cierta toda la teoría explicativa de base. De esta manera se pretende destacar, para cualquier tendencia, la imposibilidad de reconocerse como continuadora de Kanner, sin sostener sus compromisos ontológicos.

Por otra parte, ello genera una serie de problemas: por ejemplo, filósofos cognitivistas, sin entrenamiento observacional ni experiencia clínica, sostienen que la 'mente' del niño autista no ha desarrollado una 'teoría de la mente', es decir, una teoría acerca de la existencia de otras mentes diferentes a las de sí mismo. ¿Cómo una niña se da cuenta de que una persona es del tipo de cosas que tiene una mente? (Hobson, 2002). O ¿cómo podría desarrollar una teoría de otras mentes si –en términos de Kanner– no hay 'otros' ni 'sí mismo'? Si reacciona ante el alfiler que lo lastima sin discriminar que hay 'alguien' que ha usado el alfiler o si no predice a los cuatro meses de edad que 'otro' está por levantarlo en brazos (signo de Gesell), es difícil que pueda desarrollar la presunción de que hay una mente en cualquier 'otro'. De la misma manera ¿cómo podría acceder a la perspectiva de la tercera persona si hay inversión pronominal y no hay una perspectiva de la primera (p. e. para realizar enunciados sobre sí mismo)? El mismo caso puede ejemplificarse en psicoanalistas no formados en psicopatología o psiquiatría, quienes recortan también el fenómeno autista de la clínica y definen su origen en función de las operaciones lógicas lacanianas (alienación, forclusión) o de una insondable decisión. En todos los casos, incluso aquellos más radicales que conciben el autismo puramente como un mecanismo defensivo, no pueden evitar suponer que el psiquismo ya está constituido (p. e. en expresiones como 'el sujeto autista'). Además, la tendencia psicoanalítica vigente en la disputa por el fenómeno autista pareciera descuidar la doble fuente etiológica (somática y psíquica) que el PIC Psa sostenía en el desarrollo de las 'series complementarias' y le permitía evitar optar por un factor exógeno o endógeno.

Esta problemática ontológica, se vincula muy de cerca con lo planteado anteriormente sobre el vocabulario y la terminología (dualista) que sostienen las tendencias de investigación mencionadas, pero además repercute en otras problemáticas sumamente vigentes, como la que se presenta a continuación.

1.3. Estímulo-percepción-sensación vs información ¿sensorial?

La discusión sobre la ‘tramitación de estímulos’ se ubica de forma destacada en el AIP, ya que, desde Kanner, hay consenso en que el autismo infantil muestra perturbaciones para tolerar o incorporar ‘estímulos’ (ruidos, movimientos, objetos, u otros que sean novedosos en su entorno).

Como se desarrolló en capítulos anteriores, tanto en Freud como en Wundt, Breuer o Watson, el ‘estímulo’ era una unidad consensuada de análisis para la Psicología. La vía estímulo-percepción-sensación-representación fue estudiada por Mach en su ‘Análisis de las sensaciones’ (1886, 1925) para abordar el problema de cómo se construyen las representaciones a partir de los estímulos exteriores y las sensaciones (Argañaraz, 2012). También Griesinger estudió detalladamente la percepción, las sensaciones y las representaciones con el fin de abordar las enfermedades mentales. Estos antecedentes fueron recogidos por Freud para desarrollar su teoría sobre la formación del psiquismo, en tanto aparato que se desarrolla a partir del sistema Percepción-Conciencia, originado en percepciones privilegiadas, provenientes del mundo ‘interhumano’ (Laplanche y Pontalis, 2004) y luego ampliada en la segunda tópica con el Yo formado por contacto del Ello con el mundo exterior.

Uno de los puntos centrales de la obra de A. Gesell –al igual que se mencionó con Herbart, y en principio sin contradecirse con los autores mencionados con anterioridad– es que el niño no nace con un sistema de percepciones listo, sino que debe desarrollarlo y esto se consigue con la experiencia y la creciente madurez de lo sensorial, motriz, etc.

La obra de Gesell, pero particularmente su escrito de 1925 –donde menciona el ajuste motor anticipatorio– fue la base sobre la que Kanner delimitó el signo patognomónico que distinguió al AIP. Por ello, la pregunta con Gesell y Kanner podría ser: ¿qué le permite al bebé ‘promedio’ hacer frente a la tormenta de estímulos que recibe desde el nacimiento, dado que su sistema de percepciones no está aún listo? ¿cómo se produce este desarrollo por la experiencia? o también ¿qué sucedió en el niño o la niña autista que rechaza, evita, desdena estos estímulos?

En cualquier caso, las tendencias actuales dejaron de lado la discusión sobre el estímulo como unidad de análisis, así como las contribuciones precedentes producidas en diferentes PICs. Más aun, en la tendencia cognitiva, el ‘estímulo’ se confunde, o se reduce a ‘la información’; por ello se subraya el hecho que, desde Wundt y Freud hay acuerdo en que el estímulo porta información, pero sería cuestionable reducirlo completamente a ella. A modo de ejemplo, el aporte de Gesell y los señalamientos de Kanner sobre la particularidad de los estímulos en el

AIP podrían dar lugar a suponer una necesidad de mediación y discriminación de estímulos por un ‘otro’ desde el inicio de la vida, pero teorizar sobre ello en términos de ‘información’ es, al menos, cuestionable.

A pesar de ser una problemática relegada, los interrogantes abiertos por Kanner sobre los estímulos en el autismo aún presentan relevancia en el campo investigativo, por lo cual serán luego retomados para una descripción progresiva del fenómeno autista.

2. Problemáticas clínicas, respuestas clínicas

El autismo es un diagnóstico clínico, no existen test patognomónicos en laboratorio; se desconoce su causa. Un paciente debería ser clasificado en esta categoría sobre la base del cuadro clínico apropiado, cualesquiera que fueran los descubrimientos neurológicos. Si se hallan presentes otros estados mórbidos, deberían ser estudiados sobre otros ejes de clasificación

Eisenberg, en Pichot y Rein, 1995, p. 26.

En este apartado se desarrollan algunas problemáticas a las cuales la clínica, al menos planteada en los términos de Kanner para el AIP, podría dar respuesta. Por ello, se recuperan elementos del PIC Cl y la descripción kanneriana que se consideran relevantes para una redesccripción del autismo, a saber: el problema de la observación y la jerarquización de síntomas, el diagnóstico diferencial y el signo patognomónico, la distinción clínica del autismo a partir de recuperar los signos físicos y la diacronía de la clínica en función de una nosografía común.

2.1.A. El problema de la observación y el diagnóstico ‘clínico’ actual

Es más fácil seleccionar casos adecuadamente designados, que no se pierdan en una baraja esencialmente miscelánea, para una investigación de sus características.

Kanner, 1965, p. 414.

Como se desarrolló en el Cap. III, la sintomatología kanneriana no refiere únicamente a la ‘tríada afecto-lenguaje-invariabilidad’, sino que implica, en primer lugar, un marco de referencia común para la observación. En el PIC CI, este marco estaba dado por el consenso sobre una nosografía común, que Kanner debió construir para la clínica psiquiátrica infantil (Manual de Psiquiatría Infantil, 1935). Asimismo, el problema de la observación fue y continúa siendo clave para la identificación del AIP. No se trata solo de la observación en sí misma, sino también del recorte de la realidad empírica avalado por las heurísticas de una tradición investigativa. En el caso de Kanner, las observaciones abarcaban largos períodos de tiempo y se realizaban en ocasiones en el hospital (de manera individual y/o acompañadas por otros clínicos), en el *Child Study home* (donde niños y niñas permanecían en observación con familiares por varias semanas, abarcando la mayor cantidad de situaciones naturales posibles¹⁵³) y en ocasiones en los domicilios de los y las niñas¹⁵⁴, considerando también para el diagnóstico las observaciones de padres, madres, familiares y personas significativas.

En este sentido, no solamente se señala el tiempo cronológico de la observación (que es muy reducido en algunas tendencias y más amplio en otras), ni el tipo de espacio físico. Se intenta mostrar que el foco está puesto en una observación muy particular, expectante, que persigue la finalidad clínica de identificación de entidades y distinción de otras, ubicando su forma de inicio, evolución, fase de estado y fase final. Esto no podría lograrse solo con garantizar estudios longitudinales, ya que la clínica no toma una muestra de población en un período de tiempo fijo (por ejemplo: dos meses o cinco años), sino que ello varía en función de los casos, de los síntomas principales y accesorios, la edad de inicio, la conformación familiar, entre otros. Es de destacarse también que, a diferencia de otros momentos vitales, en la infancia, una

¹⁵³ Vicedo e Ilerbaig, 2020.

¹⁵⁴ En sus publicaciones refiere haber pasado tardes con las familias en sus hogares (véase Kanner, 1944) o incluso con Donald en una granja donde vivía a 10 millas de su casa (Kanner, 1971a)

observación durante pocos meses o años abarca grandes cambios, en palabras de Spitz (1972) transformaciones rápidas, violentas e incluso tempestuosas.

El Capítulo IV permite desarrollar algunos ejemplos al respecto: no es lo mismo evaluar, en la Provincia de Córdoba, casos diagnosticados de TGD en un laboratorio mediante protocolos estandarizados o mediante neuroimágenes, en un período de tres años¹⁵⁵, que realizar un seguimiento de un niño sospechado de autismo infantil (hipótesis diagnóstica) a partir de síntomas y signos clínicos significativos durante un tiempo prolongado en función del inicio y evolución de síntomas, el tratamiento proporcionado, etc. para confirmar el diagnóstico a posteriori, o incluso en el marco de un abordaje de Rehabilitación Basada en la Comunidad¹⁵⁶. Por ello, aunque fuera factible realizar un análisis de variables que inciden en la observación (como el espacio y el tiempo en el PIC Cl) no se trata de sostenerlas como categorías a priori, sino que éstas son siempre guiadas por una heurística en el marco de una tradición de investigación que conlleva un cierto recorte de la realidad: para el cognitivismo, el marco de referencia no será –como para la clínica– la nosografía, sino, como se presentó en el Capítulo anterior, una nomenclatura estandarizada en función de la estadística consensuada en países desarrollados; para el psicoanálisis, las observaciones clínicas y las definiciones operacionales serán insuficientes, dado que no otorgarían lugar a la experiencia analítica. Por ello es importante el trabajo teórico, que explicita el marco observacional a utilizar y con ello se esclarezca el recorte de la realidad empírica.

2.1.B. El autismo es clínico, continúa sujeto a la observación

A la fecha no se han hallado estudios de sangre, de ADN, o de neuroimagen que permitan arribar a un diagnóstico certero de autismo, ni tampoco se encontraron marcadores biológicos (Bassols, 2018).

¹⁵⁵ Se ejemplifica sobre un período de tres años a partir de las estadísticas obtenidas por la Provincia de Córdoba entre 2013 y 2016 por la Junta Evaluadora que emite los certificados de discapacidad (CUD): sobre un total de 1637 certificados otorgados dentro de la categoría TGD, solo 3 corresponden a Trastorno desintegrativo infantil, 578 corresponden a TGD No Especificado (que ascienden a 630 en caso de incluir autismo atípico y otros TGD) y 571 corresponden a TGD (un poco más del 70% de los casos solo comprendidos entre TGD y TGD-NE). Los restantes 485 certificados se reparten entre autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Rett, síndrome de asperger y otros TGD. Esta cifra ascendió un 66% entre 2016 y 2022 (Registro Nacional de Discapacidad, 2022).

¹⁵⁶ La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social de Personas con Discapacidad promovida por la OMS a partir de lo establecido por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y adoptada en Argentina a través del Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Desarrollo Social. Se puede obtener mayor información en: <https://www.argentina.gob.ar/andis/rehabilitacion-basada-en-la-comunidad-rbc>

En el caso de Kanner, no solo ubicó unas coordenadas de observación precisas, sino que construyó para el autismo infantil un marco observacional común ampliamente aceptado por la comunidad psiquiátrica y pediátrica de la época que, aún hoy podría ser útil para orientar la pesquisa diagnóstica¹⁵⁷, pero fundamentalmente para diagnosticar AIP, es decir, autismo clínico. Incluso las diferentes tradiciones investigativas –aún las biológicas– coinciden en que el autismo continúa siendo clínico, esto es, ligado a la observación.

Es importante destacar que la observación ‘expectante’ de Kanner, en función del principio clínico de ‘a cuerpo dinámico, medicina expectante’ (Canguilhem, 2004) se distingue de las observaciones hechas ‘bajo intervención’ o bajo un protocolo o entrenamiento. Estas, incluso, podrían situarse en sus antípodas, tal como se planteó inicialmente entre la tradición hipocrática y galénica. Al interior del galenismo, un organismo enfermo era sólo un objeto pasivo sometido a manipulaciones externas, bajo el supuesto de ‘a cuerpo inerte, medicina activa’. El problema epistemológico que subyace es que las intervenciones distorsionan, claramente, los observables. Señala Tello (2022) que en la era de pre-institucionalización de la medicina occidental (previo a la revolución francesa, y a posteriori incluso, con pacientes que no requerían internación) la clínica expectante se practicaba en los domicilios de los enfermos. De allí el término ‘clínica’ proveniente de la palabra griega ‘*kliniké*’ con que se denominaba a la práctica médica junto a la cama (*kliné*) del enfermo para asistir su enfermedad.

La observación clínica en el domicilio (Tello, 2022) generaba una heurística diferente a aquella obtenida de la reclusión, y ello se daba especialmente en patologías mentales. Por ejemplo, Sydenham había establecido nuevos observables en la visita de un paciente colérico en su domicilio. Estos, no hubieran sido posibles de recabar en el consultorio, y sin embargo permitieron establecer un diagnóstico diferencial y un signo patognomónico e identificar factores predisponentes (Conti y Stagnaro, 2007). Incluso algunos de los primeros casos de Breuer y Freud se los atendió en las propias casas (Anna O., Katerina) y de ese encuadre se recibieron observaciones clínicas como la sintomatología ante determinadas visitas (Tello, 2022). Argañaraz (2007) señala cómo la sugestión hipnótica del S. XIX, al introducir

¹⁵⁷ Ello considerando las modificaciones en los observables que se producirían en esta época post-farmacológica, es decir la semiología clínica debería ajustarse a las coordenadas de los fenómenos producidos por fármacos y terapéuticos no disponibles en la época de Kanner. Por ello, un estudio ajustado a la clínica del AIP en la actualidad debería basarse en estudios longitudinales sobre los psicofármacos que habitualmente se utilizan en niñas y niños (antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivantes, etc). Incluso a décadas de su implementación, aun no se sabe a ciencia cierta los efectos que producen. Tal como sucedió con la talidomida, a 60 años de su descubrimiento y lanzamiento al mercado, se continúan investigando sus efectos teratogénicos (Martínez-Frías, 2012).

‘sugestiones contrarias’ con el objeto de eliminar el síntoma, modificaba los observables. Breuer, invierte esta vía intentando restaurar las asociaciones interrumpidas, (‘sacar’, no ‘poner’), pasando de la *via di porre* a la *via di levare*. De esta manera, el contenido observacional cambió al partir de una teoría representacional distinta.

En el caso de Kanner, sus observaciones en el consultorio, en el ‘*Child Study home*’, como también las visitas a los domicilios de sus pacientes estaban orientadas desde la medicina clínica con un criterio de observación expectante. Por ejemplo, las visitas a Donald, pasando tardes con su familia o en la granja donde vivió años más tarde, no implicaban intervenciones sino más bien recoger observaciones en el propio contexto del niño. Como se señaló en el apartado anterior, esta misma situación mediada por un protocolo o pidiendo al niño que ordene elementos, juegue de forma ‘simbólica’ o el mismo niño con sus padres interpretados e inculcados, modificaría completamente los observables.

Por ello, podría ser de gran valor y utilidad para los estudios sobre el fenómeno autista, que para cualquier investigación epidemiológica, genética, metabólica, histoquímica, psicosociológica, psicodinámica, nosológica, etc., se partiera de la clínica “como dato, como hecho, es decir, como lenguaje objeto (de primer nivel según Russel y Carnap), a partir del cual se constituyen los lenguajes teóricos, explicativos” (Castilla del Pino, en Pichot y Rein, 1995, p. 91)

Por otra parte, la observación que sostiene la clínica, y no solo en el caso del AIP, permitiría identificar muestras de población consistentes (clínicamente) con la cuales realizar investigaciones, y no muestras sesgadas de antemano por la teoría que pretende explicar la muestra (Pichot y Rein, 1995). En esta premisa se sostenía también la esperanza kanneriana de que con la esquizofrenia sucediera lo mismo que con las hiperpirexias, las insanias y las amencias, categorías que por su amplitud e inespecificidad cayeron en desuso. “Cuando dejemos de buscar una causa y un tratamiento idéntico para todas las enfermedades reunidas en la bolsa de la esquizofrenia podremos esperar el surgimiento de nuevas y más claras visiones” (Kanner, 1965, p. 420). Con Kanner podría plantearse que, garantizar la especificidad de la muestra otorgaría mayor confianza sobre sus resultados.

2.2. El problema del diagnóstico diferencial y el lugar de lo ‘precoz’ en el AIP

La clínica dio un paso más en la observación y logró identificar un signo patognomónico temprano, signo que permitía discernir casos de AIP kanneriano de otras patologías con fenomenología similar (diagnóstico diferencial).

Tal como lo señalaban ya en el Primer Congreso de Psiquiatría Infantil, en la infancia muchas patologías presentaban características similares, incluso algunas compatibles con síntomas principales o accesorios del AIP. Kanner (1951) menciona esta dificultad, mediante la comparación del autismo infantil con otras que aparecían en la literatura de la época: el síndrome de Kasper Houser, el síndrome de Tay-Sachs¹⁵⁸, el hospitalismo (Spitz, 1972 [1958]), la psicosis simbiótica (Mahler, 1990). Sobre esta última agrega Mahler que, si bien en el inicio son diferentes con el AIP, luego tienden a asemejarse en sus manifestaciones. Lo mismo podría señalarse en la actualidad con otras patologías como las encefalopatías congénitas (agenesia de cuerpo calloso, patologías de la migración neuronal, microcefalia, anomalías que generan afasias), los síndromes genéticos/metabólicos (fenilcetonuria, X frágil), las ‘detenciones en el desarrollo’, el retraso mental, por mencionar algunas. Muchas de ellas comparten características frecuentemente citadas en la literatura sobre el fenómeno autista tales como: movimientos repetitivos/estereotipias, auto/heteroagresiones, hipo/hipersensibilidad, balanceos (rocking), ‘rituales’, caminar en puntas de pie, no mirar a los ojos, no responder al nombre, hacer girar objetos (*spinning*¹⁵⁹), etc. Si bien ninguno de estos observables fue considerado por Kanner como síntoma primario o patognomónico del autismo infantil, muchos de ellos son considerados como indicadores de TEA en evaluaciones (*test*) diagnósticas (p. e. ADOS¹⁶⁰). Este hecho se posiciona en las antípodas del diagnóstico diferencial, peor aún, contribuye a la confusión de patologías, dado que las mismas características pueden hallarse en cuadros radicalmente diferentes como sordera, epilepsia, esquizofrenia, parálisis cerebral, ceguera, etc.

¹⁵⁸ Se trata de una enfermedad genética causada por un gen defectuoso en el cromosoma 15.

¹⁵⁹ Cabe señalar que, si bien Kanner registró en 1943 la fascinación de ciertos niños y niñas por estos objetos, no volvió a retomar este aspecto en su artículo como significativo del cuadro, ni tampoco en otros artículos a lo largo de su vida. Esto se destaca dado que en algunas teorías ha tomado un lugar sumamente relevante, sin mencionar el mercado de ‘objetos que giran’ (p. e. el famoso ‘spinner’), creados ‘para autistas’.

¹⁶⁰ Autism Diagnostic Observation Schedule [Escala de Observación para el diagnóstico de Autismo]. Este test fue desarrollado por Michael Rutter et. al., en 1989. es actualmente difundido por documentos oficiales en Argentina, como el Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de Personas con Trastorno del Espectro Autista, elaborado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en 2019

En 1965 Kanner advertía esta situación ya que, por ejemplo, ‘la simple repetición de actividades’ también se observaba en niños con retraso mental. De no tener en cuenta las demás consideraciones clínicas, ello podía ser un problema para el diagnóstico diferencial con el AIP. Por ello, la elección del término ‘precoz’ en Kanner era clave para diferenciarlo de otras patologías y señalar su especificidad. Asimismo, era indispensable la indagación diacrónica desde los primeros meses, dada la precocidad con que se podía distinguir el cuadro (mucho más de los que se habían descrito hasta ese momento). El signo de Gesell era constatable en las entrevistas de anamnesis familiar en todos los casos, incluso pasaban largos períodos de tiempo sin que éste se revirtiera: hasta los dos o tres años sus pacientes no fueron capaces de anticiparse a ser levantados ni de acomodar su cuerpo a la postura de la persona que los sostenía. Refiere Kanner (1943/2021) una observación en el historial de Herbert:

Su madre adecuadamente le informó que lo iba a alzar, extendiendo los brazos en su dirección. No hubo respuesta. Procedió a levantarlo y él se lo permitió, permaneciendo completamente pasivo como si fuera una bolsa de harina. Fue la madre quien tuvo que realizar todo el ajuste. En ese momento Herbert era capaz de sentarse, permanecer de pie y caminar (p. xxviii).

De esta manera el signo de Gesell, se volvió fundamental en la presente investigación, tanto por la precocidad mencionada (tres/cuatro meses) como por las consecuencias que esta ‘imposibilidad de anticipación’ desde muy temprana edad puede conllevar para todos los demás ámbitos del desarrollo en la vida infantil. Un ejemplo que cita Kanner sobre la imposibilidad de anticiparse en el caso de Donald, es el siguiente: “[el niño] tenía «un miedo terrible a que le peguen o lo golpeen», pero «no podía asociar su mala conducta con su castigo»” (Kanner, 1943/2021, p. iii. Las comillas están presentes en el original).

Como se mencionó con anterioridad, los signos patognomónicos son raros y escasos en la patología mental (especialmente infantil), por ello se destaca como un gran aporte de Kanner el hecho de haber logrado identificar un signo específico y precoz para el AIP. Este hallazgo, aunque daría algunas respuestas al problema del diagnóstico diferencial y orientaría de forma precisa la observación, no fue tenido en cuenta en ninguna de las tradiciones investigativas mencionadas, tampoco en las evaluaciones estandarizadas ni en los manuales internacionales.

2.3. El autismo infantil precoz y su distinción de la sintomatología autista. La importancia de recuperar los signos físicos, el estado de salud y las facies

¿El autismo infantil es un síndrome específico o una vía final común? Personalmente me inclinaría por la primera solución. Esta enfermedad puede ser diagnosticada de manera clínica con una confiabilidad razonable (...). El fenotipo autístico aparece en pacientes con síndromes orgánicos cerebrales y anomalías cariotípicas. Sin embargo, la gran mayoría de los niños autistas no presenta tales anomalías. (...) La precisión en el diagnóstico y la separación entre los casos primarios y secundarios siguen siendo esenciales si queremos descubrir la o las causas del síndrome de Kanner (Eisenberg, en Pichot y Rein, 1995, p. 28).

Es importante destacar la distinción que señala Eisenberg –colaborador de Kanner– entre autismo primario y secundario. La tradición de distinguir entre uno y otro no era propia de Kanner ni Eisenberg, sino producto del diacronismo de la tradición clínica, es decir, nuevos fenómenos se organizaban en función de una concepción temporal precisa: Pinel ya separaba lo idiopático (vesanias o idiotismo, entendido como la obliteración de las facultades mentales y afectivas) de lo reactivo, y siempre comenzaba sus entrevistas preguntando a sus pacientes ‘¿ha sufrido usted alguna gran pena últimamente?’ (Bercherie, 1986).

En Kanner, esta distinción surgió en función de la ‘expansión’ del diagnóstico de autismo a otras patologías que presentaban una fenomenología similar como refiere Eisenberg, pero que no compartían los criterios clínicos por él establecidos para el AIP, especialmente el inicio precoz. En el ‘Simposio de Psicosis Infantil’ de 1955, Kanner señaló que “el término autismo infantil se emplea bastante –y a menudo no con demasiada precisión–”¹⁶¹ (Kanner & Eisenberg, 1955, p. 558). Además reafirmó que, para el diagnóstico de autismo, era necesario que estén presentes los síntomas primarios y patognomónicos por él descritos, especialmente la forma de inicio. Por la época hubo algunos intentos para separar el AIP de otras patologías con fenomenología similar. Grewel, por ejemplo, planteó la separación entre autismo y pseudoautismo (englobando aquí condiciones como hospitalismo, depresión anaclítica, ansiedad de separación, encefalopatías congénitas, síndromes genéticos/metabólicos, etc.).

La ‘expansión’ diagnóstica también llevó a Kanner a dilucidar un grupo de niños y niñas que mostraban las mismas características que el AIP, aunque diferían en el inicio precoz: los síntomas aparecían más tarde (luego de los primeros 18 meses), y se perdían funciones que

¹⁶¹ [so that now the term infantile Autism is rather widely –and often not too accurately– employed]

habían logrado ser adquiridas (sociales y de lenguaje) aunque de un modo diferente. Sin embargo, la sintomatología no podía ser separada de aquella del autismo que se daba desde los primeros meses, por lo cual Kanner aceptaba este grupo de diagnóstico tardío sólo cuando mostrara las mismas manifestaciones clínicas y el inicio se diera más temprano que en la esquizofrenia –patología más severa que el AIP– (Kanner & Eisenberg, 1955; Olmsted & Blaxill, 2015).

Esta distinción entre una patología ‘primaria’ o ‘secundaria’ –sumamente cara a la clínica– se trivializó en otras tendencias, descontando algunas excepciones al interior del cognitivismo y del psicoanálisis. Como se mencionó en el Capítulo II, la propuesta de Freud había reorganizado la psicopatología, pero quienes continuaron la tendencia psicoanalítica, discontinuaron las heurísticas del PIC Psa. Pocas autoras tomaron, entre los elementos de este PIC los términos ‘primario y secundario’ para abordar el autismo. Mahler (1990) distinguía el autismo primario ‘normal’ del patológico y a ambos del autismo secundario. Este último, era considerado una defensa psicótica en la cual la ruptura con la realidad y el retiro al mundo interior servían a la supervivencia cuando las imágenes buenas del mundo exterior eran insuficientes o inútiles para contrarrestar la amenaza de potencias demoníacas internas que atacaban, acosaban y casi aniquilaban al yo desde dentro, o cuando las imágenes parentales perdían todo vigor y resultaban inútiles contra la amenaza de castración. Tustin (1972b) definió al autismo primario anormal¹⁶² como “una prolongación del estado de autismo primario debido a la falta total o parcial de cuidados elementales” (Tustin, 1972b, p. 69). Luego distinguió dos tipos de autismo secundario: el encapsulado (un autismo patológico como defensa en la psicosis) y el regresivo (que se acerca a la esquizofrenia infantil). Sin embargo, en 1981 se desdijo de esta distinción y concluyó en que el autismo primario anormal era predominantemente orgánico, no volviendo a referirse posteriormente a esta clasificación. Como se puede advertir, ‘primario’ y ‘secundario’ en estas autoras representan consideraciones teóricas sobre los mecanismos empleados en cada caso (defensa, retirada, etc.) más que un desprendimiento de la diacronía y la expectación hipocrática que había recuperado de la clínica el PIC Psa.

En cuanto a autores cognitivos que recuperaron la distinción ‘primario-secundario’, en primer lugar, se puede citar a Ángel Rivière (2002), quien contempló el autismo secundario en su Inventario (IDEA). Allí recogió una clasificación que incluía al autismo primario o kanneriano,

¹⁶² En 1981 señala Tustin que este tipo de niño del cual habló en 1972 nunca padeció una experiencia traumática de separación corporal, como tampoco había emergido de autismo primario normal.

el autismo secundario o regresivo, el síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento. A pesar de sus desarrollos, la clasificación desprendida de su clínica rara vez se sostuvo en teorizaciones cognitivas (Ruggieri y Arberas, 2017). En su lugar, es factible hallar investigaciones que nombran ‘autismo secundario’ a las manifestaciones ‘autistas’ que se presentan como consecuencia de la comorbilidad con otros síndromes específicos (también llamado ‘autismo sindrómico’ o ‘síndromes dobles’). En este caso, se considera al autismo idiopático o primario como aquel que no presenta un factor etiológico específico, sea orgánico o ambiental (Artigas Pallares et. al., 2005b)–; y el autismo secundario como ‘secundario a otro síndrome’ que, si bien dista de lo señalado por Kanner, la distinción clínica no pierde su valor.

(...) ante la sospecha clínica de autismo primario o secundario, y cara al diseño del tratamiento, hay ya dos algoritmos diagnósticos. Del primero, referido al autismo primario, estaría dirigido a sujetos sin historia de patologías personales o enfermedades heredofamiliares constatadas, a los que, tras realizar estudios de imágenes, se les excluiría de padecer alguna anomalía estructural cerebral, de migración neuronal, y/o incremento del volumen, ya en el lóbulo frontal, temporal, cerebelo o sistema límbico. En lo que alude al autismo secundario, al tenor de la gravedad de las alteraciones cutáneas, cromosómicas y metabólicas, cabría sospechar que lo que el paciente aqueja es neurofibromatosis, esclerosis tuberosa o fenilcetonuria (Balbuena, 2015, p. 274).

Este autismo secundario ‘a ...’ o ‘síndrome doble’ (por ejemplo, autismo + síndrome de Down) requiere que el segundo síndrome en su origen haya sido descrito en pacientes no autistas, y que la mayoría de pacientes con el segundo síndrome no sean autistas. Un síndrome doble no significa necesariamente una relación etiológica entre ambos, por lo tanto, solo se puede considerar como autismo secundario ‘a ...’ si se puede determinar, aunque sea especulativamente, un nexo entre ambos trastornos (Artigas Pallares et al, 2005b).

Aunque estas consideraciones no dan por saldada la distinción entre el autismo primario y secundario kanneriano, permiten volver a uno de los puntos centrales de la descripción del AIP, desaparecida en el estudio del autismo, pero también en la psicopatología en general: los ‘signos físicos’ (Berrios, 1996). De esta manera, los estudios sobre el autismo sindrómico recuperan el estudio de las facies, las dismorfias y el estado físico general en el paciente. Ruggieri y Arberas (2017) agregan que para el reconocimiento de estas formas sindrómicas (con fenomenología similar al autismo) se requiere un entrenamiento exhaustivo en síndromes dismórficos o malformativos, ya que “estudios específicos posibilitan llegar a un diagnóstico etiológico en

más del 50% de los casos” (p. 30). Por ello señalan que “considerar a todos los pacientes con TEA como parte de un conjunto único es un error frecuente que nos aleja de la posibilidad del diagnóstico más certero y, desde luego, de reconocer su verdadera causalidad y pronóstico (p. 30). El interés clínico en estos estudios implica poder separar la ‘sintomatología’ autista que se presenta en otras patologías (p. e. dificultades sociales y de comunicación) del cuadro clínico de autismo kanneriano. Recuérdese que, para Kanner, el autismo primario (AIP) excluía dismorfias, anomalías y comorbilidades.

Otro aporte lo brindan las investigaciones neurobiológicas, microbiológicas y celulares que utilizan para sus muestras epidemiológicas una separación clara entre casos de autismo primario (‘puro’ o ‘idiopático’) y autismo sindrómico (Liu et al, 2017; Artigas Pallares et. al, 2005/2005b, Quijada, 2008, Quintana Hernández, et. al, 2021, Mariani, et. al., 2015, Weidenheim, 2001, Núñez Ríos, 2020). En estos casos identificaron, entre sus causas específicas, lesiones cerebrales (ej. Esclerosis tuberosa), síndromes metabólicos (ej. fenilcetonuria) o genéticos (ej. Síndrome de Rett). Sobre estos últimos, la literatura científica brinda un enorme corpus de ejemplos. Entre los más frecuentes se encuentra el síndrome de X frágil, el síndrome de Prader-Willi, el síndrome de Angelman, el síndrome de Rett, la fenilcetonuria, el síndrome de Smith-Lemli-Opitz, el síndrome de Apert, las mutaciones en el gen ARX, el síndrome de Lange, el síndrome de Smith-Magenis, el síndrome de Williams, el síndrome de Rett, el síndrome de Noonan, el síndrome de Down, el síndrome velo-cardio-facial, la enfermedad de Steinert, la esclerosis tuberosa, la enfermedad de Duchenne, el síndrome de Timothy, el síndrome de Myhre, el síndrome de Sotos, el síndrome de Cohen, el síndrome de Goldenhar, el síndrome de Joubert, el síndrome de Lujan-Fryns, el síndrome de Moebius, el síndrome de CHARGE, el síndrome de Phelan-McDermid (SPMD o síndrome de delección 22q13.3), entre otros (Balbuena, 2015; J. Artigas-Pallarés, Gabau-Vila y Guitart-Feliubadaló, 2005).

Por otra parte, en cuanto a la atención de pacientes¹⁶³ se hallaron prácticas que sostienen la distinción primario-secundario, señalando que el autismo secundario abarca una amplia población de niños y niñas con desarrollo ‘normal’ que sufren una agresión (infecciosa, traumática, tumoral), e inician una regresión en su desarrollo, apareciendo como consecuencia, la sintomatología autística (ANEPA, 2022). Para la clínica, esta observación reviste gran importancia, dado que la terapéutica no sería la misma si se tratara de un fenómeno primario

¹⁶³ Véase la Asociación de Neurología Pediátrica (ANEPA) de Barcelona, España. <http://neurologiapediatrica.org/>

(en términos de Kanner, donde el contacto afectivo nunca se estableció) o un fenómeno secundario (donde ‘algo’ se estableció y de forma posterior se fue perdiendo como consecuencia de algún suceso).

De la misma manera que como sucedió con el signo patognomónico, la distinción primario-secundario no tuvo incidencia alguna en los nomencladores internacionales mencionados en el Capítulo IV (exceptuando algunos puntos de la GLADP), como tampoco en las investigaciones que de allí se derivaron. Se señaló como el TEA (DSM-5) no distingue entre AIP, psicosis infantil¹⁶⁴, síndrome de asperger o síndrome desintegrativo infantil. Además, este ‘trastorno’ puede estar asociado a una condición médica, genética o factor ambiental conocidos, o puede asociarse con trastornos del neurodesarrollo, mental o del comportamiento, con o sin catatonía. Es fácil advertir que, por esta vía, cada vez más amplia, se pierden las posibilidades de considerar la distinción ‘primario - secundario’. Véase el Manual DSM-5:

Alrededor del 70% de las personas con trastorno del espectro autista pueden tener *comorbilidad con un trastorno mental* y el 40% pueden tener *dos o más trastornos mentales comórbidos*. Cuando se cumplen los criterios tanto para TDAH como para el trastorno del espectro autista, se deben dar ambos diagnósticos. Este mismo principio se aplica a diagnósticos concurrentes de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo de la coordinación, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y otros diagnósticos comórbidos. Entre las personas que no hablan o tienen deficiencias del lenguaje, los signos observables, como modificaciones en el sueño o en la alimentación y aumentos en los comportamientos desafiantes, deberían llevar a una evaluación de ansiedad o depresión. Las dificultades específicas de aprendizaje (alfabetización y cálculo) son comunes, al igual que el trastorno del desarrollo de la coordinación¹⁶⁵ (APA, 2013, p. 97. El destacado no se encuentra presente en el original).

Aunque la distinción primario-secundario no se proponga en los manuales, podría ser sumamente útil en la investigación y la terapéutica como lo es en algunas investigaciones biológicas y prácticas de atención a pacientes, ya que permitiría la separación entre el autismo de Kanner y otros fenómenos similares.

¹⁶⁴ Véase que ya en el DSM-IV se especifica a la psicosis infantil como incluida en el autismo.

¹⁶⁵ [About 70% of individuals with autism spectrum disorder may have one comorbid mental disorder, and 40% may have two or more comorbid mental disorders. When criteria for both ADHD and autism spectrum disorder are met, both diagnoses should be given. This same principle applies to concurrent diagnoses of autism spectrum disorder and developmental coordination disorder, anxiety disorders, depressive disorders, and other comorbid diagnoses. Among individuals who are nonverbal or have language deficits, observable signs such as changes in sleep or eating and increases in challenging behavior should trigger an evaluation for anxiety or depression. Specific learning difficulties (literacy and numeracy) are common, as is developmental coordination disorder].

Por otra parte, en el caso de Argentina y países latinoamericanos, el uso conjunto de la CIE-10 y la GLADP permitiría una distinción entre autismo primario y secundario al englobar el autismo sindrómico o doble dentro del autismo ‘atípico’¹⁶⁶. Este se asocia con comorbilidades, el inicio es tardío y se diferencia de los trastornos desintegrativos infantiles (GLADP, 2004), como se señaló en el capítulo anterior

Ahora bien, si se considera imprescindible en los autismos dobles o sindrómicos, el hallazgo de dismorfias para la identificación de patologías asociadas (Ruggieri y Arberas, 2017), ¿qué sucede con otra gran parte de casos de autismo secundario que no presenta patologías orgánicas y cumple fehacientemente con los criterios clínicos de Kanner, difiriendo solo en el inicio (demorado)? Esta pregunta vuelve a poner en discusión aquellos casos considerados por la literatura como sintomatología autista ‘secundaria a acontecimientos y vivencias traumáticas’.

2.4. La discusión sobre el origen traumático del autismo secundario y el aporte de las series complementarias

Existen casos de niños en los que se recoge un desarrollo psicomotor y de lenguaje verbal normales dentro de los primeros treinta meses, pero que antes de esa fecha, generalmente hacia los dos años de vida, sufren una regresión tan importante que terminan presentando un cuadro autista, con características sintomatológicas semejantes. Se denomina autismo secundario, siendo su evolución y pronóstico similar a la de los autismos primarios. El cuadro se produce en ocasiones después de modificaciones ambientales (...). La evolución suele ser progresiva, y en el curso de poco tiempo se establecen los trastornos de conducta y la regresión o detención del desarrollo (Roja Gómez et. al., 1984, p. 293).

La tesis de un déficit orgánico de base fue aceptada inicialmente por los pioneros de la psicosis infantil, pero quedaron parcialmente abandonadas al entrar en vigor las primeras hipótesis psicodinámicas (Roja Gómez et. al., 1984, p. 302)

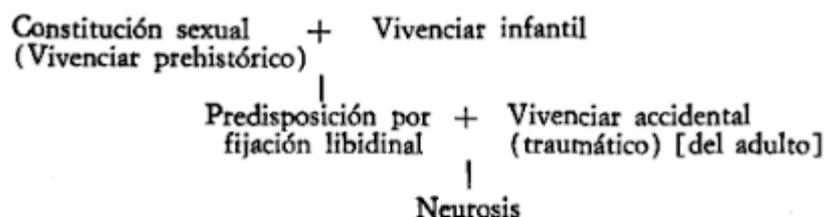
Tal como se señaló anteriormente, la expansión del ‘autismo’ a partir de 1949 denunciada por Kanner, tuvo incidencia en el aislamiento del autismo secundario. Este implicaba un pequeño

¹⁶⁶ En el último informe del Registro Nacional de Discapacidad (2022) realizado por ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad) del Ministerio de Salud de la Nación, el autismo atípico en niños de 0 a 5 años representó solo el 0,5% de los casos dentro de la categoría TGD, dato que dista en gran medida de lo reseñado por Ruggieri y Alberas sobre el 50% de casos (2017).

grupo de niñas y niños que presentaban un desarrollo normal¹⁶⁷ en los primeros meses, incluido el signo de Gesell, y luego mostraban una severa retirada de la realidad, perdiendo funciones lingüísticas, vínculos con el entorno social e interés en sus actividades cotidianas (Kanner & Eisenberg, 1955). Esta problemática que Kanner advirtió, pero no profundizó, se podría plantear de la siguiente manera: ¿qué sucedía con niñas y niños que no presentaban signos tempranos ni patologías asociadas y se encontraban muy saludables, pero ante algún acontecimiento traumático (internaciones, abandonos, acontecimientos o vivencias puntuales) ese estado se rompía y se generaba un cuadro patológico idéntico al autismo? Una respuesta que fue ocupando cada vez mayores desarrollos en Kanner se dio a partir de recuperar la doble vertiente etiológica de la clínica, que menciona en sus escritos sobre fuerzas centrífugas y centrípetas en el AIP. Sin embargo, el PIC Psa, rival de la clínica, había desarrollado una mejora de esta doble etiología mediante las **series complementarias** (fig. 6).

Desde sus primeros escritos Freud (1905) recuperaba este descubrimiento de la clínica para dar sustento a su teoría sobre la constitución psíquica y la etiopatogenia de doble fuente.

Fig. 6. Series complementarias



Nota: Adaptado de Freud, S. (1916) *Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. XV). Buenos Aires: Amorrortu.

Estas series incluían ‘factores constitucionales’ y ‘factores accidentales’ que podían representarse en ejes cartesianos reconfigurados para cada momento de la vida: infancia, pubertad, adultez. Los últimos eran mayormente destacados en la práctica analítica, dado que el factor constitucional requería de sucesos que lo pongan en funcionamiento (así como el factor accidental necesitaba una cierta constitución).

¹⁶⁷ Cabe destacar que entre investigadores del desarrollo se sostenía **la irreversibilidad de las leyes del crecimiento**, es decir, una vez adquirido un comportamiento, este era la base para la construcción de las siguientes estructuras de comportamiento (Shaffer, Berk, Nelson y otros, en Maganto y Cruz Sáez, 2023). Este supuesto puede ser cuestionado en base a la experiencia clínica de otras patologías en adultos como, por ejemplo, el caso extremo de la pérdida de control de esfínteres en la evolución de casos gravemente deteriorados de esquizofrenia.

Una de las ‘mejoras’ que aportó el psicoanálisis fue el lugar predominante asignado a los sucesos de la primera infancia entre los factores accidentales¹⁶⁸, especialmente en el período en que se iniciaba la capacidad del lenguaje (entre los 2 y 4 años). De esta manera, Freud (1917) elucidó la etiología de las neurosis, mencionando que los dos factores, constitución sexual e influencias exteriores (fijación y frustración), se hallaban representados de forma tal que cuando uno de ellos crecía, el otro disminuía. En uno de los extremos de la serie se hallaban los casos límite en los que, dado el anormal desarrollo de la libido, el sujeto se enfermaría siempre, cualesquiera fuesen los sucesos exteriores de su vida; y al otro extremo, los casos en los que el sujeto hubiera escapado a la enfermedad de no ser por el encuentro con una determinada situación. El último extremo sería una constitución tan saludable que podría elaborar los acontecimientos desencadenantes siempre, es decir, lo que actualmente se ha investigado como ‘resiliencia’.

El caso ejemplar en el cual el PIC Psa se mostró progresivo sobre la ‘doble vertiente etiológica’ del PIC Cl, había sido la histeria de conversión. Las teorizaciones psicoanalíticas sobre la constitución yoica, la sexualidad infantil perversa polimorfa y la formación de síntomas a partir de representaciones inconscientes, le habían permitido al PIC Psa, responder a este enigma. El diagnóstico diferencial entre lo orgánico y psíquico era allí el centro del debate clínico. La característica ‘patoplastia’, que había sido el viacrucis del diagnóstico de la psiquiatría y la clínica del siglo XIX, fue dilucidada por el PIC Psa en su etiología psíquica, echando las bases de la psicopatología (Argañaraz, 2017). De esta manera, el diagnóstico diferencial entre síntomas orgánicos y psíquicos, se volvió consustancial al Psicoanálisis (Argañaraz, 2004), logrando responder ante casos donde un organismo esencialmente sano, se enfermaba como consecuencia de un acontecimiento traumático o desencadenante actual (p. e. la maternidad, el desempleo, la guerra).

Tomando como caso extremo el cuadro de las neurosis de guerra –que presentaban un altísimo promedio de suicidios– un trauma era concebido por Freud como una vivencia sexual, agresiva o de daño al yo, acontecida en el cuerpo propio o percibida por los sentidos (mayormente de lo visto y oído) que no había obtenido una tramitación, una ligazón psíquica o una elaboración sana. Su naturaleza compulsiva implicaba gran intensidad psíquica, por lo cual se

¹⁶⁸ Entonces, en la etiología de la neurosis, se encuentra una serie disposicional y una serie definitiva. En la primera actúan la constitución y los sucesos accidentales de la misma manera conjunta que en la segunda la disposición y los posteriores sucesos traumáticos. Todos los factores perjudiciales para el desarrollo sexual exteriorizan su acción haciendo surgir una regresión: esto es, un retorno a una fase evolutiva anterior (Freud, 1917).

independizaba respecto de la realidad exterior. A su vez, la contracción de esta enfermedad era vista como intento de curación, como empeño por reconciliar las partes del yo escindidas por el trauma. Esto rara vez ocurría sin la ayuda del trabajo analítico¹⁶⁹, por lo general terminaba en una total devastación del yo y en su despedazamiento. Lo infantil, en todos los casos, marcaba la dirección. Estos casos traumáticos se incorporarían en la serie de casos en los cuales pareciera que, de no haber sobrevenido el trauma, tampoco se hubiera producido el cuadro patológico. En todos los casos –refiere Freud– quedaban, como secuelas, alteraciones del yo, es decir, la restitución no era *ad integrum*.

Podrían señalarse ciertas similitudes entre el cuadro de las neurosis traumáticas de Freud y la descripción de Kanner de los autismos secundarios: psiquismos enteramente ocupados en procesar sucesos vividos como traumáticos (internaciones en terapia intensiva prolongadas, cirugías, vivencias en el cuerpo propio o bien percepciones sensoriales que no lograron tramitar), rechazaban cualquier nuevo estímulo proveniente del exterior. Ello descontando la diferencia de Kanner con la suposición yoica freudiana que sí permitía concebir, a diferencia de Gesell, una reversión de desarrollos logrados.

Desde el PIC Psa, el hecho que se haya franqueado la barrera anti-estímulos por cantidades excesivas de estímulos no filtrados provenientes del exterior a edades muy tempranas, da cuenta, por un lado, de la vulnerabilidad del psiquismo en constitución en esas edades; y, por otro, de la necesidad de protección externa del aparato en relación con las cantidades irrumpientes. La doble vertiente clínica que recupera Kanner pareciera no contradecir en este punto al PIC Psa. Es decir, Kanner acuerda en la importancia de las fuerzas centrífugas y destaca el papel de los ‘factores constitucionales’, pero no descuida las fuerzas centrípetas, especialmente el lugar que allí ocupaban padres, madres y cuidadoras/es.

Sobre la esquizofrenia, por ejemplo, Kanner, en su manual señalaba:

(...) aunque solo se considere desde el punto de vista estadístico, se comprueba que la esquizofrenia de la niñez guarda con la actitud de los padres una correlación mucho mayor y más consistente que con la herencia, la configuración corporal, los trastornos metabólicos o cualquier otro factor (...) Al margen de los problemas de la herencia y la constitución, la vida confunde a estos niños, les hace imposible establecer relaciones normales y los empuja a retraerse y adoptar una conducta esquizofrénica (Kanner, 1976[1935], pp. 744-745).

¹⁶⁹ Cabe recordar que, en 1918, el psicoanalista Ernest Simmel retomó la catarsis breuriana para la atención en hospitales de veteranos de guerra, consiguiendo que el Estado generalice esa terapéutica en todos los establecimientos del país (Spanjaard, et al., 1965). Esto generó la atención de Freud (1919) sobre el fenómeno.

Agrega ¿por qué unos niños responden con retraimiento ante una situación en que otros producen una reacción de neurosis o de delincuencia? (Kanner, 1976 [1935]). Otras preguntas similares eran generadas a partir de la “reacción profundamente significativa y de intenso contenido afectivo contra la conducta patógena de los padres” (p. 744) o los niños y niñas del AIP repitiendo salmos y rimas sin saber siquiera leer. Sin entrometerse en especulaciones etiológicas causales, Kanner mantuvo presente la doble vertiente etiológica de la clínica, sosteniendo que “los factores innatos y experienciales se unen para producir el cuadro clínico” (Kanner & Eisenberg, 1955, p 564). Y agrega: “queda para futuras investigaciones descubrir el modo preciso en que los factores patógenos operan como base para un tratamiento racional¹⁷⁰” (p. 564).

Si bien Kanner no acordaría con Bettelheim o Bowlby en señalar al ‘entorno hostil’ o las ‘madres nevera’ como causantes de trauma en niñas y niños pequeños, la recuperación de las series complementarias freudianas (que integran teorías sobre el psiquismo infantil) bien podría incorporarse sobre la doble fuente etiológica kanneriana, brindando mayor alcance explicativo, por ejemplo, para el autismo primario y secundario.

Sin embargo, para incorporar las series complementarias freudianas en el estudio del autismo, deberían presentarse algunas conjeturas e hipótesis sobre los ‘factores patógenos’ que operan en el AIP. Mahler (1990), por ejemplo, señalaba que la psicosis infantil parecía afligir solo a niños constitucionalmente vulnerables o bien, a niños muy pequeños cuyo rudimentario yo había sufrido durante las primeras semanas o meses múltiples traumas de inusitada gravedad. De la misma manera que la autora, e incurriendo en un ejercicio que se apartaría de la rigurosidad de la clínica, es menester incorporar mínimos elementos teóricos que permitan dar un paso que ni Kanner, ni el PIC Cl darían, en tanto incorporación de supuestos teóricos al AIP.

¹⁷⁰ [that innate as well as experiential factors conjoin to produce the clinical picture. It remains for future investigation to uncover the precise mode of operation of the pathogenic factors as a basis for rational treatment]

3. Propuesta de agregado teórico al AIP Kanneriano

El problema del yo: consecuencias en el afecto, el lenguaje y la invariabilidad

Desde el principio hay una *soledad autística extrema* que siempre que sea posible muestra indiferencia, ignora, rechaza todo aquello que llegue al niño desde el exterior (Kanner, 1943/2021, pp. 25-26. Las itálicas están presentes en el original).

De esta manera concluye el autor en su artículo príncipes, sobre lo que considera central en el AIP. Subraya que la ‘soledad autística’ rechaza activamente aquello proveniente del exterior, aunque no profundiza teóricamente sobre ello, sino que lo presenta como un ‘hecho’ observable. De la misma manera, es posible señalar otro hecho observable, a partir de la imposibilidad de anticipación a los cuatro meses de edad: ‘hay en los bebés no autistas –a esa edad– la posibilidad de distinguirse de otros, de anticipar correctamente lo que va a suceder y actuar en consecuencia (iniciar la posición anticipatoria a ser alzados y acomodarse luego)’. Esta operación, complejísima desde el punto de vista psicológico, obtuvo toda la atención de Kanner a partir de las observaciones de Gesell.

Si bien sus colegas hipotetizaron en diferentes puntos la dificultad situada en un ‘Yo’ en el autismo infantil precoz, Kanner no fue partidario de ello dado que generar una teoría sobre la constitución yoica estaba prohibido en el PIC Cl. Sin embargo, tampoco negó esta posibilidad. En su artículo de 1946, citó a L. Despert quien señalaba lo significativo del hecho de que la distinción “yo- no yo” no se hubiera establecido en el niño autista (como ocurre en el desarrollo temprano del lenguaje en el niño normal). Incluso para Despert, la mejor prueba de ello estaba dada por la inversión pronominal –subrayada también por Kanner–, como un signo ‘casi patognomónico’ (sic) del autismo infantil. Concluye Despert:

Dado que la aparición del pronombre en primera persona [yo] en el desarrollo del lenguaje sigue poco después esa etapa de individuación que corresponde a la *conciencia del niño como uno, todo y aparte de otros*, la importancia de este signo no se puede exagerar (Despert en Kanner, 1946, p. 246. El destacado no se encuentra presente en el original).

La autora acuerda con la suposición kanneriana en la cual el niño no logra comprenderse como un todo y tampoco logra separarse de otros. Con ello destaca la ausencia de la utilización del pronombre ‘yo’.

En 1955 Kanner & Eisenberg escriben: “Esta extraordinaria falta de conciencia sobre los sentimientos de otros, *quienes no son vistos como personas con un yo*, corre como un hilo rojo a través de los historiales”¹⁷¹ (p. 559. El destacado no se encuentra presente en el original). Allí mismo comentan el caso de un niño de 4 años que, en la playa, caminaba hacia lo que él quería sin importar si pasaba por encima de diarios, manos, pies o torsos, desconcertando a sus propietarios/as. Parecía no distinguir personas de cosas, por lo que inferían una “falla en reconocer otras entidades separadas de *si-mismo*”¹⁷² (Kanner & Eisenberg, 1955, p. 559. El destacado no se encuentra presente en el original). Si bien la pertenencia al PIC CI no permitió a Kanner explayarse (o más aun, proponer austeras hipótesis) sobre estas llamativas observaciones, él mismo dejó en claro que tenía en la mira algunas concepciones sobre un ‘yo’ y un ‘sí mismo’. Como se desarrolló en el Capítulo II, por la época el contexto ‘psi’ estaba dominado por el psicoanálisis y Kanner se mantenía informado de las diferentes posturas que sobre el ‘Yo’ se disputaban entre partidarios/as del kleinismo y el annafreudismo. Incluso Mahler y Despert, con quienes Kanner trabajaba, habían hecho sus propias lecturas en función de la constitución del Yo, que Kanner solo se limitó a citar.

A pesar de haber sido un gran lector de la obra freudiana, pareciera haber pasado por alto la distinción del ‘Yo’ que realiza Freud en ‘Pulsiones y destinos...’. En sus escritos, Kanner da cuenta de una pormenorizada lectura de ‘Tres ensayos...’ y de ‘Introducción del narcisismo’, incluso hace referencias al autoerotismo y al narcisismo del niño o la niña (Kanner, 1939). Pero no repara en el señalamiento de Freud sobre la necesidad de una **nueva acción psíquica**, para pasar del ‘autoerotismo’ (con el que podría acordar, en tanto en su AIP no hay un ‘sí mismo’ ni un cuerpo como totalidad) al narcisismo (que podría objetar, ya que da por sentada la teoría psicoanalítica). Por su parte, Kanner (1939, 1944b) elogió la obra freudiana, la cual –refiere– demostró la existencia de la sexualidad desde los inicios de la vida y cómo ésta incidía en la personalidad y en la formación del carácter. Sin embargo, no dudó en criticar fuertemente el hecho de que estas elaboraciones hayan sido solo teóricas (basadas en el análisis de adultos) y ‘recién cuatro años más tarde’ hayan sido observadas en un niño, aunque por intermedio de su

¹⁷¹ [This amazing lack of awareness of the feelings of others, who seem not to be conceived of as persons like the self, runs like a red thread through our case histories].

¹⁷² [failure to recognize other as entities separate from oneself]

padre (Pequeño Hans). Asimismo, Kanner no le perdonó al psicoanálisis el haberse desviado de la observación clínica llegando a un “procedimiento radicalmente diferente” (Kanner, 1939, p. 591) en Melanie Klein o Anna Freud. Estas autoras habían realizado deducciones y generalizaciones de pocos análisis y muy prolongados, “verdaderas orgías en el análisis de niños de Melanie Klein” (1939, p. 596).

Como se mencionó con anterioridad, en ‘Pulsiones y destinos...’ Freud presentó tres momentos en la conformación del Yo –en términos de Herbart, como grupo de representaciones armónicas que reprimen y luego retornan–. Es en la instancia del Yo placer purificado, donde todo lo placentero se incorpora al Yo y todo lo no placentero se proyecta al mundo exterior. Este Yo podría haber congeniado con Kanner, ya que sus observaciones admitían que el exterior era presupuesto hostil para los y las autistas “tan preocupados por el mundo exterior que observan con tensa vigilancia para asegurarse de que su entorno permanezca estático¹⁷³” (Kanner, 1965, p. 412). El tercer momento, de constitución de un ‘Yo realidad definitiva’ pareciera haber sido el ausente en el signo patognomónico (Gesell), dada la no distinción ‘Yo- no yo’ (esta adquisición corresponde a la ‘posición depresiva’ en Klein y el ‘estadio del Espejo’ en Lacan). Sin embargo, uno de los problemas que presentaba el psicoanálisis contemporáneo a Kanner, era, como se mencionó, la suposición de un Yo ya conformado, lo cual distaba de lo presentado por Freud en su ‘Introducción del narcisismo’. Con posterioridad a Freud, las teorías se basaron en mecanismos de represión, defensa, forclusión, etc., suponiendo un ‘agente’, es decir un ‘sujeto’ que reprime o forcluye, una suerte de cartesianismo (Roudinesco, 2011) que Freud contradujo explícitamente. De esta manera, y como se señaló al inicio del capítulo, se sucedió una inconsistencia epistemológica acerca de los compromisos filosóficos del psicoanálisis que Freud tenía muy claros.

Por su parte, también el PIC CI había evitado siempre el problema filosófico del sujeto o agente del ‘mecanismo’. Si bien Kanner podía suponer que ‘algo había sucedido’ a los cuatro meses, no se inmiscuía en la problemática de la consciencia, la mente, el ser o el acto del Yo de ‘reprimir’. Por el contrario, sostuvo siempre su desacuerdo con ‘el inconsciente’ freudiano¹⁷⁴, con la fantasía kleiniana y con tantos otros postulados psicoanalíticos, señalados por él como especulativos.

¹⁷³ [They are so concerned with the external world that they watch with tense alertness to make sure that ehy surroundings remain static]

¹⁷⁴ Nótese la modificación acontecida en relación con los escritos de Freud, quien siempre mantuvo el cuidado de hablar de ‘lo inconsciente’ sin suponer una sustancia.

Pero aun evitando el psicoanálisis y a Freud, Kanner podría haberse apoyado en Herbart o en Griesinger, aportando, para la psiquiatría infantil un punto nodal: la identificación de un yo en formación que luego discrimina y tramita estímulos¹⁷⁵. Kanner conocía muy de cerca las contribuciones y trabajos de Griesinger para la psiquiatría, incluso lo llama el ‘notable’ psiquiatra alemán (Kanner, 1939). Los escritos sobre las fuerzas centrípetas y centrífugas kannerianas, no hubieran hallado obstáculo para apoyarse en los estudios de Griesinger sobre ‘las impresiones de los sentidos y los sucesos externos’ y como ellos se relacionaban con las ideas y los conjuntos de ideas que activaban o trababan su producción. Este psiquiatra ya había estudiado lo afectivo en los inicios de la patología (frenalgia) y la diferencia con las formas secundarias ideativas (Griesinger, 1845/1997). Además, para la época, había desarrollado algunas ideas sobre lo infantil, dado que había trabajado en una institución con niños y niñas. Algunos aspectos de sus contribuciones podrían haber sido grandes soportes para Kanner, como por ejemplo sus señalamientos sobre patologías mentales infantiles. Por ejemplo, Griesinger señala para la niñez que: “el yo a esta edad todavía no está formado de manera estable como para poder presentar una perversión durable y radical; también diversas enfermedades producen en los niños detenciones del desarrollo que involucran la inteligencia en todas sus facultades” (en Bercherie, 1983, pp. 102-103). Asimismo, tanto en Griesinger, como en Kanner, la diacronía de la enfermedad ocupaba como un papel clave:

La duración y la intensidad de los fenómenos juegan un papel muy importante en nuestra apreciación de ciertos estados psíquicos como estados mórbidos. (...) Estas diferentes disposiciones del ánimo no constituyen un estado mórbido, cuando solo tienen una intensidad moderada, cuando son de corta duración y cuando pueden ser tenidas en jaque por el conjunto de ideas del yo (Griesinger, 1845/1997, p. 92).

Es decir que, si el ‘yo’ podía tramitar un determinado ‘estímulo’ breve, aunque intenso, no aparecía el estado mórbido (de forma análoga a lo desarrollado por Freud sobre las series complementarias). Quedaría considerar lo que sucede ante tal estímulo si la constitución del yo

¹⁷⁵ Se toma aquí el recaudo que señala Spitz (1957), quien, de forma contemporánea a Kanner, señala que “yo y no yo son conceptos no analíticos (...) observados empíricamente en infantes” (p. 106); estos permiten denotar la incipiente conciencia de que hay ‘algo separado’ de ellos mismos. “El ‘yo’ [con minúsculas], por lo tanto, debe ser concebido como un precipitado cognoscitivo de la experiencia. En contraste, el Yo como sistema [mayúsculas], es una construcción de la teoría psicoanalítica” (Spitz, 1957, p. 109). Además de Spitz, otros autores no psicoanalíticos que abordaron la infancia utilizaron esta noción de ‘yo’ [en minúsculas] (p. e. Piaget, 1947, 1969; Reca, 1961; Despert, 1946).

aún no está lograda, hipótesis que podría hallar sustento en otro de los puntos de la descripción de Kanner: la percepción del mundo en partes o en un ‘todo’, lo discreto y lo continuo, aspecto central en la obra herbartiana.

El todo y las partes: mundo continuo – mundo discreto

Niños y niñas autistas quieren vivir en un mundo estático, un mundo en el cual ningún cambio sea tolerado¹⁷⁶

Kanner, 1951, p. 26.

De suponerse cierto un limitado ‘yo’, se desprende una consecuencia obvia: la dificultad de integrar, en este conjunto de ideas armónicas de Herbart y Griesinger, las representaciones del cuerpo unificado o de otros cuerpos en tanto unidades. La secuencia percepción-sensación-representación de Herbart, Helmholtz, Mach y Freud recuperada en el Cap. II permite resituar, cómo a partir de la percepción se conforman sensaciones y luego ‘representaciones’, sin ningún sujeto o Yo en juego. Es decir que, las representaciones forman al yo y no a la inversa. Como señala Argañaraz (2023), desde J. F. Herbart, se postula que recién cuando un grupo de representaciones armónicas constituye un Yo –inestable y con otras representaciones reprimidas– aparece el ‘dominio’, aunque precario, de la ‘masa aperceptiva’. Así, para Herbart el niño no es libre hasta no conseguir este dominio (Herbart, 1936 [1806]).

En ‘Lo Continuo y lo Discreto: Filosofía y clínica de la demencia psicógena’, refiere Argañaraz:

Cuando en sus obras Freud profundiza y desmenuza el Yo (1914, 1919, 1923), esa descomposición del Yo no solo la hace de modo teórico para distinguir sus ‘partes’ (Ideal del yo, yo ideal, conciencia moral, el doble); sino que se apoya en las observaciones clínicas de enfermos, para explicar los delirios de ser observado o las alucinaciones de ‘voces’. ¿Qué nos muestra la descomposición del Yo? ¿Por qué aspectos se inicia en distintos casos? ¿Puede recomponerse de algún modo? (2023, p. 5).

¹⁷⁶ [The autistic child desires to live in a static world, a world in which no change is tolerated]

De esta manera, el autor retoma la demenciación de las esquizofrenias, en tanto pareciera ser el resultado del proceso inverso al que postuló Herbart, es decir, un camino de desintegración de las representaciones, incluidas las que componen el Yo. El camino sería: destrucción de las representaciones, sensaciones de desintegración del cuerpo y otras confusiones de las sensaciones y la completa alteración de las percepciones con sus fenómenos alucinatorios; finalmente, la indiscreción entre mundo externo e interno: un universo continuo. Este proceso de demenciación esquizofrénico, cobra importancia para el AIP, dado que permitiría fundamentar la lectura conjunta de Kanner y Herbart: el AIP kanneriano daría pie, justamente, al proceso herbartiano (invertido en la demencia) de cómo paulatinamente se van construyendo algunas representaciones.

En 1943, Kanner describe un dato llamativo de los niños y niñas que estudiaba: cuando se movían entre adultos, podían tocar suavemente una mano o una rodilla, al igual que daban palmaditas al escritorio o al sillón, pero nunca miraban a nadie a la cara. Parecía que todos los cuerpos eran compuestos de manos, pies, rodillas, etc., sin posibilidad de experimentarlos como un ‘todo’. El no poder constituir una ‘Gestalt’ del propio cuerpo, en el sentido de un todo unificado, era parte de la realidad de estos niños y niñas, sumidos en la imposibilidad de discriminación respecto de la continuidad con el mundo. Algunos fragmentos de Kanner lo reflejan de esta manera:

Si un adulto se metía a la fuerza, sacando un bloque o pisando un objeto que el niño necesitaba, este peleaba y se enojaba con la mano o con el pie, a los que trataba como algo independiente y no como partes de una persona. Nunca dirigía una palabra o una mirada al dueño de la mano o del pie. (...) Cuando se le pinchaba mostraba miedo al alfiler, pero no de la persona que lo había pinchado (Kanner, 1943/2021, p. xxii).

La habilidad lectora se adquiría pronto, aunque leían monótonamente, y una historia o un dibujo animado se experimentaba como partes inconexas en vez de en su totalidad coherente. (Kanner, 1943/2021, p. xxxv)

[Donald, 5 años] Si bien disfruta las películas, todavía no capta el hilo, o la idea de una historia. Las recuerda en el orden en que las ve (Kanner, 1943/2021, p. viii).

Las personas, al igual que los objetos, deben ser ‘totales’. Una cicatriz o verruga visible evoca un comentario instantáneo. No hay compasión ni atención hacia la persona como tal. La actitud es más bien de enojo, de nuevo no con la persona

sino con el hecho mismo¹⁷⁷ (Kanner, 1951, p. 24. Traducción propia. Las comillas están presentes en el original).

A partir de esta descripción sobre como sus pacientes recibían ‘las partes y el todo’ Kanner se incluye en el antiguo debate de ‘lo continuo y lo discreto’. Del mismo modo que Mach, Herbart o Freud, era consensuado en diferentes investigaciones en edades tempranas (Mahler, 1990; Spitz, 1957, 1972; Bowlby, 1951; Luria, 1974; Wallon, 1963a, 1963b, Piaget, 1947) que, para el neonato, el mundo se componía de un universo continuo, sin posibilidad de diferenciación y discriminación.

F. Doltó otorga un ejemplo de ello al presentar el caso de un bebe recién nacido alimentado a pecho, separado de su mamá desde hacía 3 días. Este bebé rechazaba cualquier alimento, por más que se notaba hambriento, y hasta había perdido el reflejo de mamar (o más bien el comportamiento característico de la boca y la cabeza en búsqueda del seno) (Doltó, 1985). El bebé recuperó este ‘reflejo’, gracias a que se le dio un biberón envuelto en una prenda interior utilizada recientemente por la madre, “biberón que el bebé hambriento vació de un tirón” (Doltó, 1985, p. 77). Es decir, que la pérdida de un ‘estímulo’ como el olor de su mamá, había resultado para el bebé en una pérdida de la posibilidad de ser alimentado. Había sucedido una ‘ruptura’ de su universo continuo en un momento en que la leche, la mamá, su olor, etc., no eran posibles de separar para el bebé¹⁷⁸. Refería Doltó (2008), que esta no distinción entre el neonato y el entorno se iba modificando por la exposición constante a estímulos del mundo externo (experiencia), siempre mediada por otros que –en términos de la autora– pudieran ir presentándole al niño diferentes estímulos hasta que éste lograra incorporarlos. De la misma manera lo sostenían, por ejemplo, H. Wallon, L. Vygotsky o R. Spitz.

Argañaraz (2023) destaca que en el neonato existe un problema adicional en torno a los estímulos, esto es, la simultaneidad de las percepciones de distintos órganos de los sentidos y

¹⁷⁷ [People as well as objects must be “whole.” A visible scar or wart evokes instant comment. There is no sympathy, no solicitude for the person as such. The attitude is rather one of annoyance, again not with the person but with the fact itself].

¹⁷⁸ Abundan los ejemplos locales sobre ello, especialmente en hospitales infantiles. El Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana” de la Ciudad de San Salvador de Jujuy, recibió en una ocasión una bebé de pocos meses internada por una patología primaria infecciosa, y sin ninguna compañía familiar. Una vez recuperada de la enfermedad, la bebé no incrementaba su peso, deteniéndose su crecimiento. En el momento en que una tía se hizo presente y acompañó durante 7 días a la bebé en el hospital, el cuadro revirtió y en esa semana ganó un kilo (peso que no había aumentado durante todo el tiempo de la internación). Este fenómeno en pediatría se denomina ‘catch up’, en tanto el bebé recupera (o ‘se pone al día’) con el peso esperable a una velocidad de crecimiento por encima de los límites estadísticos de normalidad.

la imposibilidad de su discriminación. Por ejemplo, ‘la leche’ paulatinamente puede discriminarse de su tibieza, blancura, el olor y voz de la madre. En este sentido, cada uno de los que luego serán discriminados como sentidos son primero ‘continuos perceptivos’ que además están fundidos en la masa perceptiva de varios órganos.

Por ello, el señalamiento de Gesell sobre la posibilidad de anticipación de un bebé de tres o cuatro meses daba cuenta que, a esa edad, una diferenciación con el entorno ya se encontraba operando. Agrega Spitz: “el nacimiento, al separar el cuerpo del niño de la madre, establece a la criatura como una entidad *física* separada. A los tres meses, la conciencia del ‘no yo’ es el indicador de que el niño se ha convertido en una entidad *psicológica* separada” (1957, p. 120. El destacado se encuentra presente en el original). Es de destacarse la enorme complejidad psíquica de este gesto anticipatorio (Gesell) que implica la presencia de muchas adquisiciones del bebe: percibe y discrimina a un ‘otro’, diverso de él, lo discierne del entorno perceptivo y, más complejo aún, le adjudica perceptivamente una ‘intencionalidad’, prediciendo correctamente su comportamiento y preparando su propio cuerpo para ser alzado.

Kanner constata que, a la edad de tres o cuatro meses, se presentaba la ausencia de esta reacción en niños y niñas con AIP y ello fue considerado ‘signo patognomónico’, es decir, la enfermedad ya estaba instalada sin dudas. Pareciera allí tratarse de un intercambio con el entorno similar al del neonato de Doltó: el mundo compuesto por una continuidad de estímulos, sin posibilidad de discriminar ‘personas’. No solo no mostraban el Signo de Gesell a esa edad temprana, sino que tampoco lograban, por mucho tiempo, mostrar anticipación, por ejemplo, a ser levantados. Este interés llevó a Kanner a publicar en 1951 su artículo titulado ‘La concepción de las partes y el todo en el autismo infantil precoz’. Allí retomó lo reseñado casi una década antes: para estos niños y niñas, cada nuevo estímulo debía mantenerse tal como se experimentó por primera vez y con todos sus ingredientes; las palabras y los objetos eran un todo imposible de descomponer, al igual que los ambientes y las situaciones. Por ejemplo, en la descripción de Paul de 1943:

Al ver una sartén decía invariablemente: «Peter-el que come». La mamá recordaba que esta particular asociación había comenzado cuando tenía dos años y a ella, por casualidad, se le cayó una sartén mientras le estaba recitando la rima infantil «Peter, Peter, el que come calabazas» (Kanner, 1943/2021, p. xiii).

Es decir que, para Paul, la ‘caída de la sartén’ y la ‘rima infantil’, simultáneas en la percepción, no podían descomponerse en estímulos diferenciados (visual/auditivo). Pareciera que, de la misma manera, las representaciones quedaban fundidas a las percepciones tal como las había vivido él.

En términos herbartianos, la desesperación y crisis que les generaban cualquiera cambio o la irrupción de un estímulo inesperado (ruidos, movimientos u otros), haría patente la necesidad de dominio de la masa aperceptiva, “unida o tal vez generada, por la ausencia de un Yo compuesto de representaciones armónicas que le permitan dominar, filtrar o significar ese ruido inesperado” (Argañaraz, 2023, p. 16). Sin embargo –señala Kanner (1943)– la intensidad del ruido, por ejemplo, no tenía un valor en sí mismo, ya que el niño podía hacer el mismo ruido o quizás hasta uno más fuerte sin ninguna preocupación.

El dominio de los objetos, por el contrario, era totalmente placentero: “estas acciones y la excitación que las acompañaba indican claramente la presencia de una *gratificación orgástica masturbatoria*” (p. xxxii El destacado se encuentra presente en el original). Asimismo –continúa el autor– ejercían el mismo poder sobre los objetos que sobre sus propios cuerpos (por ejemplo, movimientos rítmicos con la cabeza, manos, etc.). Es menester recuperar aquí los desarrollos de Freud (1914), quien señalaba que, previo a la constitución yoica, el organismo experimentaba placer de forma autoerótica¹⁷⁹, es decir, como ‘placer de órgano’ sin un cuerpo integrado ni un Yo. Ello sería coincidente con la gratificación orgástica kanneriana, en el sentido freudiano de autoerotismo ‘anobjetal’ (sin un Yo y un cuerpo constituidos).

De la misma manera, en Lacan podría leerse como la ausencia del ‘nuevo acto psíquico’¹⁸⁰ asumido en el estadio del espejo. Las teorizaciones que presenta allí Lacan se apoyan en las observaciones de H. Wallon y su ‘prueba del espejo’; también en datos de la etología animal (la ovulación de la paloma y el comportamiento del grillo gregario) que muestran efectos de maduración y estructuración biológica producidos por la percepción visual del semejante. Por ello, lo que Lacan formula como ‘estadio del espejo’ se trata del momento de constitución de la unidad especular en el infans, sobre un cuerpo sentido (apres-coup) como fragmentario.

Está ligado a un fenómeno de Gestalt, la percepción muy precoz en el niño de la forma humana, forma que, ya se ve, fija su interés desde los primeros meses. Pero lo que demuestra el fenómeno de reconocimiento, implicando la subjetividad, son

¹⁷⁹ Aunque no tuvo mayor repercusión en Kanner, Mahler y Tustin realizaron grandes desarrollos teóricos uniendo autismo y autoerotismo para explicar la génesis de algunas patologías infantiles, entre las cuales se encontraba el autismo infantil precoz.

¹⁸⁰ Léase el pasaje del ‘autoerotismo’ al ‘narcisismo’

los signos de júbilo triunfante y el ludismo de detección que caracterizan desde el sexto mes el encuentro por el niño de su imagen en el espejo. Esta conducta contrasta vivamente con la indiferencia manifestada por los animales, aun los que perciben esa imagen, el chimpancé, por ejemplo, cuando han comprobado su vanidad objetual, y toma aún más relieve por producirse a una edad en que el niño presenta todavía, para el nivel de su inteligencia instrumental, un retraso respecto del chimpancé, al que sólo alcanza a los once meses (Lacan, 1948/2002, p. 117).

Interpretando las observaciones de H. Wallon, Lacan destaca el júbilo del bebé al lograr esta unidad ‘imaginaria’ en un momento donde aún no alcanzó la mielinización de las vías piramidales y no logró la coordinación motriz dada la prematuración del nacimiento.

En el caso de no lograr esta instancia imaginaria señalada por Lacan, el cuerpo continuaría siendo vivido como fragmentario –cerca de las ‘partes’ en Kanner– y el entorno necesitaría mantener su identidad para no poner en riesgo el precario agrupamiento de partes del cuerpo logrado.

Cabe destacar que la psicología de Wallon se sostenía en una concepción dialéctica¹⁸¹ (contra el reduccionismo biológico), donde la relación entre el individuo y el entorno implicaba una transformación recíproca. El reconocimiento del ‘sí mismo’ en el espejo en tanto unidad diferenciada, permitiría la identificación de un ‘otro’, en tanto imagen diferente de la propia. En este sentido, podría derivarse otra consecuencia de la no instauración del ‘espejo’ y la dialéctica ‘yo-otro’, ya que no se daría la posibilidad de situar a un otro ‘intrusivo’, ni siquiera en un plano agresivo. Kanner refiere un ejemplo de ello sobre Donald: “Si una niña o un niño le sacaba un juguete, lo permitía pasivamente. Garabateaba rayones en los libros de dibujo que los demás pintaban, retirándose o tapándose los oídos con las manos si lo amenazaban enojados” (Kanner, 1943/2021, p. v). Es decir que, al no haber un reconocimiento de ‘otro’ (completo) tampoco podría haber un plano especular que permitiría la rivalidad, la envidia, la agresión, la competencia, los celos o incluso, la simpatía (aunque si sería posible la autoagresión, en tanto partes sueltas del cuerpo, como efectivamente sucede en la clínica).

Otra observación que se da de la mano del espejo walloniano, es la que Lacan retoma de C. Bühler sobre un fenómeno nombrado en psiquiatría como ‘transitivismo’. Este dato recibe la misma importancia dado que, para él, constituye la matriz de la ‘*urbild*’ [prototipo] del Yo.

¹⁸¹ Véase Olano Rei, R (1993). La psicología genético-dialéctica de H. Wallon y sus implicaciones educativas. Universidad de Oviedo.

En la fase del espejo, donde el niño toma conciencia de su imagen, Bühler reconoció una captación por la imagen del otro. “De ese modo puede participar, en un trance cabal, en la caída de su compañero, o imputarle, asimismo, sin que se trate de mentira alguna, el hecho de recibir de él el golpe que él le asesta” (Lacan, 1946/2002, p. 178). Lacan menciona que este fenómeno observado en infantes, donde uno llora al ver llorar a otro que se golpeó, por ejemplo, se inscribe en una ambivalencia primordial, presente en el espejo, “en el sentido de que el sujeto se identifica en su sentimiento de Sí con la imagen del otro, y la imagen del otro viene a cautivar en él este sentimiento” (1946/2002, pp. 177-178). De esta manera, y para retomar el ‘no acceso al espejo’ en el AIP, cabría esperar que este fenómeno, observable en el transitivismo normal, se muestre ausente en el AIP. Ello se puede corroborar fácilmente al observar estos niños y niñas, por ejemplo, en jardines de infantes donde se ven desconcertados y sumamente curiosos cuando ven a otros llorar o golpearse.

En resumidas cuentas, se considera de suma importancia para la redescrición del fenómeno autista el largo proceso de conformación de un agrupamiento de representaciones (en términos de un yo herbartiano) que permita –a partir del intercambio con el entorno– poder ir discriminando unidades ‘discretas’ (aunque inicialmente esto se dé de forma precaria). En el caso del AIP, incluso, ello podría situarse como un indicador de buen pronóstico.

Señala Argañaraz (2023)

transformar el Continuo perceptivo en un universo discreto de elementos entre los cuales está mi cuerpo y el cuerpo de otros, mi Yo y el Yo de otros, es un largo proceso en el neonato que se genera con otros, antes aún de haber podido discernirlos como tales. En ese proceso de acotar, acordar, aprender a discernir elementos discretos en lo percibido, el desarrollo y acceso al lenguaje primero y al número después, son saltos de potentes consecuencias (p. 18).

La mediación de estímulos del entorno con otros, mencionado por las autoras psicoanalíticas (Dolto, Mahler), podría aún conservar su importancia como indicador clínico.

A la pregunta sobre ¿qué le permite al bebé hacer frente a la tormenta de estímulos al nacer? Mahler responde que en ausencia de un ‘organizador interno’ (Yo) en el bebé humano, la pareja simbiótica debe estar en condiciones de servir como paragolpes frente a los estímulos internos y externos, organizándolos gradualmente para el niño y orientando a este último hacia el mundo interno versus mundo externo; esto es, hacia la formación de límites y la percepción sensorial,

para lograr a posteriori identificar, incluso los ‘sentidos’¹⁸². Como puede observarse y compararse, es la misma idea que J. F. Herbart exponía en su fundamentación de la Pedagogía a principios del siglo XIX y que hoy es retomado en terapéuticas intuitivas como las propuestas por las ‘madres canguro’ (Charpak & Figueroa, 2018) o las derivadas de teorías de la integración sensorial.

En términos de Spitz (1957), sería importante para el bebé distinguir yo-no yo (incluso sin suponer un ‘Yo’ psicoanalítico) distinguiendo lo que ‘siente dentro’ (yo) y ‘lo que se ve fuera’. Para el autor, esto permitiría al infante la posterior expansión del ‘sí mismo’ y la capacidad de incidencia de las fuerzas centrípetas (p. e. en la adquisición del ‘sí y el no’, en la imitación de otro, en la auto-observación y juicio propio, etc.). Es decir, los enunciados de la primera persona sobre estados internos son imposibles antes de esto. Estas fuerzas (centrípetas) como parte de la doble vertiente etiológica, también son fundamentales para Kanner en la crianza de un bebé de incluso meses; de manera tal que incluso partiendo de factores constitutivos ‘defectuosos’, el trabajo conjunto de las fuerzas centrípetas y centrífugas pudieran colaborar en detrimento de la instalación del AIP.

Recuperación del afecto, el lenguaje y la invariabilidad

Es necesario, luego de la presentación de cada una de las problemáticas mencionadas, volver sobre los síntomas principales del autismo infantil precoz referidos por Kanner y subrayar su lugar para una propuesta de redescrición del fenómeno. Como se señaló a lo largo de los capítulos, el contacto afectivo y la invariabilidad del entorno mantuvieron un lugar central en su descripción, y a la fecha no han perdido precisión y valor para su uso clínico y diagnóstico. Incluso la descripción clínica de estos síntomas principales no ha tenido mayores avances.

El lenguaje, por otra parte, fue ocupando diferentes lugares a lo largo de los escritos kannerianos (con mayor desarrollo en sus primeras publicaciones), aunque hacia el final de sus días Kanner volvió a situarlo como un síntoma privilegiado para el pronóstico del AIP. Se recuperan algunas de sus primeras contribuciones para contrastarlas con sus últimos desarrollos.

En 1943 Kanner destacó que no había una imposibilidad o dificultad ‘en’ el niño, sino que éste era activo en sus manifestaciones patológicas, en el sentido que “elegía entre, no responder

¹⁸² Sobran los ejemplos de niñas o niños con AIP para quienes los sentidos no parecieran estar separados y diferenciados unos de otros. Por ejemplo, un niño ante el temor de que lo toquen, cuando alguien se acerca demasiado, se tapa los oídos.

nada, o bien, si se le repetía una pregunta con demasiada insistencia, «sacársela de encima» y continuar con lo que estuviera haciendo” (p. xxxii). Había una elección del niño, quien ‘activamente se negaba a hablar’, aun pudiendo hacerlo. Esta distinción con las afasias, sorderas y dificultades fonológicas, le había permitido ubicar el lenguaje junto al contacto afectivo.

Además –continuaba Kanner (1943/2021)– cuando lograban formar frases eran, durante mucho tiempo, repeticiones de palabras oídas con la misma entonación, sin poder deslindar lo lingüístico del afecto que la palabra acarrea (podría ahora suponerse, como un continuo de estímulos indiferenciados). Por ejemplo, Donald, cuando quería que su mamá le sacara el zapato, decía ‘sácate el zapato’. El niño podía absorber el lenguaje que escuchaba en su entorno, aunque no podía realizar predicaciones originales desde la primera persona, desde el yo.

En 1972 –treinta años más tarde– a partir de la observación e información recabada sobre la evolución y el pronóstico de los primeros 11 casos y de otros nuevos registrados hasta 1955, Kanner presentó una versión mejorada sobre el pronóstico, estrechamente ligado al desarrollo de un lenguaje comunicativo antes de los 5 años. Este se había convertido en un indicador importante del grado de aislamiento afectivo autista, aspecto que ya venía advirtiendo años atrás: “el grado de soledad constituye la variable pronóstica más importante, ya que aquellos niños y niñas que se relacionaron suficientemente con el entorno humano como para aprender a hablar, tienen una perspectiva significativamente mejor para la adaptación futura” (Kanner & Eisenberg, 1955, p. 564)¹⁸³.

Por ello, sostiene en 1972 que el grupo que había tenido mejor pronóstico (accedió a un trabajo, tenía autonomía económica, vivían solos/as, tenían auto propio, etc.) –entre ellos, Donald– había logrado hacer uso del lenguaje antes de los 5 años, con las siguientes fases características:

- 1) No presenta iniciativa ni respuesta.
- 2) repite como loro
- 3) ecolalia diferida con alteración pronominal
- 4) repeticiones relacionadas con preocupaciones obsesivas
- 5) diálogo comunicativo utilizando los pronombres correctamente y con flexibilidad en el uso de las preposiciones.

Aquí las fuerzas centrífugas, pero principalmente las centrípetas habían jugado un papel predominante: ninguno había permanecido, en ningún momento, internado en hospitales públicos o instituciones para débiles mentales. El contacto con familiares y personas

¹⁸³ [The degree of aloneness constitutes the important prognostic variable since those children sufficiently related to the human environment to learn to talk have a significantly better outlook for future adjustment]

significativas (como la familia que acogió a Donald) se comprobaba como elemento efectivamente favorable. El aspecto fundamental era el contacto con otros ‘capaces de entrar en verdadera conexión con ellos’. Y mientras antes se estableciera esta conexión, el pronóstico mejoraba (Kanner, 1971). Pero más favorable aun, era la crónica de cambios graduales en la ‘concepción de sí mismos’ y sobre las reacciones que esto implicaba en el camino hacia la adaptación social (Kanner, 1972).

Su aislamiento, con todos sus corolarios –*ni elegido ni impuesto desde fuera*– era una forma de existencia que se tenía, se vivía, se experimentaba, más que al cual contemplar o reaccionar. Fue parte de una enfermedad innata no percibida como tal por el niño enfermo que estaba satisfecho (aunque patológicamente) ‘ajustado’, salvo que fuera amenazado por una interferencia externa con el statu quo. Hubo un mínimo de alcance centrífugo y una respuesta mínima a las incursiones centrípetas. Con el paso del tiempo, algunas de las incursiones comenzaron a ser toleradas en diversos grados. A menos que se volvieran demasiado abrumadores y el niño fuera empujado de nuevo al encapsulamiento hasta un estado apenas distinguible del retraso mental extremo, hacia concesiones a la interacción verbal, pidiendo ayuda a sus padres con sus rituales, *alineándose con la identificación yo-tu*¹⁸⁴, pasando superficialmente por los actos simbólicos de darse la mano, abrazarse y besarse, y ceder en general a los rudimentos de la domesticación. Esto se trasladó a la guardería y al jardín, al menos en términos de unirse mecánicamente a las actividades rutinarias, primero por invitación y luego más o menos espontáneamente (Kanner et. al, 1972, p. 29. Las itálicas no están presentes en el original)¹⁸⁵.

Destaca Kanner que este grupo, a diferencia de otros, fue dándose cuenta de su ‘sí mismo’ e identificando el ‘yo-tu’ (sic), pasando por actos simbólicos ‘sociales’. La posibilidad de advertir sobre sus peculiaridades, llevó a que hicieran esfuerzos conscientes, a medida que iban creciendo, para tomar cartas en el asunto. En términos de Spitz, así sea de forma fragmentaria,

¹⁸⁴ N. de T. Si bien la traducción que corresponde a la variante del castellano rioplatense sería ‘yo-vos’, se optó por ‘yo-tu’ dado que las discusiones teóricas halladas en la bibliografía sobre el tema así lo consignan

¹⁸⁵ [Their isolation with all its corollaries-neither chosen nor imposed from without-was a form of existence which was had, lived, experienced rather than contemplated or reacted to. It was part of an innate illness not perceived as such by the ill child who was contentedly (though pathologically) "adjusted" unless threatened by external interference with the status quo. There was a minimum of centrifugal reaching out and a minimal response to centripetal incursions. As time went on, some of the incursions began to be tolerated in varying degrees. Unless they became too overwhelming and the child was pushed back into self-incapsulation until his status was barely distinguishable from extreme mental retardation, he was making compromises to the extent of verbal interplay, demanding parental assistance with his rituals, falling in line with I-You identification, superficially going through the symbolic acts of shaking hands, hugging and kissing, and generally yielding to the rudiments of domestication. This carried over to nursery school and kindergarten, at least in terms of joining mechanically in routine activities, first on invitation and then more or less spontaneously].

la conciencia un ‘no yo’ como indicador de una entidad ‘psicológica’ separada de otros, era la base de la conciencia de ‘si’, “indicador de que el niño ha comenzado a funcionar como una entidad *social* separada” (1957, p. 120). Nuevamente Kanner (1972) destaca que esto podía lograrse, a menos que el exterior se volviera demasiado abrumador y el niño fuera empujado de nuevo al encapsulamiento.

Las obsesiones comenzaban a servirles para conectar con otros grupos de personas, aunque no se habían interesado demasiado en formar pareja, por ejemplo. Nadie les había enseñado como hacer esto, sino que ellos y ellas mismas –primero tímida y experimentalmente, luego resueltamente– habían encontrado la forma de desenvolverse en su entorno social. En ese entonces, los síntomas manifiestos en la primera infancia persistían, pero en menor medida, posibilitando una cierta ‘adaptación social’. La adquisición, el aprendizaje y la tolerancia de situaciones se iba logrando, en muchas ocasiones, por la repetición de actividades, incluso buscadas por ellos.

En un artículo publicado luego de la muerte de Kanner, Bemporad (1979), recibió a un niño diagnosticado de autismo infantil precoz por Kanner. Refiere que, si bien trabajaron durante varios años, el ahora joven de 31 años, había logrado adaptarse a diferentes situaciones sociales y educativas con relativo éxito. Lo llamativo era que, hasta los últimos encuentros, no había podido desarrollar un mundo de imaginación (léase, un mundo interno). Se pregunta el autor si, de haber tenido el joven la posibilidad de enriquecer su mundo interno, hubiera igualmente tenido la necesidad de mantener el afuera de forma estática e inmutable.

Esta observación –y recapitulando lo desarrollado con anterioridad– vuelve a poner en primer plano la consideración de Kanner sobre las fuerzas centrípetas y centrífugas y su incidencia en la sintomatología, especialmente en el afecto, el lenguaje y la invariabilidad. Como detalla Kanner, estos observables variaban en función de los dos factores que ‘habían contribuido al origen de la patología’ pero que –se podría agregar– incidían también en su evolución. En esta línea, Kanner presentó estudios que permitían contrastar y sostener un peor pronóstico para niños y niñas internadas en asilos con personas adultas, atendidas de la misma manera, sin ninguna preparación específica sobre psiquiatría infantil. En ‘*Children in state hospitals*’ (Kanner, 1965b) destacó que quienes habían pasado por estos procesos de internación perdían toda posibilidad de mejora. Ello, sumado a los aportes de Goldfarb, le permitió concluir que la extrema privación ocurrida en los asilos, provocaba conductas que en lo afectivo y conceptual se parecían mucho a estados postraumáticos o estados orgánicos postencefálicos (Kanner, 1976 [1935]).

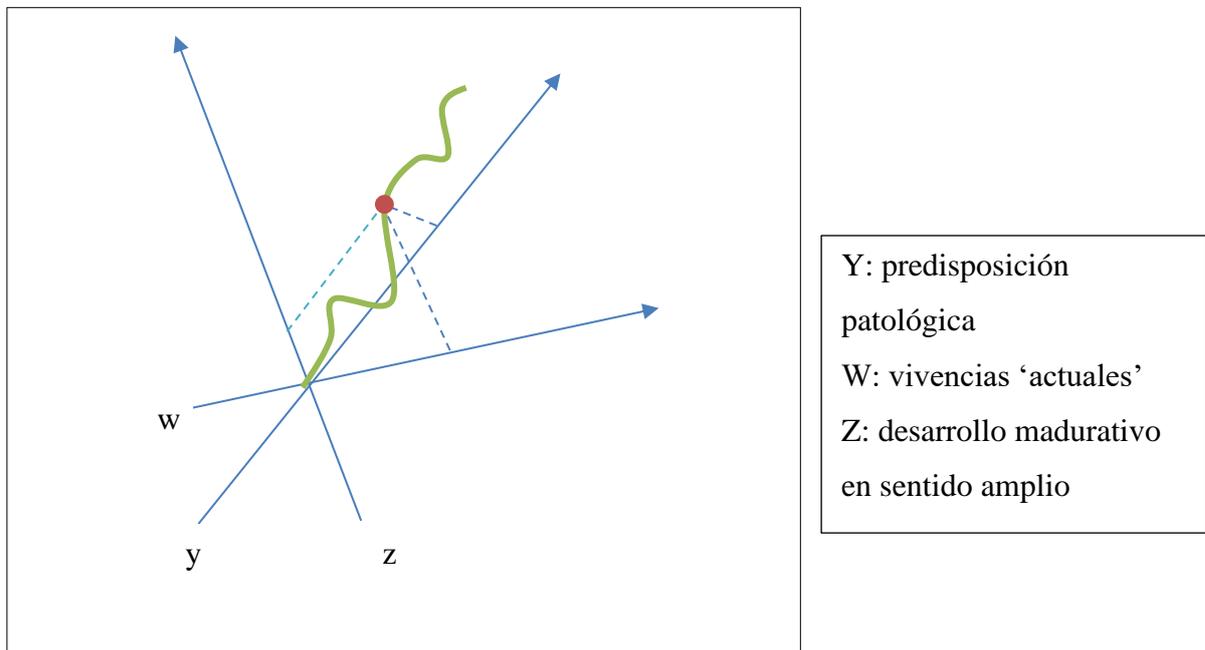
De esta manera, se intenta aquí recuperar no solo la sintomatología clínica, sino también los ejes que el proceso clínico –de los cuales también partió Freud– situaba como indispensables para comprender la psicopatología, más específicamente en el caso de Kanner, la psicopatología infantil en el AIP. Las fuerzas centrípetas y centrífugas –tanto las traumáticas como las de personas capaces ‘verdaderamente’ de entrar en contacto con ellos– mantuvieron siempre en la clínica de Kanner un lugar primordial¹⁸⁶.

Por ello, no debiera poder darse por finalizada una redescrición del fenómeno autista sin recuperar los aspectos centrales de la etiología clínica (series complementarias en Freud), pero, con la salvedad de incurrir la sumatoria de un eje trasversal, que se desprende de otros observables clínicos contemporáneos a Kanner: las adquisiciones del desarrollo (madurativo). Señalaba Gesell en 1929 que “el crecimiento no es una simple función íntegramente determinada por X unidades de herencia más Y unidades del entorno, sino que es un complejo histórico que refleja (...) el pasado que incorpora (en Vygotsky, 1986/2016, p. 192). Por ello, además de los factores ‘constitucionales’ y los factores ‘accidentales’ de las series complementarias, sería dado suponer un tercer eje que nuclea el ‘desarrollo infantil’, en función de las observaciones plateadas por Kanner, Gesell, Wallon, Spitz y otros/as.

Quizás en esta ‘terna’ podrían situarse tanto las características del organismo y su predisposición, como los acontecimientos y vivencias posteriores, pero siempre en interacción con el ‘grado del desarrollo’, como se observa en la Fig. 7.

¹⁸⁶ Telma Reca (1961), médica argentina y colaboradora de Kanner, recupera estos desarrollos en su manual de Problemas Psicopatológicos en Pediatría

Fig. 7. Terna complementaria



Nota. Elaboración propia

Las vivencias (W) se distribuyen en 'Y' y/o 'Z', de igual modo que en las series complementarias freudianas, de manera tal que cuando una aumenta la otra disminuye. Por ejemplo, a los pocos meses de edad, los resultados de W (p. e. 'abandono', en el caso de Doltó) se distribuyen en 'Y' y 'Z' evidenciando un mínimo desarrollo y aumento de la predisposición patológica (pérdida del 'reflejo' de succión). O puede también suceder a la inversa: W (personas que pudieran 'realmente vincularse' con el niño con AIP, en Kanner) se manifiesta en un aumento del desarrollo y la consecuente disminución de la predisposición patológica.

También el hecho de ubicar la psicopatología infantil en una terna, permitiría explicar cómo aptitudes ya alcanzadas desaparecen luego de situaciones de internación (como en Kanner), abandono (como en el caso presentado por Doltó), etc.; o como se instalan procesos de autismo secundario imposibles de distinguir, en su sintomatología, con el AIP.

Conclusiones de este capítulo

En el presente capítulo se recuperaron discusiones teóricas, terminológicas y clínicas, abiertas a partir del 'hecho nuevo' kanneriano y de las respuestas *ad-hoc* de otras tendencias que lo abordaron. En primera instancia, los T-t y T-no t permitieron aportar a la diferenciación entre tendencias investigativas y su confrontación sobre el autismo infantil precoz a partir del

‘vocabulario propio’ (T-t) y el ‘vocabulario antecedente’ (T-no t) exponiendo y explicando los sesgos generados en la descripción del autismo. Ello se profundizó más precisamente con el término ‘estímulo’ que fue central para el debate entre PICs a fines del S.XIX y principios de S. XX. Los sesgos terminológicos como los teóricos también dieron lugar a identificar una problemática implícita en la disputa por el AIP: la distinción ontológica entre tendencias que rivalizan con el monismo propio de la clínica.

En segundo lugar, se presentaron problemáticas generadas por la confrontación, pero también por el solapamiento de las diferentes tendencias. En la actualidad estas disputas generan grandes confusiones sobre preguntas centrales como ¿Qué es autismo? ¿Cómo se identifica? O más aun ¿Qué no es autismo? Por ello se recuperaron cuatro aspectos de la clínica kanneriana que podrían ser útiles aun hoy para responder estos interrogantes: la observación, el diagnóstico diferencial con patologías ‘psíquicas’ y ‘orgánicas’ y la etiología del AIP. En cada uno de ellos, se recapitulaban las discusiones en tensión con la clínica esbozando, desde ella, posibles respuestas.

Una de las críticas que más fuertemente recayó sobre la clínica fueron los diagnósticos tardíos, dada la necesidad de observar y estudiar allí el arco diacrónico (inicio, evolución y final de la enfermedad). Si bien no se discutieron cada una de estas etapas, se señaló la mejora de Kanner en cuanto a la identificación de un signo patognomónico a los cuatro meses de edad. De ser éste considerado, permitiría acortar enormemente los tiempos de diagnóstico y con mayor precisión. La ventaja del Signo de Gesell es, por un lado, poder distinguir tempranamente el AIP de otros cuadros y, por otro lado, evitar estudios innecesarios a niñas y niños pequeños, además de disminuir el elevado coste de exámenes genéticos, técnicas de neuroimagen o estudios metabólicos para todos los casos sospechados. En todo caso, la valoración clínica se considera aun central para racionalizar la solicitud de pruebas complementarias, pero requiere, como contraparte, una formación específica y conocimientos psicopatológicos generales sobre sobre AIP, autismo secundario, sindrómico o síndromes dobles, además de síntomas clave de otras patologías relacionadas en su fenomenología con el autismo.

Artigas Pallares et. al., (2005b) recupera un estudio español donde la realización de pruebas de neuroimagen se había llevado a cabo casi en un 90 % de pacientes diagnosticados de autismo (cifra claramente exagerada, si se tienen en cuenta las recomendaciones sobre el proceso diagnóstico en autismo). Por el contrario, las pruebas psicológicas, ‘extraordinariamente útiles’ (sic) para conocer las características de cada paciente, solo se habían realizado en un 76% de los casos. Estas apreciaciones del autor, confirman al menos dos cuestiones: la necesidad de

formación y entrenamiento observacional en clínica general para profesionales de la psicología –posibilitando en el mejor de los casos volver progresivo un PIC estancado– y por otro lado poner de relieve el lugar primordial que podría –y quizás debería– recuperar la clínica psicológica en la evaluación e investigación del fenómeno autista, hoy desplazada por la neurología y la neuroimagen.

La clínica psicológica sería fundamental, por ejemplo, para investigar y abordar casos de autismo secundario (sin base orgánica). Estos difícilmente podrían ser explicados por una teoría biologicista que sostenga patrones lineales, progresivos y estables del desarrollo dado que, como se mencionó, aptitudes ya alcanzadas desaparecen luego de situaciones de abandono, internaciones prolongadas de niños sanos, etc. Es decir, patrones (o ‘mojones’ en Greenspan, 2006) del desarrollo adquiridos se cancelan por un entorno traumático, mostrando la sintomatología del autismo primario.

La discusión etiológica del AIP que –parafraseando a Kanner– muchas veces se plantea en forma de ‘falsas dicotomías’ como ‘innato o adquirido’, se abordó a partir de la doble fuente etiológica de la clínica, mejorada en las series complementarias que excedieron el diacronismo clínico e incorporaron teorías psicológicas para jerarquizar los datos (sobre toda la diacronía del paciente). De esta manera se presentó la discusión sobre el exceso empírico que volvió progresivo al PIC Psa en detrimento del PIC Cl y, luego, el exceso empírico (‘hecho nuevo’) de Kanner –con un PIC que parecía en decadencia– confrontado abiertamente con la modificación observacional psicoanalítica que separaba ‘contenido manifiesto’ de ‘contenido latente’.

En este sentido, además de retomar aportes que mantuvieron al PIC Cl progresivo con Kanner, se mencionaron las limitaciones que le produjo al PIC apartarse de conceptos que no tuvieran inmediata relación con la observación (Mazzuca, 2001). Esta limitación dio lugar a la posibilidad de realizar conjeturas sobre un eslabón teórico que podría agregarse a Kanner. Se trata de la posibilidad de conformación en los primeros meses de vida de un ‘yo’, que, a partir de la experiencia y el intercambio con el mundo exterior permita la discriminación de estímulos provenientes del interior y del exterior hasta conformar la separación ‘yo-otros’. Ello fundamentado en fenómenos observables cotejados en ámbitos ‘psi’ que no se encontrarían en el AIP, además del signo de Gesell: el estadio del espejo y el transitivismo ‘normal’ infantil. Incluso evitando al psicoanálisis, Kanner podría haberse apoyado en los agrupamientos de representaciones (Herbart) o ideas (Griesinger), para arribar a un ‘yo’ no psicoanalítico (Spitz).

Este intento de realizar un agregado teórico a la propuesta kanneriana permitiría reconceptualizar tanto la imposibilidad de anticipación a los cuatro meses de edad, como la necesidad de inmutabilidad, las particularidades en el lenguaje y el contacto afectivo inusual con las personas, situaciones y objetos. Ello considerando su doble, incluso 'triple' conformación patológica, en función de reubicar de forma central la diacronía y evolución de la enfermedad.

Finalmente, se considera necesario volver a centrar los síntomas principales del autismo, que a partir de lo desarrollado se demostraron aun válidos en su alcance clínico, diagnóstico y pronóstico, dado que en cuanto a la descripción del fenómeno autista no se han logrado, a partir de las disputas y solapamientos entre tendencias actuales, grandes mejoras descriptivas. El diagnóstico de autismo continúa siendo clínico.

RECAPITULACIÓN, CONCLUSIONES FINALES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En este último apartado se presentan de forma sintética los hallazgos que la MPIC permitió para la presente tesis, a partir de lo desarrollado en cada capítulo. Además, se destacan algunas de las problemáticas abiertas por la investigación que en la actualidad se mantienen como el centro de disputa de diferentes tendencias y generan nuevas preguntas dirigidas a las teorizaciones y a las prácticas sobre el trabajo con niños y niñas. Finalmente se presentan líneas de trabajo que, a partir del presente escrito, quedan abiertas para futuras investigaciones en el área.

“Quien no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra”

Esta cita, que se le atribuye a un gran clínico –Claude Bernard–, fue escogida por su actualidad y utilidad para recapitular algunas de las discusiones más sobresalientes sobre el fenómeno autista.

Un hecho fundamental, incontestable, que guio toda la investigación es que, a pesar de los esfuerzos realizados por las diferentes tendencias vigentes (guías de observación, test, pruebas de laboratorio o de imágenes), el diagnóstico de autismo continúa siendo clínico. En ello hay consenso en cada tendencia en cuanto a reconocerle a la clínica el mérito de su diagnosis, aunque desestimen sus demás elementos. Por ello, y a riesgo de redundancia, es dado ubicar como aporte central de la presente Tesis Doctoral el haber recuperado la especificidad de la clínica kanneriana para el AIP. Esto se destaca aun a sabiendas de que la formación clínica como tal, especialmente en el ámbito psicológico, ha caído en desprestigio y en las tendencias actuales solo prevalece en el recorte de observables ligados a tradiciones que, en determinados momentos fueron ganando o perdiendo hegemonía. En los casos más extremos, cabría nombrar la radical caricaturización de la observación clínica resumida en unos pocos indicadores enumerados en check-list que muchos padres y madres, pero también adolescentes y jóvenes, descargan de internet para ‘diagnosticar(se)’.

El desconocimiento de los aspectos básicos y heurísticas que permitieron a la clínica identificar el AIP genera hoy, no solo unas hibridaciones teóricas poco claras sobre el fenómeno –sin que una tendencia se imponga definitivamente sobre otra–, sino también confusiones y problemas vinculados con las prácticas de atención.

Como se citaba con Artigas-Pallares et. al. (2005b), ante la dificultad de no poder distinguir clínicamente una patología específica en edades tempranas, se otorga un lugar cada vez mayor a las ‘pruebas complementarias’ –muchas veces excesivas e innecesarias–. Como afirma el NICE¹⁸⁷, “hay una ingente cantidad de trabajos clínicos y experimentales que muy pobremente justifican el uso que se ha llevado a cabo de pruebas neurofisiológicas y de neuroimagen en las investigaciones revisadas por tal organismo de salud internacional” (Balbuena, 2015, p. 276). Ello sin contar los efectos de exposiciones y estudios¹⁸⁸ a los que son sometidos niños y niñas, de incluso meses, añadiendo al proceso diagnóstico costes innecesarios, molestias y, sobre todo, confusión en el manejo del problema. Por ello se sostiene que, para orientar el proceso diagnóstico es imprescindible –al menos de forma inicial– una amplia sospecha clínica que arroje claridad sobre lo que se busca con estas pruebas. De esta manera garantizar que los estudios sean ‘complementarios’ (y no ‘suplementarios’), es decir, restringidos solo a casos en que la evidencia clínica así lo requiriera. Porque ‘de no saber lo que se busca, no se entendería lo que se encuentra’. La contraparte de este aforismo es que, sin embargo, “formar un clínico, entrenar su percepción de elementos discretos en la masa de fenómenos patológicos presentados de diversas formas en cada paciente en particular, lleva muchos años” (Argañaraz, 2023, p. 26). Otro punto que cabría destacar dado que sólo fue superficialmente señalado a partir de las disputas entre tradiciones de investigación, son las prácticas que en ellas se justifican. El ABC de la práctica empírica en la Clínica general y el PIC CI incluido, sostiene que la hipótesis diagnóstica solo se corrobora si la terapéutica es eficaz. Por ejemplo, ante la sospecha de neumonía, si se aplica un tratamiento con antibióticos y no hay mejoría, hay que revisar el diagnóstico (que puede ser, por ejemplo, un derrame pleural), en la aparición del HIV este criterio clínico básico, fue fundamental para descubrir un nuevo síndrome. Las terapéuticas que hoy son avaladas en nombre del fenómeno autista –que van desde la administración de MMS hasta la delfinoterapia– muchas veces no presentan siquiera un vínculo específico con el diagnóstico o con el particular cuadro clínico del niño o niña, es decir, terapéuticas totalmente inespecíficas, supuestamente asépticas y aplicables a cualquier paciente, sin ningún esbozo de identificación diagnóstica. Lo más complejo, y que abre quizás a consideraciones éticas, es la

¹⁸⁷ National institute for Health and Care Excellence (U. K)

¹⁸⁸ Considérense aquí una amplia gama de pruebas, que incluyen algunas más engorrosas, invasivas o que privan a los niños del contacto con sus referentes afectivos. Además, pueden ser experimentadas por niños o niñas pequeñas, de forma traumática: EEG, RM, análisis sanguíneos, estudios cerebrales con contraste, estudios que implican anestesia total o parcial, estudios del sueño diurno o nocturno, etc. Paradójicamente es infrecuente una prueba de miopía grave congénita que podría desechar algunos casos.

concepción de ‘cura’ que se puede asumir en cada una de ellas. Sobre ello advierte Canguilhem que “es obligatorio recordarle a la conciencia médica que soñar con remedios absolutos significa a menudo soñar con remedios peores que la enfermedad” (1971, p. 226).

En cuanto al diagnóstico, la disputa terminológica tampoco se considera resuelta. La historia de la psiquiatría y la psicopatología demuestra que la discusión no está saldada y que es importante volver sobre aspectos teóricos y terminológicos en los que se sostienen los diagnósticos que hoy están vigentes. Ello se mantiene en un lugar destacado en los escritos de G. Berrios (2004), quien señala que en toda investigación basada en una disciplina ‘descriptiva’ (donde la obtención de datos clínicos depende del reconocimiento y del nombrar las formas de conducta) es “esencial entender cómo llegó a formarse su lenguaje” (Berrios, 2004, p. 31) y cómo se ajusta la descripción y el fenómeno en función de la calidad del sistema descriptivo y la estabilidad de los fenómenos mismos. Por ello, el trabajo teórico es importante, ya que allí se diseñan las categorías que se utilizarán para enmarcar un determinado fenómeno. Por ejemplo, no se llegará al mismo resultado si se investiga el ‘contacto afectivo’ en términos de Kanner y de la clínica, en términos de ‘relación social’ (Rivière, 2010), o como una ‘interacción social recíproca’ (Wing & Gould, 1979).

Un punto que atraviesa este apartado, pero se desprende de los Capítulos IV y V, es la falta de consenso nosográfico en la actualidad que, si bien es una propuesta central en la tradición clínica, permitiría para cualquier investigación un reordenamiento del campo psicopatológico. La confusión mencionada sobre el fenómeno autista, generada por la disputa y el solapamiento de diferentes tendencias, no logró ser resuelta por los manuales internacionales que asumieron el semblante de una ‘superación de las ideologías’ (Vasen, 2017). Por el contrario, el hecho de proponer medir ‘trastornos’ en forma espectral, dio lugar a otras controversias aun irresueltas, especialmente en función de la teoría de base que los organiza (antes el psicoanálisis, ahora el cognitivismo o la farmacología). Además, el recurso a la estadística que se privilegió, no necesariamente colaboró con su finalidad de otorgar claridad diagnóstica y ‘unificar’ criterios y lenguajes. J.P. Falret –quien dedico a la estadística diez años de su trabajo– mencionaba que ésta se volvía un peligro al presentar toda la apariencia de la ciencia. Kanner también advirtió sobre sus efectos en la psiquiatría del siglo XX en su artículo ‘*Tell me not in mournful numbers*’ (1962). Estas advertencias debieran ser tenidas en cuenta para cualquier estudio, más aún en Salud Mental, dado que de nada sirve obtener una correlación estadística de 99%, si lo que se

está midiendo es la capacidad lectora en niñas/os y el talle de sus zapatillas¹⁸⁹ sin ninguna hipótesis sobre el crecimiento, por ejemplo.

Por otra parte, en el caso de los manuales diseñados para Latinoamérica, podría ajustarse su uso para mejorar la clínica (y con ello las estadísticas). La GLADP en conjunto con la CIE, por ejemplo, permitiría separar entre autismo y esquizofrenia infantil, o autismo en la niñez (primario) y autismo atípico (secundario) incidiendo fuertemente en la práctica clínica local, ya que es frecuente encontrar en la consulta psicológica diagnósticos tempranos de autismo infantil, TGD y especialmente TGD-NE que ‘cambian’ hacia esquizofrenia (o, en menor medida, hacia retraso mental) una vez que el niño o la niña atraviesan la pubertad¹⁹⁰. No sería esto raro, ya que no se hallan lugares en los nomencladores para la esquizofrenia infantil (299.9 en la CIE-9); que pareciera haber sido reabsorbida en las categorías residuales de TGD-NE (F84.9) o en la de esquizofrenia (F20 en la CIE-10¹⁹¹).

Muchas investigaciones, aún las neurobiológicas, se verían beneficiadas de que las ‘muestras’ sean bien definidas, acotadas, realmente confiables y no producidas por el sobrediagnóstico de TGD y TGD-NE. Lo mismo vale para las ‘muestras’ de esquizofrenia: una investigación estrictamente ajustada a esquizofrenias hebefrénicas o simples –y del grupo etario identificado clásicamente, la adolescencia–, potencialmente podría generar resultados más confiables que una con diagnóstico genérico de ‘esquizofrenia’ sin especificar (incluyendo ancianos, por ejemplo). Por ello, es al menos cuestionable que se apunte a categorías aún más inespecíficas y amplias como la que propone el DSM-V, dado que las muestras aumentarían su inconsistencia. Aquí no solo la identificación y conformación de categorías es clave, sino que también debería reevaluarse el fenómeno de la descomposición y recomposición del AIP en ‘sub-trastornos’ nombrados en función de un síntoma sobresaliente, al modo monosintomático de Esquirol. Se destacan aquí, por ejemplo, los llamados ‘nuevos cuadros patológicos’ que, en verdad, parecieran ser derivaciones de la desintegración del cuadro kanneriano, como el Síndrome de Evitación Extrema de demandas (en inglés, *Pathological Demand Avoidance*, PDA) que puede presentar comorbilidad con trastornos del lenguaje y rutinas estereotipadas (sic) (Newson, Le Maréchal & David, 2003).

¹⁸⁹ Muchas correlaciones como estas pueden hallarse en el sitio web ‘Spurious correlations’ disponible [on-line] en: <https://www.tylervigen.com/spurious-correlations>

¹⁹⁰ Solo un 15% de los CUD activos en la categoría TGD a nivel país, pertenecen a personas mayores de 14 años (rango 15 a 99 años).

¹⁹¹ Las estadísticas argentinas arrojan estos números: en el grupo etario de 0 – 9 años, se registraron 7 casos en 2018 sobre un total de 8175 casos. La misma categoría arrojó 5 casos en 2022, sobre un total de 11326 casos. En relación con la población total, los casos registrados representaron el 0,0%.

Por último, y no por ello de menor importancia, cabe señalar dos aspectos sobre el contexto argentino y cordobés donde radica la presente investigación. Si bien no es posible advertir las consecuencias que la categoría TEA generará en este contexto, es factible que se reproduzca en alguna escala lo ocurrido en otros países. En EE. UU., por ejemplo, la espectralización (por ende, ampliación) de la categoría implicó la absorción de un gran número de niños y niñas que podrían presentar patologías diferenciadas entre sí, aunque también niños y niñas que, sin atravesar un proceso diagnóstico preciso, engrosaron las estadísticas de la discapacidad. Un aspecto que requiere mayor atención, es que Argentina pareciera seguir este mismo rumbo, tal como se señaló en el Cap. IV. La desventaja –o, más bien, una de ellas– es que los abordajes de ‘rehabilitación’ aún se asientan en prestaciones individuales y consecutivas en el marco de una currícula de terapias diversas, donde el lugar de la psicología es cada vez menor (cuando no es destinado exclusivamente a la orientación de padres y madres). Por otra parte, este modelo ‘rehabilitador’ es sostenido económicamente por Estado Nacional a través de las Mutuales, Obras Sociales provinciales o nacionales, prepagas o sindicales, mediante un Sistema Único de Reintegros. Lo preocupante en este caso es que si la tasa de TEA mantiene una tendencia de crecimiento similar a la que tuvo el TGD en los últimos 4 años (577%)¹⁹² es, al menos cuestionable, la sostenibilidad financiera de dicho sistema.

Recapitulación y continuidades

Mientras las tecnologías neurocientíficas avanzaron a pasos acelerados, la curiosidad científica sobre la clínica se estancó.

Peralta, en Berrios et. al, 2004, p. 81

Pero los avances tecnológicos no siempre significan un avance en los conceptos que deberían orientar y ordenar la clínica. Más bien puede suceder al revés.

Bassols, 2018, p. 1

¹⁹² En la categoría TGD, en el rango etario 0-4 años, se pasó de consignar a nivel nacional 1.667 casos en 2018 a 11.286 casos en 2022 (Registro Nacional de PCD - ANDIS, 2022)

Timimi (2016) sostiene que, así como la esquizofrenia es la vaca sagrada de la psiquiatría del adulto, el autismo –cada vez más– lo es para la psiquiatría infantil. Sin embargo, identificar de que se trata ‘el autismo’ pareciera ser todavía un ‘puzle’¹⁹³ sin resolver. De esta manera, para la presente investigación, mediante el uso de una metodología particular (MPIC) se arribó a discusiones terminológicas, teóricas y epistemológicas del fenómeno autista, identificando presupuestos, disputas y solapamientos de diferentes tendencias investigativas que confrontan sobre el ‘hecho nuevo’ kanneriano.

Como se señaló en primera instancia, para la MPIC no es factible evaluar teorías aisladas, sino agrupándolas en función de su núcleo duro y sus heurísticas. Pero al requerir un PIC, grandes períodos de tiempo para su conformación y acumulación de evidencia empírica, la compleja tarea de identificarlo solo se torna posible de forma retrospectiva. Es por ello que se conceptualizaron ‘tendencias de investigación’ que quizás a futuro puedan ser reconocidas como PICs y que, en la bibliografía consultada, en el ámbito universitario y en la práctica clínica, se hallan, hoy por hoy, confrontadas. Se mencionaron principalmente dos tendencias identificadas como actuales: el psicoanálisis y el cognitivism.

Para la época en que Kanner describía el cuadro clínico del AIP y se consolidaba el naciente campo paidopsiquiátrico en EE.UU, el psicoanálisis dominaba el campo ‘psi’. Su heurística diacrónica había excedido con creces el diacronismo sostenido por el PIC Cl que se limitaba a la descripción de la entidad mórbida (y no a toda la diacronía del paciente desde la niñez, dado que no poseía teorías psicológicas que jerarquizaran los datos). Además, aunque la heurística positiva del PIC Cl indicaba la expectación hipocrática (que dominó a la medicina del S. XIX), sus terapéuticas habían empezado a resultar contradictorias con él, derivando en intervencionismos terapéuticos temerarios. La restauración que realiza Kanner del PIC Cl, devolvió el hipocratismo al centro de la escena y le permitió jerarquizar observaciones en torno a niños y niñas, al punto de hallar un ‘hecho nuevo’. Ello pudo ser demostrado con claridad a partir de la reconstrucción de la historia interna del AIP (Cap. III).

Tanto la clínica como el psicoanálisis con Freud, habían permitido un reordenamiento de la psicopatología que decayó paulatinamente a partir del solapamiento de tendencias que aún no logran consistencia entre sus propias teorías y tampoco imponerse unas sobre otras. Rivière (1987), ante la proliferación de teorías y desarrollos del cognitivism, se preguntaba “¿qué es,

¹⁹³ La imagen de un rompecabezas azul es utilizada por organizaciones que abordan, ‘luchan por’ o ‘visibilizan’ el autismo. Lo curioso es que esta imagen no es avalada por las mismas personas que se presentan como diagnosticadas de autistas.

en realidad, la psicología cognitiva?” (p. 14). La misma pregunta podría hacerse, quizás, sobre el psicoanálisis actual con su proliferación de escuelas y orientaciones. Considerando estas preguntas, fue necesario situar problemáticas y explicaciones brindadas por dichas tendencias, especialmente reformulaciones, modificaciones y sesgos de los observables clínicos y síntomas principales del AIP. Ambas tendencias investigativas recuperaron la descripción Kanneriana. Sin embargo, esta recuperación, aunque luego se distorsione o ajuste los T-t de la clínica, no implica que se inscriba como su continuidad en términos lakatosianos, dado que para ello debería recuperar sus T-no t y las heurísticas en las que se sostienen. Por ejemplo, para Kanner el criterio diacrónico era fundamental en el estudio de las entidades mórbidas, ello lo señala desde sus primeras historizaciones sobre psiquiatría ‘científica’, mencionando la hebefrenia (Hecker) y la catatonía (Kahlbaum) reagrupadas luego por Kraepelin (Kanner, 1948). Las tendencias abordadas no podrían explicar las variaciones entre las demencias precoces agrupadas por Kraepelin (simple, hebefrénica, catatónica, paranoide), sino más bien aluden a ‘la’ esquizofrenia o la psicosis (incluyendo la paranoia). El mismo Kanner (1965) reconocía la pérdida del criterio clínico en el pasaje de ‘las esquizofrenias’ (en plural) a ‘La esquizofrenia’ para la cual se buscaba una causa única y un mismo tratamiento. Incluso sostenía que, lo mismo estaba sucediendo con el AIP, mientras crecía la tendencia a desconocer los criterios específicos de su cuadro: éste estaba ingresando injustamente en una entidad ‘unitaria’ inexistente (Kanner, 1965, 1968). Hoy se podría señalar con mayor claridad la analogía entre, por un lado, ‘la esquizofrenia’ y el ‘espectro de la esquizofrenia’ (DSM-5); y, por otro lado, el AIP –antes distinguible de otros cuadros como el síndrome de Heller, la demencia preciosísima, etc. (Kanner, 1943; 1949; 1971)– y el ‘espectro del autismo’ (DSM-5).

Lejos de esta distinción, el TEA puede asociarse con ‘catatonía’, volviendo a resonar la concepción bleuleriana del autismo. Este ‘autismo esquizofrénico’, era destacado por Minkowski (Huertas, 2010) en tanto pérdida de contacto con la realidad que entrañaba una imposibilidad de vinculación con otros; el autismo más intenso, según el autor, se daba en el estupor catatónico, donde el enfermo podía presentar períodos de ‘flexibilidad cérea’ sin registro del entorno, abulia y anhedonia. Sin embargo, no se trata del autismo de Kanner, quien demarcó taxativamente su cuadro respecto de la esquizofrenia, más aún de la de tipo ‘catatónica’ (véase *ut supra* comentario de Kanner sobre Kahlbaum). Por ello destacaba que desconocer la perspectiva histórica al interior de la psiquiatría otorgaba un lugar, cada vez mayor, a una psiquiatría ‘ecolálica’ (1955c). El niño autista kanneriano no estaba desconectado

de la realidad, sino que la evitaba, la ignoraba, la desdeñaba (Kanner, 1943), buscaba el confort de estar solo y obligaba al entorno a participar de sus ‘obsesiones’ (Kanner, 1948).

En el artículo de 1971(a), Kanner volvió sobre su primera descripción de 1943 señalando que, treinta años más tarde, la evolución de los 11 casos estudiados inicialmente cumplía con los requerimientos de su descripción en tanto diagnóstico y pronóstico, en resumidas cuentas, no había habido avances en cuanto a la descripción de su cuadro. A partir de lo desarrollado en la presente Tesis podría agregarse que, a cuarenta años de su muerte, este señalamiento aún se mantiene vigente. La disputa entre tendencias, colaboró en sumar sesgos en los observables y aplanar los matices y diferencias desplegadas por el PIC Cl, pero la clínica hasta hoy se mantiene como el único procedimiento diagnóstico del mismo.

Lakatos sostiene la racionalidad en la historia de la ciencia, alentando a quienes adhieren a sus postulados a escribir la historia interna de la misma. En el uso de la MPIC por él propuesto toma el ejemplo de cómo Copérnico venció a Ptolomeo al restaurar la versión de Aristarco del programa platónico (estancado) y logró que este programa se vuelva rápidamente progresivo. Señala: “allí donde el historiador duhemiano percibe una revolución que solo afecta a la simplicidad (como la de Copérnico) (...) [la MPIC] buscará un programa progresivo de gran envergadura que derrota a otro en degeneración” (1976, p. 149). De esta manera, en la presente tesis, la MPIC permitió observar que, en cuanto a la historia interna, la descripción de Kanner aún no ha sido mejorada.

Es cierto que no es posible saber cómo será caracterizada en el futuro la historia interna de la ciencia de este período. Cabe la pregunta sobre si será considerada como un fenómeno de la historia externa del área vinculada al capitalismo financiero global o algún aporte perdurará dentro de 200 años. Aun así, puede afirmarse que la descripción de Kanner ocupará un lugar importante en la historia de la ciencia del área, en tanto representó –y representa aún hoy– un ‘hecho nuevo’, en términos de Fleck, central para la MPIC. Como se abordó a lo largo de la investigación, el PIC Cl se volvió progresivo con Kanner al generar excesos empíricos esperables por sus heurísticas y núcleo firme. Sobre la descripción y ‘descubrimiento’ del AIP aportado por él al campo paidopsiquiátrico, radicó –y aún se sostiene– gran parte de la lucha entre tendencias/PICs que no logran imponerse unos sobre otros, ya que intentan explicar la misma evidencia empírica mediante hipótesis *ad hoc* (Lakatos & Zahar, 2002 [1976]); es decir elaboran explicaciones sobre el exceso empírico que no fue ‘producto’ de sus heurísticas, pero no producen ‘mejoras descriptivas’.

Al igual que Copérnico acusó a Ptolomeo de usar hipótesis *ad hoc*, se ha intentado mostrar como Kanner acusó a investigadores y tendencias rivales a la clínica de abandonar los observables del autismo infantil precoz y las consecuencias que esto produjo –y aún perduran– sobre el fenómeno autista.

Nuevas líneas de investigación

En el período 2005-2014 se han publicado 18490 artículos sobre autismo, los cuales han sido citados 48416 veces. Cerca de la mitad de estas publicaciones provienen de los Estados Unidos y otra gran parte proviene de países europeos. Más de la mitad de los artículos mayormente citados, provienen del campo de la genética molecular y sus autores pertenecen a EE.UU, UK y Canadá (Sweileh, Al-Jabi, Sawalha & Zyoud, 2016).

Una importante línea de investigación que quedó desatendida en la presente tesis, es la identificación del PIC CI y su desarrollo en la psicopatología infantil en Argentina. Señala Stagnaro (2006a) que quienes se dedican a la investigación histórica de la medicina —y en particular de la psiquiatría— tropiezan con fuertes dificultades prácticas en este país porque los insumos disponibles para ello no abundan (Stagnaro, 2006a). Es por esto que la presente investigación se propone como una base teórico-epistemológica de la cual se pueden continuar, por lo menos tres grandes líneas:

Por un lado, sería factible desarrollar, como se mencionó con anterioridad, una reconstrucción racional de la historia interna del AIP en Argentina. A partir de una perspectiva lakatosiana, se podría identificar cómo en este contexto se han construido investigaciones en torno al fenómeno autista y qué disputas históricas se mantuvieron vigentes en diferentes momentos. Por otra parte, esto podría ampliarse al contexto latinoamericano, dado que, como se señaló anteriormente, el corpus teórico generado sobre el fenómeno en la región aún es escaso, especialmente en campos como la psicología (dado que es factible arribar a variados estudios genéticos, biológicos, etc.). Ello sin descontar que la mayor parte de la literatura sobre el tema se encuentra publicada en lengua inglesa, sin versiones traducidas al castellano y mayormente asumida por investigadores varones. Con ello se destacan las enormes distancias que serían necesarias de acortar en términos de incorporar una perspectiva que se aleje, al menos mínimamente, de sesgos colonialistas y patriarcales.

Una segunda línea que se desprende del presente escrito es la posibilidad de continuar la pesquisa clínica, al modo que se desarrolló en el capítulo III, distinguiendo al interior de lo que

en la CIE-10 se conoce como TGD (incluso para TGD-NE), otras entidades que puedan ser diferenciadas de forma clínica a partir de su estudio diacrónico, situando inicio, evolución y fase final, así como Kanner separó el AIP de 'la esquizofrenia'. En 1972, Kanner reportó que el 11 o 12% de los casos recibidos hasta 1955 había tenido éxito socialmente, con el fin de que otras investigaciones pudieran continuar indagando en los historiales, es decir, sostener muestras de población consistentes clínicamente para realizar estudios a largo plazo o para mejorar los estudios longitudinales. Ello considerando las modificaciones en los observables que se producirían en esta época post-farmacológica, es decir la semiología clínica debería ajustarse a las coordenadas de los fenómenos producidos por fármacos y terapéuticos no disponibles en la época de Kanner. Por ello, un estudio ajustado a la clínica del AIP en la actualidad debería basarse en investigaciones sobre los psicofármacos que habitualmente se utilizan en niñas y niños (antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.). de los que, incluso a décadas de su implementación no se sabe a ciencia cierta los efectos que producen a largo plazo.

Una tercera línea, es la que se abre a partir de reconocer una similitud de fenómenos entre situaciones traumáticas y autismo secundario, especialmente en torno a la problemática de los 'estímulos'. Cabe la pregunta sobre ¿qué vínculo podría tener un 'trauma' (psíquico) neonatal con el AIP? ¿qué es un trauma para un psiquismo a días o semanas del nacimiento, donde aún no hay un sistema sensorial integrado? De esta manera se señala la posibilidad de profundizar investigaciones sobre el desarrollo primario del neonato, evaluando el uso de la triple constitución etiológica de una patología: predisposición; vivencias actuales y grado de maduración en cada semana y mes postnatal. Para ello se propone analizar los parámetros del desarrollo derivados de investigaciones situadas y considerar la significación del desarrollo en el propio contexto.

Finalmente, cabe mencionar temas que quedaron por fuera del alcance de la presente investigación pero no por ello debieran desestimarse dada su importancia y vacancia en el área. Se hace referencia a estudios sobre AIP y TGD en vinculación con AIP y TEA; la psiquiatría infantil actual y la nosografía; las investigaciones pioneras sobre AIP en Argentina tensionadas desde una perspectiva de género; el AIP desde la perspectiva de los propios pacientes; estudios diferenciales entre el AIP en poblaciones urbanas y rurales en Argentina; también entre las instituciones públicas, las clínicas privadas y los consultorios; y la recepción del fenómeno autista en comunidades originarias. Allí sería interesante indagar sobre saberes y prácticas en torno al fenómeno, en particular criterios de salud, nosográficos, terapéuticos y sociales.

Finalmente, los cruces entre la (auto)percepción de la enfermedad y el imaginario social sobre la misma.

BIBLIOGRAFÍA:

- Abbagnano, N. (1978). *Historia de la filosofía*. Barcelona: Montaner y Simón.
- Abbagnano N. y Visalbergui, A. (1964). *Historia de la Pedagogía*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Abelenda, A. J. & Rodríguez Armendariz, E. (2020). Evidencia científica de integración sensorial como abordaje de terapia ocupacional en autismo. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(Supl. 2), pp. 41-46. Recuperado el 24 de abril de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000200010&lng=es&tlng=es.
- Adam, D. (2013). Mental health: On the spectrum. *Nature* 496, 416–418. <https://doi.org/10.1038/496416a>
- Adarraga, P. (1992). *Dai: Sistema basado en conocimiento para diagnóstico de autismo. Una aproximación al razonamiento diagnóstico en psicología*. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Inédito. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/>
- Ahumada, J. (1997). Descubrimientos y refutaciones: el psicoanálisis clínico como lógica de la indagación. *Int. J. Psycho-Anal* N 78, p. 1105-1118.
- Aleman, J. (2003). *Notas antifilosóficas*. Bs. As.: Grama ediciones
- Alonso, J. R. (2012). Autismo regresivo. Disponible en: <http://autismodiario.org>
- Álvarez, I.; Camacho-Arroyo, I. (2014). Bases genéticas del autismo. *Acta Pediátrica de México* N°31(1). No1 pp. 22-28. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.18233/APM31>
- Álvarez, J.M.; Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Altiseri, D. (2001). *La Viena de Popper*. Madrid: Unión Editorial.
- Andreo-Martínez, P.; García-Martínez, N.; Quesada-Medina, J.; Sánchez-Samper, E.P. & Martínez-González, A. E. (2019). Candida spp. en la microbiota intestinal de las personas con autismo: revisión sistemática. *Revista de Neurología* N°68(01), pp. 1-6. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.33588/rn.6801.2018129>
- Aragón Jiménez, V. (2010). Etiología del autismo. *Revista digital Innovación y Experiencias Educativas*. Disponible en: <http://www.csi-csif.es>
- Argañaraz, J. (2004) *La constitución del Psicoanálisis como 'programa de investigación'*. Selección de trabajos de las XIV Jornadas de Epistemología e Historia de la Ciencia. CiFFyH, UNC. Volumen 10. Córdoba, Argentina.

- (2007). *Psicopatología y Psicoanálisis: una perspectiva desde Lakatos*. Córdoba: Brujas.
- (2012). *Ruptura y continuidad de Lacan con Freud (desde Lakatos)*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- (2014). Reconstrucción racional de las teorías psicológicas y psicopatológicas de Sigmund Freud utilizando la metodología de programas de investigación. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. [Inédito].
- (2017). El Signo de Freud: diagnóstico diferencial entre patología orgánica y psíquica. *PALAVRAS. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis*. DOI 10.24215/24689831e015.
- (2023). Lo Continuo y lo Discreto: Filosofía de la demencia psicógena. [inédito]
- Argente, H. y Alvarez, M. (2013). *Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica: enseñanza basada en el paciente*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Artigas-Pallarés, J.; Gabau-Vila, E.; Guitart-Feliubadaló, M. (2005b). El autismo sindrómico: I. Aspectos generales Simposio satélite: Autismo. *Revista de Neurología* N° 40 (Supl 1), pp. 143-149. Consultado el 12/01/2023. Disponible [on-line] en: <https://sid.usal.es/docs/F8/ART13841/autismosindromico1.pdf>
- (2005). El autismo sindrómico: II. Síndromes de base genética asociados a autismo. *Revista de Neurología* N° 40 (Supl 1), pp. 151-62.
- Artigas-Pallarès, J. y Perez, P. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (115). Recuperado de <http://www.siiis.net/documentos/ficha/213121.pdf>.
- Artigas-Pallarès, J. & Paula, I. (2020). Del espectro autista a la constelación autista. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(Supl. 2), 21-25. Recuperado en 15 de agosto de 2022. Disponible [on-line] en : http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000200006&lng=es&tlng=es
- Asperger, H. (1944). Psicopatía autista en la infancia. Traducción realizada por Ana Clara Alonso Franco y Catarina Galaj. En *Autism and Asperger Syndrome* (pp. 37-92). Comp. Uta Frith. Madrid: CEPRI
- Asociación Americana de Psiquiatría/American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Second Edition. Washington: American Psychiatric Association.
- (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington: American Psychiatric Association.

- (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta revisión (DSM IV). Capítulo: Trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Barcelona: Masson
- (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición revisada (DSM IV-R). Consultado el 22 de octubre de 2022. Disponible [on-line] en: <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
- (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Quinta edición. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría. Traducción y revisión científica de la Editorial Médica Panamericana, efectuada por CIBERSAM. Publicación para España y Latinoamérica.
- Assoun, P.L. (2001). *Introducción a la epistemología freudiana*. Bs. As.: Siglo XXI editores
- Autino, G.; Lutereau, L.; Falcone, R. & Kripper, A. (2010). El objeto de la angustia: Husserl, Heidegger, Lacan. Una aproximación desde la fenomenología y el psicoanálisis. *Anuario de investigaciones*, 17, pp. 267-274. Recuperado el 07 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100070&lng=es&tlng=es.
- Ayres, A. J. (1969). Deficits in Sensory Integration in Educationally Handicapped Children. *Journal of Learning Disabilities*, 2(3), 160–168. doi:10.1177/002221946900200307
- (1980). Hyper-responsivity to Touch and Vestibular Stimuli as a Predictor of Positive Response to Sensory Integration Procedures by Autistic Children. *The American Journal of Occupational Therapy*. Consultado el 7 de mar. de 23 en <http://ajot.aota.org>
- Ayres, J. & Robbins, J. (2005). *Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges*. Los Ángeles: WPS. Disponible [on-line] en: <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=-7NeFNfsw0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=ayres+sensory+integration&ots=iLfvxgK3Lo&sig=A1k3pZmIN1NzYpX1LJslZnowm5A#v=onepage&q=ayres%20sensory%20integration&f=false>
- Baio, J. (2010). *Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years*. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. Centre for Disease Control and Prevention: Surveillance Summaries.
- Balbuena R., F. (2015). Etiología del autismo: el continuo idiopático-sindrómico como tentativa explicativa. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, N°53 (4), pp. 269-276. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400007>

- (2009). Una revisión del autismo desde el psicoanálisis. *Clínica e investigación relacional. Revista de Psicoterapia*. Vol. 3, pp. 184-199. ISSN: 1988-2939. Disponible [on-line] en: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1_2009/16_FBalbuena_Autismo-Psicoanálisis_CeIR_V3N1.pdf?ver=2009-03-09-062000-000
- (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol.27 no.2. Consultado el 14 de diciembre de 2021. Disponible [on-line] en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200006
- Barnard, R. A., Pomaville, M. B., & O'Roak, B. J. (2015). Mutations and Modeling of the Chromatin Remodeler CHD8 Define an Emerging Autism Etiology. *Frontiers in neuroscience*. N° 9, 477. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.3389/fnins.2015.00477>
- Baron-Cohen, S. (1989). Joint attention deficits in autism: towards a cognitive analysis. *Development and Psychopathology*, 1, pp. 185-189.
- (1991). Precursors to a theory of mind: understanding attention in others. En A. Whiten (Ed.), *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading*. Oxford: Blackwell, pp. 233-250
- (1995) *Mindblindness. An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge: MIT Press.
- (2006). The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 865–872
- Baron-Cohen S, Leslie A.M., & Frith U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition* 21 (1), pp. 37–46.
- Baron-Cohen, S.; Tager-Flusberg, H. & Lombardo, M. (2013) *Understanding Other Minds. Perspectives from Developmental Social Neuroscience*. U.K: University Press.
- Bassols, M. (2018). El autismo sin marcadores. *Virtualia. Revista Digital de la eol*. N° 35. Consultado el 01 de marzo de 2023 en: <https://www.revistavirtualia.com/articulos/806/dossier-autismo/el-autismo-sin-marcadores>
- Baverstock, K. (2019). Polygenic scores: Are they a public health hazard? *Progress in Biophysics and Molecular Biology*, V. 149, pp. 4-8. ISSN 0079-6107. <https://doi.org/10.1016/j.pbiomolbio.2019.08.004>.
- Baxter, W. E. (1985). *Leo Kanner (1894-1981) papers archives finding aid*. American Psychiatric Association. Disponible [on-line] en: http://www.otb.ie/images/Leo_Kanner.pdf
- Bellone Cecchin, M. E. (2015). Discontinuidades en los programas de investigación científicos de Freud y Lacan en torno al “aparato del lenguaje”. *Ajayu Órgano de Difusión Científica*

del Departamento de Psicología UCBSA, 13(1), 27-38. Recuperado en 15 de abril de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000100002&lng=es&tlng=es

----- (2015b). *Un espacio subjetivante: la clínica en diálogo con el autismo*. Trabajo final de Tesis Master en Autismo e intervención psicoeducativa. ITEAP. Málaga, España (inédito).

----- (2016) *Lenguajes extraños y dificultades de contacto afectivo*. En II Congreso Internacional de Psicología – V Congreso Nacional de Psicología “Ciencia y Profesión”: Desafíos para la Construcción de una Psicología Regional. Facultad de Psicología, UNC.

----- (2017). *¿De qué autismo hablamos? El autismo ideal y el autismo de Kanner*. Trabajo presentado en simposio titulado “Historia y Epistemología Crítica de la Clínica”. XXVIII Jornadas de Epistemología e Historia de la Ciencia. La falda, Córdoba (inédito).

----- (2018) *Autismo, bella indiferencia*. Trabajo presentado en el III Congreso Internacional y VI Congreso Nacional de Psicología Ciencia y Profesión. Córdoba. (inédito). Resumen disponible [on-line] en: <http://psicologiacyp.congresos.unc.edu.ar/trabajos-presentados/>

----- (2020) *En los márgenes del lenguaje. Lecturas psicoanalíticas sobre el autismo infantil*. Tesis de maestría en Teoría Psicoanalítica Lacaniana. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (inédito).

----- (2021). Criterios diagnósticos del autismo infantil precoz, a 75 años de la descripción de Kanner. *Actas de las IX Jornadas de estudiantes, tesistas y becarixs. Producir conocimientos situados en ciencias sociales: apuestas y retos en la escritura y divulgación*. Compilación de Rodrigo Bruera [et al.]. (pp. 74-84). 1a ed. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados. Libro digital, PDF. Link de descarga: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/19405>

----- (2021b). El vínculo afecto-lenguaje en el autismo infantil: aportes para una redefinición y ajuste del fenómeno autístico. *Actas de las 1º Jornadas virtuales de becarias y becarios SeCyT-UNC. Desafíos y perspectivas en la producción de conocimiento en contextos de crisis: Nicolás Giménez Venezia ... [et al.]*; Compilación de Penélope Arolfo. - 1a ed. (pp. 56-59). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Secretaría de Ciencia y Tecnología. Libro digital, PDF. Link de descarga: <http://hdl.handle.net/11086/22131>

Bemporad, J (1979). Adult Recollections of a Formerly Autistic Child. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol 9, No. 2, pp. 179-197.

Bercherie, P. (1983). La clínica psiquiátrica del niño. Estudio histórico. *Ornicar?* N 26-27, Paris: Universidad de Paris VII, pp. 100-113

----- (1986). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Bs. As: Manantial

- Bernardo, A. (2015). Los once de Kanner. *Hipertextual*. Consultado el 18 de febrero de 2023, de: <https://hipertextual.com/2015/04/autismo-leo-kanner>
- Berrios, G. E. (1996) Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva del siglo XIX. Título original: *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- (2004). La epistemología y la historia de la psiquiatría. En G. Berrios, F. Fuentebro de Diego, J. Garrabe, R. Huertas García, G. Lanteri-Laura, S. Zysman *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* N°55, Vol. XV. Bs. As.: Polemos, pp. 30-37.
- (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(Supl. 1), 130-146. Consultado el 16 de junio de 2021 en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000500010&lng=en&tlng=en.
- Bettelheim, B. (1988 [2010]) No hay padres perfectos. El arte de educar a los niños sin angustias ni complejos. (Título original: *a good enough parent. A book on child-rearing*). Barcelona: Crítica.
- (1967). *The empty fortress*. NY: The Free Press
- Bleuler, E. (1993 [1911]). Demencia precoz o el Grupo de las Esquizofrenias [Título original *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*]. Bs.As.: Ediciones Hormé.
- Borges, J. L. (1941). El jardín de los senderos que se bifurcan. En *Ficciones*. Bs. As.: Ediciones la Cueva, pp. 5-48
- Bowlby, J. (1951/1968). ‘Cuidado Maternal y Salud Mental’. Washington: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Primer edición en español en 1954.
- (1958), The nature of the child’s tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, N° XXXIX, pp. 1-23.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895/1996). Estudios sobre la histeria. En: S. Freud, *Obras Completas* V.1- VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Broncano, F. (2001). La heurística: de la psicología del descubrimiento a la constitución social de la invención. En *La filosofía de Imre Lakatos: evaluación de sus propuestas*. Madrid: UNED.
- Burman, E. (1997). Developmental Psychology and its Discontents. En D. Fox & I. Prilleltensky (Eds.), *Critical Psychology. An Introduction*. Londres, Inglaterra: Sage Publications, pp. 134-149.
- Charpak, N. & Figueroa, Z. (2018). Método madre canguro. Guías de manejo. Consultado el 24 de febrero de 2023, en: <https://fundacioncanguro.co/>
- Cadeval, M. (1985). El concepto de explicación en la concepción estructuralista. Consultado el 27 de marzo de 2023 en: <https://www.raco.cat>

- Canal Euskadii. (7 de abril de 2013). Paul Beatriz Preciado ¿La muerte de la clínica? [Archivo de video]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>
- Canal ETAAPA (24 de agosto de 2015). Autismo – Teoría de la Mente. Dr. Ángel Rivière [Archivo de video]. Consultado el 12/01/2023 en YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=yXa6usvXbkQ&ab_channel=ETAAPA
- Canal PANAACEA (19 de septiembre de 2017) ¿Qué características tienen las personas con CEA? - Alexia Rattazzi. [Archivo de video]. Consultado el 7 de mar. de 23 en YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=IalgqnY_phg
- Canguilhem, G (1971 [1982]). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires. Siglo XXI.
----- (2004). *Escritos sobre la medicina*. Bs. As.: Amorroutu
- Cannon, W.B. (1926). Physiological regulation of normal states: some tentative postulates concerning biological homeostatics. En Pettit A. Paris: Les Éditions Médicales.
----- (1932). *The Wisdom of the Body*. W.W. Norton.
- Castel, Piere-Henri. *Del «aparato psíquico» freudiano a los primeros esquemas topológicos de Lacan: ¿Ruptura o continuidad?* Recuperado el día 24 de Mayo de 2017 de: http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/biblio_02.pdf
- Center for Disease Control and Prevention (2020). *Autism Spectrum Disorder (ASD)*. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. USA. Recuperado el 6 de abril de 2021. Disponible [on-line] en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Céspedes Valcárcel, A. (1995). El metaanálisis. *Revista Cubana de Medicina*. N° 24. Disponible [on-line] en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol24_2_95/mil11295.htm
- Charcot, J.M. (1888/2007). Parálisis hístico -traumática masculina. En N. A. Conti y J. C. Stagnaro (Comp.). *Historia de la ansiedad*. Bs. As: Polemos.
- Cocks, G. (1997). *Psychotherapy in the third Reich. The Göring Institute*. Dallas: Oxford University Pres
- Cohen, SB; Tsompanidis, A.; Auyeung, B.; Pohl, A.; Pedersen, BN.; Hougaard, D.; Cohen, A.; Abdallah, M. (2020). Estrógenos fetales y autismo. *Revista Maremagnum* N°24, pp. 173-190. Consultado el 12/01/2023. Disponible [on-line] en: <https://www.autismogalicia.org/>
- Coleman, M., Blass, J.P. (1985). Autism and lactic acidosis. *Journal of Autism Developmental Disorders*. N° 15, 1–8. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1007/BF01837894>
- Collina, B. (2016). *Lakatos y Feyrabend. La ciencia entre método y anarquía*. Bs. As.: EMSE
- Comin, D. (2012). Tóxicos y su relación con el autismo y otros trastornos. *Autismo diario*. Consultado el 12/01/2023. Disponible [on-line] en: <https://autismodiario.com/2012/05/04/toxicos-y-su-relacion-con-el-autismo-y-otros-trastornos-parte-i/>

- Confederación Asperger España (1999) Diagnóstico y la Detección Precoz de los Trastornos del Espectro Autista. Recuperado en www.asperger.es
- Conti, N. A.; Matusевич, D.; y Stagnaro, J. C. (2004). Historia y epistemología de la psiquiatría. En G. Berrios, F. Fuentebro de Diego, J. Garrabe, R. Huertas García, G. Lanteri-Laura, S. Zysman *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* N°55, Vol. XV. Bs. As.: Polemos, pp. 21-22.
- Conti, N. A. y Stagnaro, C. (2007). *Historia de la Ansiedad: Textos escogidos*. Buenos Aires: Polemos.
- Cornelio-Nieto, J. O. (2009). Autismo infantil y neuronas en espejo. *Revista de Neurología* N°48 (Supl 2), pp.27-29. Disponible [on-line] en <https://conasi.support/wp-content/uploads/2018/06/Autismo-infantil-y-neuronas-en-espejo-1.pdf>
- Coto Chotto, M. (2007). Autismo infantil: el estado de la cuestión. *Revista de Ciencias Sociales* N°116, pp. 169-180. ISSN: 0482-5276. Disponible on-line en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/11203/10562>
- Dahab, J. (2015). El mito de la “revolución” cognitiva. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. N° 7 (1), pp. 88-102.
- Danto, E. A. (2013). *Psicoanálisis y justicia social (1918-1938). Las clínicas gratuitas de Freud*. Madrid: Gredos.
- Dalton, T. C. (2005). Arnold Gesell and the Maturation Controversy. *Integrative Physiological & Behavioral Science*, N° 40(4), p. 182–204. <https://doi.org/10.1007/BF02915215>
- Devroede, D. (1993). Kanner relu à partir de Lacan. *Préliminaires* N° 5, p. 45-51.
- Di Ciaccia, A. (2015). La práctica entre varios – parte I. NEL Medellín. Disponible [on-line] en: <http://nel-medellin.org/blogla-practica-entre-varios-parte-i/>
- Díez, J. & Moulines, C. U. (1997). *Fundamentos de filosofía de la ciencia*. Barcelona: Ariel
- Doltó, F. (1984) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Bs. As.: Paidós.
- (1985). *En el juego del deseo*. Bs. As: siglo XXI editores.
- (1986) *La causa de los niños*. (1da impresión). Bs. As. : Paidós.
- (1971). *Psychanalyse et pédiatrie*. París, Seuil.
- (2008). *Niño deseado, niño feliz*. Bs. As. : Aguilar, Atea, Taurus, Alfaguara.
- Druel, G. (2019). Leo Kanner (1894–1981), une vie, une œuvre. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Volume 177, Issue 7, pp. 710-716. ISSN 0003-4487. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.03.014>.
- Duero, D. G. (2000). Mecanismos cognitivos y habilidades implicadas en la adscripción de Intencionalidad. *Selección de trabajos de las X Jornadas de Epistemología e Historia de*

la Ciencia, Vol. 6 (6), pp. 127-134. Disponible [on-line] en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/>

Duncan, J. (1986). Disorganisation of behaviour after frontal lobe damage. *Cognitive Neuropsychology*, 2, 271-290. doi:10.1080/02643298608253360

Duportail, G. F. (2011) *Lacan y los fenomenólogos. Husserl, Levinas, Merleau-Ponty*. Bs. As.: Letra Viva.

Eisemberg, L. (1994). *Images in psychiatry. Leo Kanner, 1894-1981*. American Journal of Psychiatry N° 151, p.751

Esteban, L (2017). Mujeres pioneras del psicoanálisis. Blog de psicología. Consultado el 05 de agosto de 2021. Disponible [on-line] en: <https://www.lauraesteban.es/mujeres-psicoanalistas/>

Evans B. (2013) How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *Hist Human Sci.*26(3):3-31. doi: 10.1177/0952695113484320.

Falret, J-P. (1996 [1854]) *Sobre la no existencia de la monomanía*. Traducción al español de J. M. A. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 16, N° 59. Disponible [on-line] en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15498/15358>

----- (2002). *Las enfermedades mentales y los asilos de alienados*. La Plata : Ed. de la campana

Fatemi, S. H., Aldinger, K. A., Ashwood, P., Bauman, M. L., Blaha, C. D., Blatt, G. J., Chauhan, A., Chauhan, V., Dager, S. R., Dickson, P. E., Estes, A. M., Goldowitz, D., Heck, D. H., Kemper, T. L., King, B. H., Martin, L. A., Millen, K. J., Mittleman, G., Mosconi, M. W., Persico, A. M., ... Welsh, J. P. (2012). Consensus paper: pathological role of the cerebellum in autism. *Cerebellum* (London, England), 11(3), pp. 777–807. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1007/s12311-012-0355-9>

Feinstein, A. (2010) *A history of autism. Conversation with the pioneers*. Oxford: Blackwell. Disponible on-line en: https://books.google.com.ar/books?id=1-UztWdBkPkC&pg=PA357&lpg=PA357&dq=Kanner,+L.+%22Autobiography%22.+Freedom+from+within.&source=bl&ots=WJgeIyI3pe&sig=5Ph8vYTKsG_bTSg0Nvdzjk_ZMTs&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwicwd6Xiu3TAhUGgpAKHcAGBUsQ6AEIKzAB#v=onepage&q=lewin&f=false

Fernández. A. (2006) Lo niño y el psicoanálisis: ¿posibilidad o imposibilidad? *Educação Temática Digita*. N° 8. (p.20-48) Campinas. ISSN: 1676-2592.

Fife, B. (2015). *Vencer el autismo. Una guía para prevenir y revertir los trastornos del espectro autista*. Málaga: Editorial Sirio.

Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.

Foucault, M (1977). Historia de la medicalización. *En Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Washington: OPS-OMS. Disponible [on-line] en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- (1963/2013). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Bs. As.: Siglo XXI Editores.
- Frances, A. (2009). Whither DSM–V? *British Journal of Psychiatry*, 195(5), pp. 391-392. doi:10.1192/bjp.bp.109.073932
- Frankenburg, W. y Dodds, J. (1967). The Denver Development Screening Test. *Journal of Pediatrics*, 71, p. 181-191.
- Frawley, W. (1999). Consciousness. An outside story. *The journal of learning sciences* N°8. England: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 525-540
- (2002). Mental computation and language breakdown: clarifications, extensions, and responses. *Computational Intelligence*, Volume 18, Number 1, pp. 59-87.
- Freud, A. (1927). *Psicoanálisis del niño*. Bs. As.: Paidós.
- (1973) *Normalidad y patología en la niñez. Evaluación del desarrollo*. Bs. As.: Paidós. Versión original titulada: Normality and pathology in childhood. Assessments of development (1965).
- (1992). *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*. Bs. As.: Paidós
- Freud, S. (1891). *Zur Auffassung der Aphasien. Eine kritische Studie*. Traducida al inglés en 1953 por E. Stengel con el título de On Aphasia, a Critical Study. En español *La Afasia*. Traducción de Ramon Alcalde. (1974). Bs. As.: Ed. Nueva visión La Afasia. Recuperado el 20 de Febrero de 2013 de: <http://es.scribd.com/doc/55257139/S-freud-La-Afasia-1891-OCR-ClearScan>
- (1888-1893) Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas [1888-93]. En *Obras completas*, Volumen I, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1893-1895). Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud). En *Obras completas*, Volumen II, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1895) Proyecto de psicología para neurólogos. En *Obras completas*, Volumen III, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1900). Los orígenes del Psicoanálisis. Carta N°137. En *Obras completas*, tomo III. Bs. As.: El Ateneo (2011)
- (1905). Tres ensayos sobre teoría sexual. En *Obras completas*, Volumen VII, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En *Obras completas*, Volumen XII, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).

- (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras completas*, Volumen XIV, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1914b). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras completas*, Volumen XIV, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas*, Volumen XIV, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1915b). La represión. En *Obras completas*, Volumen XIV, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1915c). Lo inconsciente. En *Obras completas*, Volumen XIV, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991)
- (1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras completas*, Volumen XVI, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1918) ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? En *Obras completas*, Volumen XVII, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1919). Introducción al Simposio sobre las neurosis de guerra. En *Obras completas*, Volumen XVII, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1919b). Lo ominoso. En *Obras completas*, Volumen XVII, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras completas*, Volumen XVIII, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas*, Volumen XVIII, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1923). El yo y el ello. En *Obras completas*, Volumen XIX, Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- (1939) Moisés y la religión monoteísta, en *Obras completas*, Volumen XXIII (1937 – 39), Bs.As.: Amorrortu Editores (1991).
- Freud, S.-Bleuler, E. (2016). *Lettres 1904-1937*. NRF. Paris: Gallimard.
- Frei, J. A., Niescier, R. F., Bridi, M. S., Durens, M., Nestor, J. E., Kilander, M., Yuan, X., Dykxhoorn, D. M., Nestor, M. W., Huang, S., Blatt, G. J., & Lin, Y. C. (2021). Regulation of Neural Circuit Development by Cadherin-11 Provides Implications for Autism. *eNeuro*, N° 8(4), Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1523/ENEURO.0066-21.2021>
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell Publishing
- (2004). *Hacia una explicación del enigma*. En María Núñez Bernardos (trad.), Ángel Rivièrre Gómez (trad.). Bs. As: Alianza Editorial

- (2008). *Autism: A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press Inc.
- Gair, D. (1973) *Childhood psychosis: initial studies and new insights*. By Leo Kanner. New York: Halstead Press. Book Review
- García-Leal, J. y Pedroza-Cabrera (2011). Sistemas basados en conocimiento: Una alternativa poco explorada en psicología. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* Vol 3 N° 1 Pp. 5-16. DOI:10.5460/jbhsi.v3.1.27672
- García Zabaleta, O. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, vol. 34, núm. 3, pp. 441-460.
- Gesell, A. (1925). *Mental Growth of the Pre-school Child: A Psychological Outline of Normal Development. From Birth to The Sixth Year, Including a System of Developmental Diagnostic*. New York: Macmillan Company.
- (1952). Arnold Gesell In *A History of Psychology in Autobiography*, vol. 4, edited by Edwin G. Boring, et al., p. 123–142. Worcester: Clark University Press.
- Glezerman, T. (2013). *Autism and the Brain. Neurophenomenological Interpretation*. N.Y: Springer.
- Gómez de Tejada, M. B. y Foz Gil, G. (2012). *Metodología del diagnóstico Clínico*. Material Docente de la Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona: Eureka Media.
- Gómez, M. (2006). *Del significante a la letra. La semiótica peirceana en el proceso de formulación del discurso lacaniano*. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- González, B.; Menchaca, N. (2007). Neurobiología del autismo: estudio de neuropatología y neuroimagen. *Actas Españolas de Psiquiatría* Vol. 35 (4), pp. 271-276.
- Grandin, T. (2006). *Thinking in pictures. My life with autism*. New York: Second Vintage Books.
- Greenspan, S. & Wieder, S. (2006). El niño con necesidades especiales. ICDL. Consultado el 18 de marzo de 2023, de: <https://es.scribd.com/document/153164973/El-nino-con-necesidades-especiales-Greenspan>
- Griesinger, W (1997 [1845]). *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*. Bs. As.: Ed. Polemos. 1° edición en castellano de 1997. Trad. Leonardo Rubén Ponzio
- Grosso, M. L. (2020). Didáctica inclusiva de la lengua española en la escuela secundaria para estudiantes con TEA. *Hispanista. Revista electrónica de los Hispanistas de Brasil*. Vol XXI, N° 80 ISSN 1676 9058
- Guzmán, B. y Arias, C. (2020). ¿Puede la Neurociencia informar al Psicoanálisis? Análisis de la propuesta de François Ansermet y Pierre Magistretti. En Ana Testa, Edgar Rufinetti, Laura Arese... [et al.]. *Actas X Encuentro Interdisciplinario de Ciencias Sociales y*

Humanas. Las urgencias del presente: desafíos para las Ciencias Sociales y Humanas: tomo 1. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Filosofía y Humanidades. Libro digital, PDF, pp. 4-15. Disponible [on-line] en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/164326/CONICET_Digital_Nro.6f80569d-61a4-478c-a48d-cec55b23b6cc_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Happé, F. E. (1997). Central coherence and Theory of Mind in autism: Reading homographs in context. *British Journal Of Developmental Psychology*, 15(Pt 1), pp. 1-12.

Hempel, C.G. (1970). On the 'Standard Conception' of Scientific Theories. En M. Radner y S. Winokur (eds.), *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*. Vol 4. Minneapolis: University of Minnesota Press, pp. 142-163.

Henry, J. D., Phillips, L. H., Ruffman, T., & Bailey, P. E. (2013). A meta-analytic review of age differences in Theory of Mind. *Psychology And Aging*, 28(3), pp. 826-839.

Herbart, J. F. (1935). Bosquejo para un curso de pedagogía. Traducción de Lorenzo Luzuriaga. Madrid: Ediciones de La Lectura (Trabajo original publicado 1835).

Herbert MR, Sage C. (2013). Autism and EMF? Plausibility of a pathophysiological link - Part I. Pathophysiology. N° 20 (3), pp. 191-209. doi: 10.1016/j.pathophys.2013.08.001. Epub 2013 Oct 4. PMID: 24095003.

Higuera, M. (2010). Tratamientos Biológicos del Autismo y Dietas de Eliminación. *Revista chilena de pediatría*, 81(3), pp. 204-214. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000300002>

Hobson, P (2002). *The Cradle of thought. Exploring the origines of thinking*. London: Pan Books

----- (1993) *Autism and the development of mind*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

----- (1993b). The emotional origins of social understanding. *Philosophical Psychology*; 6: 227-49

Hoche, A. (2009). El proceso esquizofrénico. Forma hebefrénica. *Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 15, N° 3, Traducción: Daniel Buschiazzi, Luis Roldán, pp. 168-181.

Hochman, J. (2009). Histoire de l'autisme. De l'enfant sauvage aux troubles envahissant du développement. Préface de Roger Mises. Paris: Odile Jacob.

Huertas, R. (2011) En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* N°31 (111), pp. 437-456. Doi: 10.4321/S0211-57352011000300004

----- (2002). Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936). *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*. Vol 3, N° 1. Consultado el 26 de julio de 2021. Disponible [on-line] en: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16390/16236>

- Insel, T. (2013). Transforming Diagnosis. National Institute of Mental Health. Consultado el 22 de octubre de 2022. Disponible [on-line] en: <https://psychrights.org/2013/130429NIMHTransformingDiagnosis.htm>
- ICDL. The International Council on Development and Learning (2023). Home of DIR floortime. Consultado el 7 de marzo de 2023 en: <https://www.icdl.com/espanol>
- Juranville, A. (1988). *Lacan y la filosofía*. Paris: Presses Universitaires de France
- Jung, C. G. (1910/2016). Conflictos del alma infantil. Bs As.: Paidós
- Jure, R. (2008). *I Curso anual intensivo de trastornos del Espectro Autista. Aspectos clínicos, etiológicos, fisiopatológicos, y talleres de tratamiento*. Wernicke. Córdoba [inédito].
- Kalcker, A. (2022). *El autismo ¿no tiene cura? La verdad resulta ser otra*. Andreas Kalcker Sitio oficial. Consultado el 10 de noviembre de 2022. Disponible [on-line] en: <https://andreaskalcker.com/salud/autismo.html>
- Kahlbaum, K. (1995 [1863]). *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*. Danzig: Kafemann Verlag [Clasificación de las enfermedades psíquicas, traducción de Reinhard Lamsfub. Madrid: Ediciones DOR.
- Kanner, L. (1920). Untersuchungen über den Einfluss von Ruhe, Schlaf und Arbeit auf das Elektrokardiogramm und Kardiophonogramm, unter besonderer Berücksichtigung von Leitungszeit und Erregungszeit. *Promotionsakte* n°871. Berlin: Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin.
- (1924). Die Verwendung der Zähne außerhalb der Mundhöhle bei den verschiedenen Völkern. *Dtsch Z Zahnheilkd*, N° 42, pp. 573-78.
- (1925). A Psychiatric Study of Ibsen's Peer Gynt. *Journal of Abnormal Soc Psychol*. N° 19, pp. 373-82.
- (1925b). Folklore of the Teeth I. A folkloristic Study of Teeth as used outside of the Oral Cavity. *Dent Cosmos* N° 67, pp. 178-84.
- (1926). General Paralysis Among the North American Indians. *Am J Psychiatry* N° 83, pp. 125-33.
- (1926a). The Influence of Rest, Sleep, and Work upon the Action of the Heart. *Am. Jour. Med. Sci.* clxxi, p. 331.
- (1928). *Folklore of the Teeth*. New York: Macmillan
- (1928b) The Tooth as a Folkloristic Symbol. *Psychoanalytical Rev* N° 15, pp. 37-52.
- (1930). The names of the falling sickness. *Human Biology*, 2, pp. 109-127.
- (1930a) Folklore and cultural history of epilepsy. *Medical Life* 37, pp. 167-214.

- (1931). Judging emotions from facial expressions. *Psychological Monographs* N° 41(3), pp. 1–91.
- (1931a). The teeth of gods, saints, and kings. *Medical Life*, 38, pp. 506-518.
- (1931b). Medical folklore. *Medical Life*, 38, pp. 523-527.
- (1932). Supplying the psychiatric needs of a pediatric clinic. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2, 4, october, pp. 400-406.
- (1933). Work with psychobiological children's personality difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4(3), pp. 402–412. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1934.tb06303.x>
- (1933a) The significance of the complaint factor in child psychiatry. *American Journal of insanity*, V. 90, Issue 1, pp. 171-182. <https://doi.org/10.1176/ajp.90.1.171>
- (1934). The occurrence of cataleptic phenomena in children. *Journal of Pediatrics*, 3, pp. 330-340.
- (1935). Liaison work in psychiatry in the department of pediatrics. En *Proceedings of the second conference on psychiatric education*. New York: National Committee for Mental Hygiene. pp. 78-87.
- (1935b). The contribution of a psychiatrist as a member of the pediatric hospital staff. *Journal of Pediatrics*, N°9, pp. 558-563.
- (1937) The development and present status of psychiatry in pediatrics. *The Journal of Pediatrics*, Volume 11, Issue 3, pp. 418-435. ISSN 0022-3476. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(37\)80027-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(37)80027-X).
- (1937b). The application of psychiatry to general medicine. medicine [Presented at the Dalhousie Refresher Course, September 3, 1937], *Nova Scotia Medical Bulletin*, N° 16, 9, pp. 548-556
- (1937c). Prognosis in child psychiatry. *Arch NeurPsych.* 37(4), pp. 922–928. doi:10.1001/archneurpsyc.1937.02260160222020
- (1937d). Habeas Corpus releases of feebleminded and their consequences. *The Daily Record*, Baltimore, 14.4.1937.
- (1937e). The invalid reaction in children. *Journal of Pediatrics*, 11, pp. 341-355.
- (1937f) Problem children growing up. *American Journal of Psychiatry*, 1937, 94, november, 691-699.
- (1938) The Paediatric–Psychiatric Alliance. *Can Med Assoc J*, N° 38 (1), pp. 71-74.

- (1938b) Some pediatric problems of behavior in infant and early childhood. *The journal of pediatrics* 13, pp. 417-433.
- (1939). Infantile sexuality. *The Journal of Pediatrics*, V. 15, Issue 4, pp. 583-608, ISSN 0022-3476, [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(39\)80018-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(39)80018-X).
- (1940). Play investigation and play treatment of Children's behavior disorders. Critical Review. *The Journal of Pediatrics* N°15. Baltimore, pp. 533-546
- (1941). Mental disturbances in Adolescents. *Medical Clinics of North América*. Baltimore Number, pp. 515-527.
- (1941a). Early behavior problems as signposts to later maladjustment, *American Journal of Psychiatry*, V. 97, Issue 6, pp. 1261-1271
- (1941b). *In Defense of Mothers: How to Bring Up Children in Spite of the More Zealous Psychologists*. Charles C Thomas Publisher, Ltd.. <https://doi.org/10.1037/13588-000>
- (1942). Child psychiatry. *Mental deficiency*. Baltimore, MD.
- (1942b). Exoneration of the feebleminded. *American Journal of Psychiatry* 99, pp. 17-22.
- (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* N° 2, pp. 217-250.
- (1943b). Affective contact. Co-editor's introduction, *Nervous Child* N° 2, pp. 216.
- (1944). Early infantile autism. *The Journal of paediatrics*. Baltimore, Md.
- (1944b). The origins and growth of child psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, V. 100, pp. 139-143. doi: 10.1176/ajp.100.6.139
- (1944c). Convenience and Convention in Rearing Children. *The Scientific Monthly*, Vol. 59, No. 4, pp. 301-306. Published by: American Association for the Advancement of Science. URL: <http://www.jstor.org/stable/18254>
- (1944d). Gustav Aschaffenburg: In memoriam. *American Journal of Psychiatry*, 101, pp. 427-428.
- (1945). A Philological Note on Sex Organ Nomenclature. *The Psychoanalytic Quarterly*, 14:2, pp. 228-233, DOI: 10.1080/21674086.1945.11925602
- (1946). *Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism*. Chicago: American Psychiatric Association 102d annual meeting.
- (1948). *Child Psychiatry* (2nd ed). Springfield: Charles C Thomas
- (1949). Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol 19 (3), pp. 416-426.

- (1950). Adolf Meyer: In memoriam. *Quarterly Journal of Child Behavior* 2, pp. 348-349.
- (1950b). Centrifugal and centripetal forces in personality development. *Quarterly Journal of Child Behavior* 2, pp. 353-357.
- (1951). The conception of wholes and parts in Early Infantile Autism. *American Journal of Psychiatry*, 108/1, pp. 23-26.
- (1951a). Gobbledygook in psychiatric writing. *Am J Psychiatry* 108(6), pp. 474-5. doi: 10.1176/ajp.108.6.474. PMID: 14878012.
- (1952). Child Psychiatry. Mental Deficiency, *American Journal of Psychiatry*, 108/7, pp. 523-526
- (1953). Mental health in child rearing. *Child* 17, pp. 116-117.
- (1953a). Parents' feelings about retarded children. *American Journal of mental Deficiency* 57, pp. 375-383.
- (1954). A matter of of historical perspective. *American Journal of Psychiatry*, N° 11, pp. 397-388
- (1955b). The status of historical perspective in psychiatric instruction. *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 29, No. 4, pp. 329-336
- (1955c). August Homburger: Pioneer in child psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, N° 112, pp. 146-148.
- (1958). The specificity of early infantile autism. *Acta Paedopsychiatrica*. N°25, pp. 108-13.
- (1958b). The cart before the horse. *American Journal of Psychiatry* 114, 10, pp. 948-949.
- (1959). Schizophrenia as a Concept. In Scher, S., & Davis, H. (Eds.): *The Outpatient Treatment of Schizophrenia*. New York: Grune & Stratton.
- (1959a). Problems of adolescence. *The Journal of Pediatrics*. V. 55, Issue 3, pp. 397-404. ISSN 0022-3476. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(59\)80235-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(59)80235-3)
- (1959b) Centripetal forces in personality development. *American Journal of Psychoanalysis*, 19(2), pp. 123-133
- (1960). Do behavioural symptoms always indicate psychopathology? *Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 1, pp. 17-25. Pergamon Press Ltd.
- (1960a). Arnold Gesell's place in the history of developmental psychology and psychiatry. *Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association*, 13, pp. 1-9.

- (1961[1941]). *En defensa de las madres. Cómo criar hijos a pesar de los más "fervientes" psicólogos*. Bs.As.: Paidós. Ediciones Horne.
- (1962). Tell me not in mournfull numbers *Am J Psychiatry*. N°119, pp. 479-80. doi: 10.1176/ajp.119.5.479. PMID: 13962246.
- (1962a). Quote-unquote. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, Volume 1, Issue 2, pp. 323-326, ISSN 0002-7138, <https://doi.org/10.1097/00004583-196204000-00010>.
- (1962b). Emotionally Disturbed Children: A Historical Review. *Child Development*, Vol. 33, No. 1, pp. 97-102. Published by: Wiley on behalf of the Society for Research in Child Development. URL: <http://www.jstor.org/stable/1126636>
- (1963). The scope and goal of psychotherapy with children. *Am J Psychother*. N° 17, pp. 366-374. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1963.17.3.366.
- (1964). *A history for the care and a study of the mentally retarded*. Springfield: C. Thomas.
- (1965). Infantile autism and the schizophrenias. *Behav Sci* N°10, pp. 412-20.
- (1965b). Children in state hospitals. *Am J Psychiatry* 121, pp. 925-927. doi: 10.1176/ajp.121.9.925. PMID: 14264775
- (1968) Early infantile autism revisited. *Psychiatry Dig* N° 29, pp. 17-28.
- (1969). The children haven't read those books. Reflections on differential diagnosis. *Acta paedopsychiatrica* N° 36, 1, pp. 2-11.
- (1971). Childhood Psychosis: A Historical overview. *John Hopkins University*. Baltimore: Scripta publishing corporation.
- (1971a). Follow-Up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943, *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. Vol 1(2), pp 119-145.
- (1971b). Approaches: Retrospect and Prospect. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 4, pp. 453-459
- (1973). Historical perspective on developmental deviations. *Journal of autism and childhood schizophrenia*. Vol 3 N° 3, pp. 187-198.
- (1973a) The Birth of Early Infantile Autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, N°3. Johns Hopkins University School of Medicine, pp. 93-95
- (1976 [1935]). *Psiquiatría infantil*. 4° Edición. Bs. As.: Ediciones Siglo Veinte.
- (1977). *Autobiography. Freedom from within*. Washington: Held at the American Psychiatric Association Library and Archives. [Unpublished].

- (2021). *Perturbaciones autistas del contacto afectivo*. Traducción comentada por M. Eugenia Bellone Cecchin del artículo Kanner, L (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Rev. Nervous Child* N° 2, pp. 217-250 (Inédito).
- Kanner, L. & Conn, J. (1940) Spontaneous erections in early childhood. *The Journal of Pediatrics*. Volume 16, Issue 3, pp. 337-340. ISSN 0022-3476. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(40\)80153-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(40)80153-4).
- Kanner, L. & Eisemberg, L. (1955). *Early Infantile autism, 1943-1955*. Childhood Schizophrenia Symposium. Johns Hopkins Hospital, Baltimore.
- Kanner, L.; Eisemberg, L. & Ascher, M. D. (1959). A clinical study of Gilles de la Tourette's disease (maladie des tics) in children. *The American Paediatric Association*.
- Kanner, L. & Hathaway, R. (1958) Personality Studies. *Postgraduate Medicine*, V. 24:4, pp. 400-406, DOI: 10.1080/00325481.1958.11692240
- Kanner, L.; Rodriguez, A.; & Ashenden, B. (1972). *How far can autistic children go in matter of social adaptation?* Baltimore: The John Hopkins University School of Medicine and Hospital.
- Kanner, L. & Schilder, P. (1930). Movements of optic images and optic imagination of movements. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 72, pp. 489-517.
- Kauffman MA, Nemirovsky SI, Córdoba M, Zaiat JJ, Completa SP, Vega PA, González-Morón D, Medina NM, Fabbro M, Romero S, Brun B, Revale S, Ogara MF, Pecci A, Marti M, Vazquez M, Turjanski A. (2015). Whole Genome Sequencing Reveals a De Novo SHANK3 Mutation in Familial Autism Spectrum Disorder. *PLoS One* N°3. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116358>
- Klein, M. (1955). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos*. Tomo II. Biblioteca Fundamental de las Ciencias de la Psicología. Buenos Aires: Paidós. 2015.
- (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Envidia y Gratitud y otros trabajos*. Biblioteca de Psicoanálisis. Bs. As.: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara. 2008. Pp. 5-33.
- (1932). *El psicoanálisis de niños*. Tomo II. Biblioteca Fundamental de las Ciencias de la Psicología. Buenos Aires: Paidós.
- (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)*. Tomo I. Biblioteca Fundamental de las Ciencias de la Psicología. Buenos Aires: Paidós. 2015. Pp. 226-239.
- (1926). Principios psicológicos del análisis infantil. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)*. Tomo I. Biblioteca Fundamental de las Ciencias de la Psicología. Buenos Aires: Paidós. 2015. Pp. 139-149

- (1921). El desarrollo de un niño. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)*. Tomo I. Biblioteca Fundamental de las Ciencias de la Psicología. Buenos Aires: Paidós. 2015. Pp. 17-67
- Klimovsky, G. (1995) *Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la epistemología*. Bs. A.: AZ editora.
- Kraepelin, E. (1999). *Cien Años De Psiquiatría*. Madrid: Asociación Española De Neuropsiquiatría.
- (1905/1990). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Nieva.
- (1909-1913). *Compendium der Psychiatrie*. 8va.ed. Leipzig.
- Kristeva, J. (2001). *La revuelta íntima*. Bs. As.: Eudeba.
- Lacan, J. (1946/2002). Acerca de la causalidad psíquica. En J. Lacan: *Escritos I*. Bs.As.: Siglo XXI editores.
- (1948/2002). La agresividad en psicoanálisis. En J. Lacan: *Escritos I*. Bs.As.: Siglo XXI editores.
- (1949/2002). El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan: *Escritos I*. Bs.As.: Siglo XXI editores.
- (1953-1954). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 1: Los Escritos Técnicos de Freud*. Bs. As.: Paidós.
- (1955-1956). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3: Las psicosis*. Bs. As.: Paidós.
- (1957-1958). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Psikolibro. Univesridad Nacional John F. Kennedy. Consultado el 02 de abril de 2023 en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-argentina-john-f-kennedy/teoria-del-psicoanalisis-i/lacan-j-seminario-5-las-formaciones-del-inconsciente/36494874>
- (1960/2011). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. *Escritos 2*. Bs. As.: Ed. Siglo XXI.
- (1961-1962). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 9. La identificación*. (Versión Crítica). Establecimiento del texto, traducción y notas por Ricardo E. Rodríguez Ponte. Bs. As.: Escuela Freudiana de Buenos Aires. Consultado el 02 de abril de 2023 en: https://edicionesjustine-elp.net/wp-content/uploads/2019/10/La_identificacion.pdf
- (1964-1965). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los Cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Bs. As.: Paidós.
- (1967-1968) *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 15. La Lógica del fantasma*. Seminario inédito.

- (1972-1973) *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 20: Aún*. Bs. As.: Paidós.
- Lain Entralgo, P (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores, S. A.
- Lakatos, I. (1974/1987). *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales* (1º reimpresión). Ed. Teknos: Madrid.
- (1978/1989). *La Metodología de los Programas de Investigación Científica*. Madrid: Alianza editorial.
- Lakatos, I. (2002 [1963]). El efecto de Newton sobre las reglas de la ciencia. En *Escritos filosóficos I*. Madrid: Alianza Editorial.
- (2002 [1974]). Popper y los problemas de demarcación e inducción. En *Escritos filosóficos I*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lakatos I. y Zahar, E. (2002 [1976]). ¿Por qué superó el programa de investigación de Copérnico al de Ptolomeo? En: *Escritos filosóficos I*. Alianza Editorial. Madrid.
- Lalaguna-Mallada, P.; Alonso-del Val, B.; Abió-Albero, S.; Peña-Segura, J.; Rebage, V.; López-Pisón, J. (2004). Microcefalia como motivo de consulta en un Servicio de Neuropediatría de referencia regional. *Revista de Neurología* N° 38. Consultado el 12/01/2023. Disponible [on-line] en: https://www.researchgate.net/publication/8894501_Microcephalus_as_the_reason_for_visiting_a_regional_referral_Neuropaediatric_Service
- Lalueza, J. L. y Crespo, I. (1996): Algunas dificultades generadas por el sesgo cultural en el estudio del desarrollo humano. *Cultura y educación* N°3, pp. 51-69
- Lanteri-Laura, G. (2000). Nuestra psiquiatría, 200 años después. En *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* N°40, Vol. X. Bs. As.: Polemos, pp. 9-14
- (2004). La noción de epistemología regional en psiquiatría. En G. Berrios, F. Fuentebro de Diego, J. Garrabe, R. Huertas García, G. Lanteri-Laura, S. Zysman *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* N°55, Vol. XV. Bs. As.: Polemos, pp. 29-37
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2013). (2013) La batalla del autismo. De la clínica a la política. Paris: Grama Ediciones.
- Lefort, R. (1983) *El nacimiento del Otro*. En colaboración con Robert Lefort. Bs. As.: Paidós.
- Lejarraga, H.; Menendez, AM.; Menzano, E; Guerra, L; Biancato, S.; Pianelli, P.; Del Pino, M.; Fattore, MJ.; Contreras, MM. (2008) *Screening for developmental problems at primary care level: a field programme in San Isidro, Argentina*. *Paediatr Perinat Epidemiol* 22 (2). Pp. 180-187. DOI: 10.1111/j.1365-3016.2007.00897.x.
- Leslie, A. M. (1994). Pretending and believing: issues in the theory of ToMM. *Cognition* 50, pp. 211-238.

- (1987). Pretense and representation: The origins of theory of mind. *Psychological Review*, 94(4), pp. 412–426. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.4.412>
- Leuret, F. (1840). *Du traitement moral de la folie*. Disponible [on-line] en : https://books.google.com.ar/books?id=pdlEAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ley 26.657. (2010) Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación Argentina. Disponible [on-line] en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 27.043 (2014) Declárase de Interés Nacional el abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA). Poder Legislativo Nacional. Disponible [on-line] en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/24085.html>
- Liu, X., Campanac, E., Cheung, H. H., Ziats, M. N., Canterel-Thouennon, L., Raygada, M., Baxendale, V., Pang, A. L., Yang, L., Swedo, S., Thurm, A., Lee, T. L., Fung, K. P., Chan, W. Y., Hoffman, D. A., & Rennert, O. M. (2017). Idiopathic Autism: Cellular and Molecular Phenotypes in Pluripotent Stem Cell-Derived Neurons. *Molecular neurobiology*, N°54(6), pp. 4507–4523. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1007/s12035-016-9961-8>
- Llanos, L. (2007). Trastorno generalizado del desarrollo (TGD) y trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD): dos diagnósticos que requieren reflexiones críticas. *Cuestiones de infancia*, 11, 44-67. Disponible on-line en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/78>
- Loke, Y. J., Hannan, A. J., & Craig, J. M. (2015). The Role of Epigenetic Change in Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in neurology*, N° 6, 107. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.3389/fneur.2015.00107>
- López, A. G. (2003). Psicoanálisis infantil, un recorrido histórico. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*. N° 4. ISSN: 1989-3566. Disponible [on-line] en: <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-4/psicoanalisis-infantil-un-recorrido-historico/>
- López-Ibor, J. (2016). Clasificación Internacional de las Enfermedades. Décima revisión. Capítulo V - Trastornos mentales y del comportamiento. Prólogo a la edición española. Disponible [on-line] en: <http://edwinmunozt.blogspot.com/2016/04/prologo-la-edicion-espano-la-la-edicion.html>
- Luria, A. R. (1974). *Lenguaje y comportamiento*. Madrid: Ed. Fundamentos
- Madeuf, P. (2009). Clinique de l'autisme: prise en charge des enfants autistes en hôpital de jour. *Savoirs et clinique* N° 11, pág. 11 – 16.
- Maganto Mateo, C. y Cruz Sáez, S. Desarrollo físico y psicomotor en la etapa infantil. Facultad de psicología. Consultado el 25 de marzo de 2023 en: <https://isfd112->

bue.infed.edu.ar/sitio/wp-content/uploads/2020/07/APUNTE-DESARROLLO-MOTOR-LIBRO-1.pdf

- Mahler, M. (1968). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. México: J. Mortiz.
- (1990) Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos. 1° reimpresión. Bs. As.: Paidós.
- Maleval, J.-C. (1994). Cómo desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1(49), 269-290.
- (2002). *La Forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica*. - 1ª ed. Buenos Aires: Paidós.
- (2004 [1987]). *Locuras Históricas y Psicosis Disociativas*. 1ª Ed. 3ª reimp. Bs. As.: Paidós.
- (2011). *L'autiste et sa voix*. Paris: Seuil.
- (2012). *¡Escuchen a los autistas!* Bs. As.: Grama Ediciones.
- (2017). Lo que vendrá... Entrevista a Jean-Claude Maleval, por Marita Manzotti. *Publicación de la Escuela de Orientación Lacaniana*. Consultada el 15 de febrero de 2023, en: <https://elcaldero.eol.org.ar/Ediciones/006/template.asp?Lo-que-vendra/Entrevista-a-Jean-Claude-Maleval.html>
- (2022). La diferencia autística. Psicoanálisis lacaniano. *Blog de Psicoanálisis en la articulación Freud – Lacan*. Consultado el 23 de agosto de 2022. Disponible [on-line] en: <https://psicoanalisislacaniano.com/2022/03/21/jcmaleval-diferencia-autistica-20220321/>.
- Mannoni, M. (1976). *Un lugar para vivir*. Barcelona: Ed. Crítica.
- (2007 [1963]). *En el niño, su enfermedad y los otros*. Disponible [on-line] en: https://usal-psicopatoinfanto.webnode.com.ar/_files/200000245-aca2bad9c4/Mannoni.%20El%20ni%C3%B1o.su%20enfermedad%20y%20los%20otros_Prefacio.pdf
- Manzotti, M. (2001) Para la lógica de la cura del autismo y la psicosis infantil, el valor de lo imprevisto está en su cálculo. *Psicoanálisis APdeBA*, Vol XXIII, N° 3. Bs. As.: APdeBA
- (2018) *Clínica del autismo infantil. El dispositivo soporte*. Buenos Aires: Grama.
- Mariani, J., Coppola, G., Zhang, P., Abyzov, A., Provini, L., Tomasini, L., Amenduni, M., Szekely, A., Palejev, D., Wilson, M., Gerstein, M., Grigorenko, E. L., Chawarska, K., Pelphrey, K. A., Howe, J. R., & Vaccarino, F. M. (2015). FOXP1-Dependent Dysregulation of GABA/Glutamate Neuron Differentiation in Autism Spectrum Disorders. *Cell*, N°162(2), pp. 375–390. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.06.034>

- Martín Murcia, F. M; García Peñas, J.J.; Motos Alarcos, A. (2001). Autismo y lesiones estructurales del lóbulo temporal: presentación de seis casos. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 2 (1), pp. 61-67. Consultado el 12/01/2023. Disponible [on-line] en : <http://www.cop.es/colegiados/gr02024/autism%20and%20temporal%20lobe.pdf>
- Martínez, M. (2011). Intersubjetividad y Teoría de la Mente. Un mapa para comprender sus relaciones y las diversas formas que adopta su investigación. *Psicología del Desarrollo* N°1 (II); pp. 9-28 ISSN 1853-8746
- Martínez-Frías, M. L. (2012). Talidomida: 50 años después. *Medicina Clínica*. Vol. 139, N° 1, pp. 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.10.011>
- Martino, P. (2014). Aspectos comportamentales de la oxitocina: su influencia en el estrés y en la cognición social. Cuadernos de Neuropsicología. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, vol 8 (2). [Doi: 10.7714/cnps/8.2.204](https://doi.org/10.7714/cnps/8.2.204)
- Martos, J. y Ayuda, R. (2018). Autismo, lenguaje y alteraciones del neurodesarrollo. *Logopedia. Conectando Ciencia y Profesión*. Coord.: E. Mendoza y E. Planells. Editorial Universidad de Granada.
- Martos-Pérez J, Paula-Pérez I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología* 52 (Supl 1): S147-53.
- Masotta, O. (1968). La fenomenología de Sartre y un trabajo de Daniel Lagache. En *Conciencia y estructura*. Bs. As.: Jorge Alvarez.
- Mazzuca, R. (2001). *Las Psicosis*. Bs. As.: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Meltzer, D et. Al. (1975) *Explorations in Autism. A psychoanalytical study*. Scotland: Clunie Press. Disponible [on-line] en: https://books.google.com.ar/books?id=f6v5NmEZ47IC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Mezrich, J.; Zapata, M. & Schwartz, K. (1995). La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general. *Revista Medica Herediana*, N°6 (4), pp. 187-192. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1995000400006&lng=es&tlng=es.
- Miller, J-A. (1979). Cinco conferencias caraqueñas sobre Lacan. En *Seminarios en Caracas y Bogotá*. Consultado el 25 de febrero de 2023 en: <https://teorias2centro.files.wordpress.com/2017/02/seminarios-en-caracas-y-bogotacc81-jacques-alain-miller.pdf>
- (1987). *Introducción al método psicoanalítico*. Bs.As. : Paidós
- (2000). Los seis paradigmas del goce. En *El lenguaje, aparato del goce*. Buenos Aires: Colección Diva.

- (2003). *Lo real y el sentido*. Bs. As.: Diva.
- (2013) *Piezas sueltas* -1ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós
- Miller, J. & otros, con Rosine y Robert Lefort. (2021). *Porvenir del autismo*. Bs. As.: Paidós
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). *Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de Personas con Trastorno del Espectro Autista*. RES. N° 2641/2019. Bs. As.: Secretaría de Gobierno de Salud. Disponible [on-line] en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/consenso-tea.pdf>
- Ministerio de Salud (2015). Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Intelectual y Mental (Disposicion N°648/2015). Servicio Nacional de Rehabilitación. Consultado el 12 de noviembre de 2022. Disponible [on-line] en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-648-2015-249897>
- Monserrat, J. (2001). Engramas neuronales y teoría de la mente. *Pensamiento: Revista de investigación e Información filosófica*, Vol. 57, N° 218. ISSN 0031-4749, ISSN-e 2386-5822, pp. 177-211.
- Montiel-Nava, C., & Peña, J. A. (2008). Epidemiological findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan study. *Autism*, 12(2), 191-202.
- Moreno Pestaña, J.L. (2006). *Convirtiéndose en Foucault. Sociogénesis de un filósofo*. Madrid: Montesinos.
- Muñoz-Yunta, J.A.; Palau-Baduell, M.; Salvadó-Salvadó, B.; Valls-Santasusana, A.; Rosendo-Moreno, N.; Clofent-Torrentó, M.; Manchado, F. (2008) Autismo, epilepsia y genética. *Revista de Neurología*, 46 (Supl. 1), pág.71-77.
- Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Psicopatología. Salud Mental* N° 13. pág. 23-30. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/86602014/Autismo-como-Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-II#scribd>
- Murray, C.; Tobar, A.; Villablanca, F. & Soto, G. (2015). El Componente Pragmático en adultos con Síndrome de Asperger: Actos de habla indirectos, metáforas y coerción aspectual. *Revista de lingüística teórica y aplicada*, 53(1), 35-58. Disponible [on-line] en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48832015000100003>
- Murray, L. & Trevarthen, C. (1985). Emotional regulation of interactions between two month-olds and their mothers. In T. M. Field & N. Fox (Eds.) *Social perception in infants*. Norwood, NJ.: Ablex.
- Navarro, A. (1943). *Tratado de semiología y propedéutica Clínica*. Biblioteca médica. Bs. As.: Editorial Losada
- Asociación de Neurología Pediátrica (ANEP). Consultado el 12/01/2023. Disponible en: <https://www.neurologiapediatrica.org>

- Neumärker, K. J. (2003). *Leo Kanner: His Years in Berlin, 1906-24. The Roots of Autistic Disorder*. National Center for biotechnology Information. DOI: 10.1177/0957154X030142005
- Newson, E.; Le Maréchal, K.; & David, C. (2003). Pathological demand avoidance syndrome: a necessary distinction within the pervasive developmental disorders *Archives of Disease in Childhood* N° 88, pp. 595-600.
- Núñez Ríos, D. (2020). Caracterización clínica y estudio genético de una cohorte colombiana con trastorno del espectro autista idiopático. Universidad de los Andes. Consultado el 12/01/2023. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/50932>
- Olano Rei, R. (1993). La psicología genético-dialéctica de H. Wallon y sus implicaciones educativas. Universidad de Oviedo. Disponible [on-line] en: https://books.google.com.ar/books?id=RFXSuaB1teUC&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Olmsted, D. & Blaxill, M. (2015). Leo Kanner's Mention of 1938 in His Report on Autism Refers to His First Patient. New York: Springer Science. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. DOI 10.1007/s10803-015-2541-3
- Orellana, C. I. (2016). El desafío de construir una Psicología del desarrollo crítica en sociedades inhóspitas. *Revista Costarricense de Psicología*, 35(2), pp. 4-19. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v35i02.01>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados a la salud*. Décima versión (CIE-10). Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud. Subdirección General de Información Sanitaria. Disponible [on-line] en: www.mscbs.gob.es
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS.
- Ozonoff S, South M, Provençal S. (2005). Executive functions. In Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D, eds. *Handbook of autism and developmental disorders*. New Jersey: John Wiley and Sons, pp. 606-627
- PANAACEA (2022). ABA-DTT (Applied Behavior Analysis – Discrete Trial Training): Análisis Conductual Aplicado – Ensayo Discreto. Consultado el 17 de febrero de 2023 en: <https://test.panaacea.org/>
- Parmeggiani, A., Posar, A., & Rossi, P. G. (1999). Autismo, macrocefalia ed epilessia: ¿Associazione casuale? *Bollettino - Lega Italiana contro l'Epilessia*, (106-107), pp. 227-228.
- Paula, C.S.; Ribeiro, S.H.; Fombonne, E. & Mercadante, M.T. (2011) *Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41 (12), pp. 1738-1742. DOI: 10.1007/s10803-011-1200-6.

- Pavel, O (2015 a). *Leo Kanner, The Founder of Autism Studies in USA*. DOI: 10.13140/RG.2.1.3438.5761
- (2015 b). Leo Kanner's Life-long contribution on children's education and wellness. DOI: 10.13140/RG.2.1.4192.2405.
- Pathological Demand Avoidance Syndrome (2016). A reference booklet for clinicians. Awareness matters. PDA Society. Disponible [on-line] en: www.pdasociety.org.uk
- Peusner, P (2019). *Autoridad y desproporcion sexual en la clínica psicoanalítica lacaniana con niños*. Bs. As.: Letra Viva.
- Pichot, P. y Rein, W. (1995). *El abordaje clínico en psiquiatría*. Tomos 1, 2, y 3. Bs. As.: Editorial Polemos.
- Piaget, J. (1923). *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé: Neuchatel.
- (1947). *La psicología de la inteligencia.: Lecciones en el College de France*. Bs. As.: Siglo XXI Editores. (2014)
- (1969). *Psicología y pedagogía*. Bs. As.: Paidós. 2016
- Peralta, V. (2004). Estamos anclados en sistemas nosológicos caducos. En G. Berrios, F. Fuentebro de Diego, J. Garrabe, R. Huertas García, G. Lanteri-Laura, S. Zysman VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría N°55, Vol. XV. Bs. As.: Polemos, pp. 67-73.
- Pino-López, M. & Romero-Ayuso, D. (2013). Trastornos del espectro autista y exposiciones ocupacionales de los progenitores. *Revista Española de Salud Pública*, 87(1), 73-85. Recuperado en 10 de enero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000100008&lng=es&tlng=es.
- Popper, K. (1979). *Conjeturas y refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico*. Barcelona, Paidós
- Postel, J. y Quétel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Potter, H. (1933). Schizophrenia in children. *American Journal of Psychiatry*, N° 12, pp. 1253–1270.
- Press, S. (2012). Psiquiatría infantil y psicoanálisis Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes. *Revista uruguaya de Psicoanálisis* (en línea). ISSN 1688 – 7247, pp. 116-136.
- Quine, W. V. O. (1985 [1950]) Dos dogmas del empirismo. En *Desde un punto de vista lógico*, Barcelona: Orbis, pp. 49-81
- Quintana Hernández, D., Lantigua Cruz, A., Tamargo Barbeito, T., Tasé Vila, D., Calixto Robert, Y., & Dorta Garcías, D. (2021). Variaciones dismórficas en el autismo primario.

Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía, 11(1). Recuperado el 12/01/2023 de <http://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/443>

Quijada G, C. (2008). Espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, N°79 (Supl. 1), pp. 86-91. Consultado el 12/01/2023 en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000700013>

Rademacher, E. S (1936). Review of Child Psychiatry. *Yale Journal of Biology and Medicine*, p. 664.

Registro Nacional de Personas con Discapacidad (2022). Equipo de estadística e investigación social. Ministerio de Salud de la Nación. Bs. As.: ANDIS [Actualización al 01-08-2022].

Reca, T. y cols. (1961). Problemas psicopatológicos en pediatría. Bs. As.: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Rioja Gómez, J. (comp.) (1984). *Educación especial*. Biblioteca de Psicología y Educación N° 8. Madrid: Editorial Cincel

Rivière, A. (1987). *El sujeto de la psicología cognitiva*. Madrid: alianza editorial.

----- (1988). *Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil*. Colección investigaciones. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa.

----- (2002) IDEA: inventario del espectro autista. FUNDEC.

----- (2010). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. 3° reimpresión. Madrid: Editorial Trotta

Robinson-Agramonte, M., Noris García, E., Fraga Guerra, J., Vega Hurtado, Y., Antonucci, N., Semprún-Hernández, N., Schultz, S., & Siniscalco, D. (2022). Immune Dysregulation in Autism Spectrum Disorder: What Do We Know about It?. *International journal of molecular sciences*, N° 23(6), 3033. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.3390/ijms23063033>

Romero HA, Limón EIG, López SR, et al.(2017). Impacto del galenismo durante la Edad Media: la importancia de la cultura árabe en su introducción al mundo médico cristiano. *An Med Asoc Med Hosp* 62(3), pp. 232-239.

Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science* 19; 179 (4070), pp. 250-8. Consultado el 12/01/2023 en <https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>

Rosental, M. & Iudín, P. F. (1965). *Diccionario filosófico*. Traducido del ruso por Augusto Vidal Roget. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos.

Roudinesco, E. (2011). *Lacan, envers et contre tout*. Paris: Seuil

----- (1993) La batalla de cien años. T. 2. Madrid: Ed. Fundamentos

----- (1994). *Lacan*. Bs. As.: Fondo de cultura económica.

- Ruggieri, V. L., y Arberas, C. L. (2015). Abordajes terapéuticos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 60(s01), pág. 45-49.
- (2017). Autismo: importancia de la dismorfología en la identificación de entidades médicas asociadas. *Revista de Neurología* N° 64 (Supl 1), pp. 27-31.
- Saffin, J. M., & Tohid, H. (2016). Walk like me, talk like me. The connection between mirror neurons and autism spectrum disorder. *Neurosciences* (Riyadh, Saudi Arabia), N° 21(2), pp. 108–119. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.17712/nsj.2016.2.20150472>
- Sánchez-Pedraza, R y Rodríguez-Losada, L. (1999). *Fundamentos de Psiquiatría Clínica Entrevista, Semiología, Síndromes, Terapéutica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Santamaría Olomo R, y Gorostidi M. (2021). Hipertensión arterial secundaria. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/409>
- Searle, J. (1975). Indirect Speech Acts. En Peter Cole y Jerry L. Morgan (eds.) *Syntax and semantics*. Vol. 3: Speech acts. Nueva York: Academic Press.
- Shuid, A. N., Jayusman, P. A., Shuid, N., Ismail, J., Kamal Nor, N., & Mohamed, I. N. (2021). Association between Viral Infections and Risk of Autistic Disorder: An Overview. *International journal of environmental research and public health*, N°18(6), 2817. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18062817>
- Sneed, J.D. (1971). *The Logical Structure of Mathematical Physics*. Reidel, Dordrecht
- Spitz, R. (1954). No y Si. Sobre la génesis de la comunicación humana. Bs. As: Ediciones Hormé
- (1972 [1958]). *El primer año del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. 3° ed.- 5ta reimpresión -. Madrid: Aguilar.
- Spanjaard, J. et. Al. (1965). *Historia del psicoanálisis* (V 5). Bs. As.: Paidós.
- Stagnaro, J. C. (1996). Presentación. En E. Kraepelin La demencia precoz. En *Revista Vertex*. Buenos Aires: Polemos
- (2006). Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente (CFTMEA-R-2000). *Vertex*, (69), 378-383
- (2006a). Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la argentina. *Revista Frenia* Vol. 6, pp. 7-37. Consultado el 10/02/2023 en <https://www.revistaen.es/index.php/frenia/index>
- (2007). Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas. En E. Laurent y et al. *Psiquiatría y Psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual*. Buenos Aires: Grama.

- (2017). Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas. *VERTEX*, Revista Argentina de Psiquiatría, N° 133, Vol. XXIX, pp. 191-235.
- Ssucharewa, G. E. (1926). Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *European Neurology*, N° 60 (3-4), pp. 235–261. doi:10.1159/000190478
- Sweileh WM, Al-Jabi SW, Sawalha AF & Zyoud SH. (2016). Bibliometric profile of the global scientific research on autism spectrum disorders. *Springerplus*. 2016 N° 2;5(1), p. 1480. DOI: 10.1186/s40064-016-3165-6.
- Talero-Gutiérrez, C., Rodríguez, M., De la Rosa, D., Morales, G., & Vélez-Van-Meerbeke, A. (2012) Caracterización de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista en una institución de Bogotá, Colombia. *Neurología*, 27(2), pp. 90-96.
- Tello, D. (2022). *Problemas epistemológicos del Acompañamiento Terapéutico: aportes desde la otredad*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. UNC. [inédito]
- (2007). *Estudio bibliográfico exploratorio sobre la relación existente entre la nosografía de Henri Ey y la de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión, desde la nosología clínica*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNC. [inédito].
- Tendlarz, S. E. (2011). Niños autistas. *Autismo e infancia*. Disponible [on-line] en: <http://www.silviaelentendlarz.com/index.php?file=Articulos/Autismo/Ninos-autistas.html>
- (2013) *Usos del cuerpo en los autistas*. Las Conversaciones del ENAPOL. Disponible en: <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Usos-del-cuerpo-en-los-autistas/Silvia-Elena-Tendlarz.html>
- (2013a) La batalla del autismo. De la clínica a la política. *Virtualia. Revista digital de la EOL*. Disponible [on-line] en: <http://revistavirtualia.com/libros/43/la-batalla-del-autismo> N° 27
- (2016) *Clínica del autismo y de las psicosis en la infancia*. Bs. As.: Colección Diva.
- (2021). El autismo y la foreclusión del agujero. *Cythere?* N°4 Revista de la Red interuniversitaria americana. FAPOL. Consultado el 7 de mar. de 23 en <https://fapol.org/cythere/cythere-4/>
- Tendlarz, S. y Álvarez Bayón, P. (2013) *¿Qué es el autismo? Infancia y psicoanálisis*. Bs. As.: Colección Diva.
- Tendlarz, S. E.; Miller, J-A; Laurent, E.; Maleval, J. C.; Schejtman, F. (2013) *Estudios sobre el autismo*. Bs. As.: Colección Diva.
- Thomas, M.-C. (2007). Lenguautismo. Los arreglos extraños. *Me cayó el veinte* N° 15. Disponible [on-line] en: <http://www.mecayoelveinte.com/category/numeros-anteriores/no-15-que-historias-nos-contamos>

- (2011). *L'autisme et les langues*. Paris: L'Harmattan.
- (2014) *Genealogía del autismo. Freud, Bleuler, Kanner*. Córdoba: Babel Editorial.
- Timimi, S. (2011). Autism is not a scientifically valid or clinically useful diagnosis. *BMJ* N° 343 doi: 10.1136/bmj.d5105
- Timimi, S.; Mallett, R. & Runswick-Cole, K. (2016) *Re-thinking Autism. Diagnosis, identity and equality*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Tripi, G., Roux, S., Matranga, D., Maniscalco, L., Glorioso, P., Bonnet-Brilhault, F., & Roccella, M. (2019). Cranio-Facial Characteristics in Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Journal of clinical medicine* N°8(5), 641. Consultado el 12/01/2023 em: <https://doi.org/10.3390/jcm8050641>
- Tordera Yllescas, J. C. (2007). *Trastorno del Espectro Autista: delimitación lingüística*. ELUA, (21), 301. <https://doi.org/10.14198/ELUA2007.21.15>
- Trevarthen, C; Aitken, K., Papoudi, D. & Robarts, J. (2003). *Children with Autism*. 2° edition. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. Disponible [on-line] en: <https://books.google.com.ar/books?id=1h7GytGFdNcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Trutzer, I. M., García-Cabezas, M. Á., & Zikopoulos, B. (2019). Postnatal development and maturation of layer 1 in the lateral prefrontal cortex and its disruption in autism. *Acta neuropathologica communications*, N°7 (1), 40. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1186/s40478-019-0684-8>
- Tuchman R. & Rapin I. (2002). Epilepsy in autism. *Lancet Neurol* 1: 352–358
- Tustin, F. (1972) *Autism and childhood psychosis*. London: Karnac books
- (1972b [2010]) *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Paidós.
- (1981 [1992]). *Estados autísticos en los niños*. Barcelona: Paidós.
- Varela-González, D. M., Ruiz-García, M., Vela-Amieva, M., Munive-Baez, L., & Hernández-Antúnez, B. G. (2011). Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediátrica de México*, 32(4).
- Valdez, & Ruggeri, (2015). *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. Bs. As.: Ed. Paidos
- Vallejo, M. (2012). Higiene y tratamiento moral en la obra de Pinel: La herencia como un impensable para el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX. *Revista De Historia De La Medicina y Epistemología Médica*, Vol. IV, 2.
- Vasen, J (2017). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Bs. As.: Noveduc

- Ventoso, M. R. (2000). Los problemas de alimentación en niños pequeños con autismo. Breve guía de intervención. En A. Rivière y J. Martos (Comp.). *El niño pequeño con autismo*. Madrid: APNA Ediciones.
- Vera, J. A. (2003). ¿El sujeto de la psicología sociocomputacional? *Anuario de Psicología* N°4, vol. 34. Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia, pp. 449-503.
- Vicedo, M. (2013) *The Nature and Nurture of Love: From Imprinting to Attachment in Cold War*. Chicago and London: University Chicago Press.
- (2014). La Ciencia de los afectos en el contexto histórico: Distintas visiones del autismo desde el psicoanálisis al proyecto del genoma autista. Disponible en: <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2014/03/20/el-autismo-nos-revela-dicotomias-de-la-ciencia.html>
- Vicedo, M. e Ilerbaig, J. (2020). Autism in Baltimore, 1938–1943. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Toronto: Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04602-4>
- Wallon, H. (1963a). Les étapes de la personnalité chez l'enfant. In: *Enfance* 16, n°1-2. Buts et méthodes de la psychologie. pp. 73-78. <https://doi.org/10.3406/enfan.1963.2312>
- (1963b). Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. In: *Enfance* 16, n°1-2, Buts et méthodes de la psychologie. pp. 121-150. <https://doi.org/10.3406/enfan.1963.2318>
- Wasilewska, J., & Klukowski, M. (2015). Gastrointestinal symptoms and autism spectrum disorder: links and risks - a possible new overlap syndrome. *Pediatric health, medicine and therapeutics*. N°6, pp. 153–166. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.2147/PHMT.S85717>
- Waterhouse, L. (2013) *Rethinking autism. Variation and Complexity*. San Diego: Academic Press.
- Wegiel, J., Flory, M., Kuchna, I., Nowicki, K., Ma, S. Y., Imaki, H., Wegiel, J., Frackowiak, J., Kolecka, B. M., Wierzba-Bobrowicz, T., London, E., Wisniewski, T., Hof, P. R., & Brown, W. T. (2015). Neuronal nucleus and cytoplasm volume deficit in children with autism and volume increase in adolescents and adults. *Acta neuropathologica communications*, N°3, 2. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1186/s40478-015-0183-5>
- Wegiel, J., Kaczmarek, W., Flory, M., Martinez-Cerdeno, V., Wisniewski, T., Nowicki, K., Kuchna, I., & Wegiel, J. (2018). Deficit of corpus callosum axons, reduced axon diameter and decreased area are markers of abnormal development of interhemispheric connections in autistic subjects. *Acta neuropathologica communications*, N° 6(1), 143. Consultado el 12/01/2023 en: <https://doi.org/10.1186/s40478-018-0645-7>
- Weidenheim, K. (2001). Neuropatología del autismo. *Revista Mexicana de Neurociencias*. Vol 2 (3), pp. 133-137

- Wernicke, K. (1996 [1900]). *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Ed. Polemos.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11, pp 115-129. doi:10.1017/S0033291700053332
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, pp. 11-29
- Wing, L.; Gould, J.; Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities* N° 32 (2), pp. 768-773. Disponible [on-line] en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21208775/>
- Wing, L. & Potter, D. (1999) *Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista*. Disponible en: <http://espectroautista.info/textos/divulgaci%C3%B3n/prevalencia-espectro-autista>
- Wing, L. & Potter, D. (2002) *The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising?* *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 8 (3). Pp. 151-61. DOI: 10.1002/mrdd.10029
- Winnicott, D. (1962) La integración del yo en el desarrollo del niño. En *Obras completas*. Disponible on-line en: <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- (1966). Autismo, observaciones clínicas. En *Obras completas*. Disponible on-line en: <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- (1967). La etiología de la esquizofrenia infantil en términos de la falla adaptativa. En *Obras completas*. Disponible on-line en: <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Xu Q, Liu YY, Wang X, Tan GH, Li HP, Hulbert SW, Li CY, Hu CC, Xiong ZQ, Xu X, Jiang YH. (2018). Autism-associated CHD8 deficiency impairs axon development and migration of cortical neurons. *Mol Autism*. N°19; pp. 9-65. Consultado el 12/01/2023 em doi: 10.1186/s13229-018-0244-2. PMID: 30574290; PMCID: PMC6299922.
- Yarza de los Ríos, A.; Mercedes Sosa, L.; Pérez Ramírez, B. (coord.) (2019). *Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. Libro digital, PDF.
- Zeligs, R (1943) *Glimpses into Child Life: The Twelve-Year-Old at Home and School*. The Elementary School Journal 43, N° 8. Pp. 494-495. <https://doi.org/10.1086/458213>
- Zysman, S. (2004) *Psicoanálisis y Epistemología*. Desarrollo mental y producción de teorías. En *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* N°55, Vol. XV. Bs. As.: Polemos, pp. 50-57.