



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trastorno del Espectro autista: del diagnóstico a la complejidad

Verónica da Cunha Suárez

Montevideo, abril 2021

Tutor: Prof. Tit. Dra. Susana Martínez

Revisor: Asist. Mag. Erika Capnikas

Índice

Resumen	2
1. Introducción.....	3
2. Diagnóstico de los trastornos mentales	5
2.1 Perspectiva de los manuales actuales de psiquiatría	7
2.2 Diagnostico psicodinámico	8
3. Trastorno del Espectro Autista	10
3.1 Antecedentes	11
3.1.1 Leo Kanner y Hans Asperger	14
3.1.2 Psiquiatría y psicoanálisis	16
3.2 Deconstruyendo la etiqueta	19
3.3 DSM-5: una nueva era de fronteras difusas.....	25
3.4 Posiciones despatologizantes y desmedicalizadoras de la infancia.....	28
4. El lugar del psicoanálisis en el diagnóstico de TEA	
.....	31
4.1 Algunas de las concepciones psicoanalíticas del autismo	31
4.2 Psicoanálisis y el rescate de la subjetividad	33
5. Complejidades	35
6. Reflexiones finales	40
7. Referencias Bibliográficas	
.....	43

Resumen

El presente trabajo final de grado tiene como objetivo complejizar la categoría diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Se revisarán algunas de las concepciones más influyentes que subyacen a su diagnóstico partiendo de las perspectivas psicopatológicas desde el creador del término, incluyendo una visión retrospectiva de los primeros psiquiatras hasta los actuales manuales DSM-5 y CIE-11.

Se pretende realizar una revisión crítica acerca de lo que se define como TEA en tanto construcción diagnóstica que está atravesada por conflictos de interés y posicionamientos epistemológicos específicos.

Por otro lado, se destaca el valor del psicoanálisis como disciplina que permite rescatar la subjetividad singular que a menudo corre el riesgo de quedar encapsulada bajo una etiqueta diagnóstica. Apunta desde otros marcos teóricos a un diagnóstico que promueve un abordaje único y singular para cada caso.

Se destaca el valor del paradigma de la complejidad, planteado por Edgar Morin, como una postura posición epistemológica que introduce la perspectiva de la complejidad como modo de abordaje de las realidades humanas.

Palabras clave: TEA, diagnóstico, psiquiatría, psicoanálisis, complejidad

1. Introducción

Desde una perspectiva crítica, se deconstruirá el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y se destacará al psicoanálisis como una disciplina que permite rescatar la singularidad del sujeto. Los modos de abordaje de lo que ha dado en llamarse TEA, son subsidiarios de una determinada teoría de funcionamiento mental desde la cual se parte y de un posicionamiento epistemológico específico. La forma en la que se hace frente ante el conocimiento está íntimamente ligado a ese contexto histórico, a la historia de las ideas y de la ciencia.

Se pretende acercar a una mirada desde el paradigma de la complejidad planteado por Edgar Morin, como una manera de afrontar justamente, la irreductible complejidad que el TEA convoca. Reconocer su carácter multifactorial es de vital importancia para evitar caer en reduccionismos.

En la actualidad parecería que se asiste a una epidemia de TEA. Estudios en cuanto a la prevalencia muestran que, por cada sesenta y ocho niños, uno está dentro del espectro autista (Nahmod, 2016). ¿Será que hubo un aumento de casos o cambiaron los criterios con los que se otorga el diagnóstico? Tal cantidad de niños diagnosticados con TEA es una cifra alarmante. Algunos de los posibles motivos, intentaran esclarecerse en este trabajo. Los criterios para el diagnóstico han cambiado de tal forma que cada vez es más sencillo poner una etiqueta.

Desde la implementación del DSM-IV los casos de autismo han ido en incremento. El DSM-5 y su incorporación del autismo como parte de un espectro, lo potenció aún más. ¿Qué se oculta detrás de los nuevos criterios? Parecería que a los niños hasta se les vuelve difícil escapar de alguna clasificación de los manuales, que parecerían patologizar cualquier conducta no esperada según lo “normativo”. No sin consecuencias, evidentemente. Los intereses económicos tampoco quedan por fuera.

2. Diagnóstico de los trastornos mentales

Las primeras descripciones de las enfermedades pueden ser rastreadas hasta la época greco-romana, con Hipócrates y Galeno como los principales impulsores. Creían que las enfermedades eran causadas por un desequilibrio entre humores corporales esenciales. El origen de las alteraciones mentales estaba en el cerebro. En la Edad Media, caracterizada por ser teocéntrica, es decir, época en la que se colocaba a Dios en el centro del Universo y de toda actividad humana, se utilizó para comprender, lo que en la época moderna comenzaron a llamarse trastornos mentales, un modelo sobrenatural, la demonología. Es decir, las personas aquejadas por lo que actualmente serían enfermedades mentales eran vistos como expresión de lo demoníaco. Luego, desde el Renacimiento (transición entre la Edad Media y la Época Moderna) fueron quedando atrás todas las explicaciones centradas en torno a Dios, para que lentamente la razón comenzara a ocupar un lugar central a la hora de explicar los distintos fenómenos de la naturaleza. Comenzaron importantes avances en diferentes ramas de la medicina, menos en lo relacionado con el estudio de las enfermedades mentales, debido a que se buscaba un órgano como causa de la enfermedad, en una causalidad determinista y lineal; y se carecía del desarrollo tecnológico para lograrlo. Esto fue determinante para que surgiera el psicoanálisis (Jiménez-López, 2015).

En el siglo XVIII la mayoría de los pacientes con trastornos mentales eran quienes tenían psicosis, se los recluía en asilos y la investigación sobre las causas era de orientación biológica. Ya en el siglo XIX, se realizaban autopsias cerebrales para intentar encontrar una relación con los síntomas que presentaba el paciente antes de morir. Los precursores de los psiquiatras eran conocidos como alienistas, siendo los primeros médicos interesados en la enfermedad mental. Entre ellos se destacan los nombres de Philippe Pinel, Dominique Esquirol y Jean Georget. Los descubrimientos acerca del sistema nervioso central sumado al interés por los pacientes internados en asilos, dio lugar a una primera generación de especialistas en trastornos mentales que consideraba que la causa primera se encontraba en alteraciones del cerebro (Jiménez-López, 2015).

En particular, la comprensión de la enfermedad mental del niño tenía una perspectiva adultomorfa es decir, se comprendía sobre la base de las primeras conceptualizaciones que la psiquiatría del adulto desarrolló sobre el proceso de enfermar. En 1887 Hermann Emminghaus se aparta de la concepción adultocéntrica y publica el primer texto al respecto llamado *Trastornos psíquicos del niño*. Sucesivamente en los años siguientes se publicaron otros textos siguiendo el camino del mencionado autor (Arévalo et al., 2017).

De igual forma, se reconoce a Emil Kraepelin como el responsable de la clasificación de los trastornos mentales como se la conoce en la actualidad. Con su *Manual de*

Psiquiatría (1899) creó un sistema para organizar en grupos a los pacientes que presentaban una sintomatología homogénea que conformaban un síndrome. Con el afán de clasificar y organizar, consideraba que era posible caracterizar una enfermedad si se estudiaba su causa, curso y devenir. Define así la demencia precoz, como una psicosis con deterioro temprano y continuo de la capacidad cognitiva distinguiendo dentro de ella la catatonia y la hebefrenia. (Golcman, 2014). En las palabras del autor:

La demencia precoz consiste en una serie de estados, cuya característica común es una destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica. Los efectos de este daño predominan en las esferas emocional y volitiva de la vida mental. (Kraepelin, 1996, p.3)

Se basó principalmente en causas orgánicas, así como hereditarias, metabólicas, endocrinas y alteraciones cerebrales (del Barrio, 2009). De esta forma se instaló un marco conceptual y epistemológico positivista. El positivismo, impulsado por el filósofo Agustine Comte, planteaba seguir el camino de las ciencias naturales, donde la especulación de los científicos es suplantada por hechos que puedan ser comprobados, medidos y verificados. En este marco, la subjetividad se torna un estorbo a la hora de producir conocimiento (Rojas-Malpica y Rojas-Esser, 2013). Es así que la psiquiatría de Kraepelin es heredera del positivismo médico. Quita importancia a los componentes subjetivos y pone el foco en las supuestas manifestaciones objetivas de la enfermedad, con la finalidad de lograr un abordaje lo más científico y objetivo posible. La observación es el eje fundamental de su proyecto, producto de una posición positivista y empirista. Se refleja en su trabajo el intento de amoldarse a una exigencia epistemológica para lograr emparejar a la psiquiatría con otras ramas de la medicina. Por eso el afán clasificador y delimitante de su nosografía. Según él, los hechos sociales no tienen incidencia en las enfermedades psiquiátricas. Estas parecieran ser independientes de los individuos y sus historias singulares (Caponi y Martínez-Hernández, 2013).

En sus palabras:

las así llamadas causas psíquicas – un amor infeliz, negocios fracasados, exceso de trabajo – son el producto y no la causa de la enfermedad, son la mera manifestación de una condición preexistente, y sus efectos dependen de la constitución biológica del sujeto. (Kraepelin, 1917, citado en Caponi y Martínez-Hernández, 2013, p.16)

En la psiquiatría positivista, ser sensible y empático con los relatos de los pacientes parece ser vivido de forma amenazante. Es necesaria una categoría racionalista que diluya al sujeto. Desde esta perspectiva, las categorías diagnósticas constituyen una especie de entidad personificada que parecen tener vida propia (Caponi y Martínez-Hernández, 2013).

2.1 Perspectiva de los manuales actuales de psiquiatría

En la actualidad son dos los sistemas clasificatorios que dominan el diagnóstico en el ámbito de la psiquiatría. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) surge el International Classification of Diseases (ICD), en español mejor conocido como Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) que abarca todas las afecciones del ser humano y dedica únicamente un apartado a lo que la salud mental respecta, y desde la American Psychiatric Association (APA) surge el *Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders* (DSM) específicamente dedicado a la descripción exhaustiva de los llamados trastornos mentales. Los mismos surgen con la finalidad de homogeneizar y organizar las enfermedades, generar estadísticas y clasificaciones. Los mencionados manuales procuran establecer criterios diagnósticos a fin de facilitar a los profesionales la delimitación de los diferentes trastornos. En cuanto al primero, tiene su origen en la “Lista de causas de muerte”, cuya primera edición fue en el año 1893 a cargo del Instituto Nacional de Estadística. La OMS, como una entidad dependiente de las Naciones Unidas, se hizo cargo del CIE a partir de la 6ta edición, en el año 1948, la cual fue la primera edición en incluir los trastornos mentales además de tasas de morbilidad y mortalidad (Pacheco Yáñez, Padró Moreno, Dávila Wood, Álvarez de Ulate Unibaso y Gómez de Maintenant de Cabo, 2015). Influenciado por el legado de Kraepelin, el CIE en sus primeras cuatro ediciones (1900-1938) sólo se enfocó en enfermedades mentales que tuvieran causa orgánica. Por ende, fue el continente europeo el precursor de este tipo de clasificaciones (del Barrio, 2009).

Fue oficialmente la segunda Guerra Mundial la que promovió las clasificaciones del continente americano; a consecuencia de los soldados afectados por la guerra, se necesitaba de una clasificación común que permitiera el uso de un lenguaje específico. De esta forma nacen los DSM, que, si bien en principio se vieron altamente influenciados por el CIE, pronto lo suplantaron en lo que a su uso respecta (del Barrio, 2009). Su primera versión surge en 1952 como una respuesta a la 6ta edición del CIE, siendo influenciado primordialmente por la psiquiatría psicodinámica ya que, en aquel entonces, las escuelas de corte psicoanalítico eran las dominantes de la época (Pacheco Yáñez et al., 2015). La lógica subyacente podría describirse de la siguiente forma: se intentaba conocer y comprender. Para ello, se apegaron al método científico y la clasificación se ofreció como medio. Por eso se clasificaron las enfermedades y las mentales en particular.

Menciona Castilla del Pino (2007) que, como ventaja estos manuales permitieron poner fin a los nacionalismos. De esta forma se clasifica igual, es decir los criterios diagnósticos son los mismos para los diferentes países del mundo. Sin embargo, como contracara, globalmente se termina por no extraer del análisis de los síntomas todo lo que

sería posible. La psiquiatría debe hacer una valoración sintomática que no implique simplemente catalogar al paciente.

2.2 Diagnostico psicodinámico

La psiquiatría, durante una larga trayectoria de su existencia como tal, estuvo fuertemente influenciada por el psicoanálisis. Desde el siglo XIX y siguiendo a Casarotti (2012) la psiquiatría atravesó una transformación esencial en la forma de concebir la patología mental, encabezado por dos orientaciones: una orientación clínica y una orientación psicoanalítica. En cuanto a la primera, con el estudio de las manifestaciones psíquicas, se fue explorando en la organización mental los distintos déficits que estaban determinados por procesos orgánicos. Aquí se encuentran los trabajos de Kraepelin, Eugen Paul Bleuler y la utilización del método fenomenológico. Se le daba prioridad a lo observable. En cuanto a la orientación psicoanalítica, se fue conociendo como se construían los síntomas, descubriendo los modos de organización pulsional de la vida mental. Se enfatizó en los dinamismos subyacentes a lo observable. El descubrimiento del papel del inconsciente en el trastorno se fue integrando en la psiquiatría, de forma tal que el psicoanálisis pasó a ocupar un lugar significativo en la investigación psicológica de la psiquiatría; y también como una forma de tratamiento. El psicoanálisis llegó a una posición hegemónica a nivel médico y de la cultura. Esta psiquiatría psicoanalítica lentamente generó que se fuera perdiendo el interés en hacer diagnóstico. La pérdida de la importancia del diagnóstico, tuvo como consecuencia la pérdida de las habilidades para hacerlo. El psicoanálisis se interesó especialmente en la construcción que subyace a los síntomas y el campo psiquiátrico quedó dividido en la enfermedad mental psicogenética y organogénica (Casarotti, 2012).

Más actualmente, según Bernardi (2010), los sistemas DSM y CIE se sustentaron en definiciones operacionales, basados en criterios brindados por la investigación científica. Simultáneamente, los psicoanalistas reforzaron lo contrario: la necesidad de una comprensión indefinidamente abierta de los aspectos únicos e individuales de cada experiencia humana singular. Esto llevó a que, en ambos casos, se restringiera la validez diagnóstica. En ambos campos se llegó a una insatisfacción, lo que llevó a una revisión de los criterios diagnósticos. Continúa agregando el autor (2010) que de esta forma surgen las últimas actualizaciones del DSM y CIE. Sin embargo, es prudente preguntarse si aquella pretensión de revisión diagnóstica fue lograda, especialmente en el DSM-5 y pensando en particular en el aumento en de los diagnósticos de TEA sucedido a posteriori de su publicación y que ya se presentaba en aumento desde la publicación de su versión anterior. Este punto será abordado próximamente.

En cuanto al diagnóstico psicodinámico, en los últimos años surgieron dos propuestas que intentaron dar respuesta a las dichas necesidades. La primera en Alemania, el *Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado* (OPD) y la segunda en Estados Unidos, *Manual de Diagnóstico Psicodinámico* (PDM) abriendo un nuevo espacio de diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis. Operacionalizar los conceptos psicoanalíticos no es tarea fácil, y muchos psicoanalistas creen que hacerlo lleva a desnaturalizarlos (Bernardi, 2010). De igual forma, se hará referencia al OPD en particular.

Como fue mencionado, el OPD surge en Alemania. Fue en 1992 cuando un grupo multidisciplinario de trabajo en salud mental desarrolló dicho instrumento. Se pretendía complementar las clasificaciones de los trastornos mentales (descriptivas y sintomatológicas) con las dimensiones psicodinámicas. Luego en 2006 aparece la segunda y actual versión, el OPD-2. La clasificación de los fenómenos psíquicos, en la orientación psicoanalítica, se realiza sobre la base de los constructos metapsicológicos de la teoría psicoanalítica. Se clasifican los trastornos psíquicos y se realiza una diferenciación de la personalidad partiendo desde la teoría pulsional, en complemento con la psicología del yo, las teorías de las relaciones objétales y de la psicología del self. En el contexto de la clínica, estos constructos permiten una mejor comprensión del funcionamiento psíquico y de sus perturbaciones. De tal manera, es que en una primera entrevista el psicoterapeuta, conceptualiza con la ayuda de los mencionados constructos, una historia clínica que devendrá en la construcción del caso clínico. La información brindada por el paciente y las observaciones del psicoterapeuta en la interacción paciente-terapeuta, se integran y se resumen en un diagnóstico psicodinámico (Grupo de trabajo OPD, 2008).

En contraste con los DSM y CIE, estos diagnósticos estaban orientados a la mera descripción de los síntomas, entregando escasas o nulas herramientas que permitan indicar una psicoterapia, planificarla y desarrollarla. El diagnóstico conceptualizado de tal forma no proporciona indicadores del conflicto intrapsíquico, interpersonales, ni del nivel estructural ni sobre la vivencia subjetiva del padecimiento (Grupo de trabajo OPD, 2008). En cambio, el OPD está compuesto por cuatro ejes psicodinámicos, que surgen de una comprensión psicodinámica procedente del psicoanálisis y un eje descriptivo. Los primeros cuatro ejes son: vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento; relación (patrones disfuncionales relacionales); conflicto (intrapsíquicos inconscientes) y estructura (vulnerabilidades y recursos del paciente). El último eje descriptivo es el de trastornos psíquicos y psicosomáticos según el capítulo V del CIE-10. Los ejes del OPD-2 están sustentados sobre la base de experiencias psíquicas subjetivas y en la conducta de la persona. Un modelo de orientación biopsicosocial y al a vez bidireccional sirve como fundamento para la comprensión de los fenómenos psíquicos y las variables somáticas. Los

fenómenos y trastornos en su totalidad son biológicos ya que la experiencia subjetiva surge de las funciones cerebrales (cerebro-mente). Pero a su vez, los fenómenos psíquicos también intervienen en el cerebro (mente-cerebro). Las manifestaciones y los trastornos psíquicos son fenómenos complejos y por lo tanto multifactoriales. Al ser multifactorial se vuelve fundamental un pluralismo explicativo, integrando múltiples perspectivas de información para lograr la mejor aproximación posible. El enfoque multiaxial del OPD-2 está sustentado sobre, en efecto, un pluralismo explicativo (Grupo de trabajo OPD, 2008).

3. Trastorno del Espectro Autista

La denominación de TEA se introduce oficialmente en los manuales de psiquiatría en el año 2013, con la quinta versión de los DSM; aunque esta denominación había sido utilizada por primera vez en 1979 por la psiquiatra Lorna Wing y Judith Gould. Desde su inclusión en los DSM, rápidamente su uso se generaliza a la mayoría de los servicios de salud, en la educación, etc (Artigas-Pallarés y Paula, 2012). Cabe destacar que, a su vez, tanto el DSM como el CIE, incluyen al TEA dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo, diferenciado de los siguientes cuadros: discapacidad intelectual, trastornos en la comunicación, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje y trastornos motores (APA, 2014).

En su última versión actualizada, el DSM-5® (APA, 2014) define los Trastornos del Neurodesarrollo como trastornos que se manifiestan precozmente en el desarrollo, incluso antes de que el niño ingrese a la escolarización primaria, que se caracterizan primordialmente por un déficit en el desarrollo que produce deficiencias en distintas áreas de funcionamiento, como personal, social y académico. A su vez, el CIE-11 (OMS, 2020a) en su última actualización los define como trastornos cognitivos y del comportamiento que se manifiestan en el periodo del desarrollo. Implican dificultades importantes tanto en la adquisición como la ejecución de distintas funciones (intelectuales, motoras y sociales). Agrega, además, que la etiología de estos trastornos suele ser compleja y en una gran cantidad de casos, desconocida.

Una primera diferencia se observa, en cuanto a que el CIE reconoce la complejidad de estos trastornos y alude a que su causa puede ser mayoritariamente desconocida. El DSM, sin embargo, no aclara nada respecto a su etiología.

Una vez enmarcado el diagnóstico de TEA en dicho contexto, el CIE-11 (OMS, 2020b) describe el cuadro de la siguiente forma:

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles (...) Los déficits son lo suficientemente graves como para

causar deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo, y generalmente constituyen una característica persistente del individuo que es observable en todos los ámbitos, aunque pueden variar de acuerdo con el contexto social, educativo o de otro tipo. A lo largo del espectro los individuos exhiben una gama completa de capacidades del funcionamiento intelectual y habilidades de lenguaje.

En el caso del DSM-5® (APA, 2014) los criterios diagnósticos son mucho más extensos, por lo que se podrían resumir de la siguiente forma: 1) Deficiencias en la comunicación e interacción social en los diferentes contextos, manifestándose en diferente grado en la reciprocidad socioemocional, las conductas comunicativas no verbales y el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. 2) Patrones repetitivos y restrictivos del comportamiento, intereses y/o actividades que se puede manifestar en: los movimientos, la utilización del habla y los objetos; monotonía e inflexibilidad en las rutinas, intereses restringidos y fijos que resultan anormales en cuanto a su intensidad; hiper o hiporreatividad a estímulos sensoriales o interés poco habitual por aspectos sensoriales del entorno. 3) Los síntomas deben presentarse en las primeras fases del desarrollo (aunque pueden no mostrarse totalmente hasta que la demanda social supere las capacidades limitadas). Los síntomas causan un deterioro importante en diferentes áreas del funcionamiento habitual. Y 4) Estas alteraciones no pueden ser mejor explicadas por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo. Para diferenciar entre un trastorno del espectro autista y una discapacidad intelectual, la comunicación tiene que estar por debajo de lo esperado para el nivel general del desarrollo.

3.1 Antecedentes

Lo que actualmente se conoce como TEA no siempre fue concebido como tal, sus criterios diagnósticos han variado a lo largo del tiempo a la vez que se lo nombra de diferente forma.

Al pensar en los orígenes surge el nombre de Leo Kanner y Hans Asperger como los primeros aportes consolidados y relevantes sobre lo que actualmente se conoce como TEA (Artigas-Pallarés y Paula, 2012). Aun así, se torna necesario profundizar más en la historia de la palabra autismo. Es entre 1910 y 1911 que el término autismo se hace conocido. Aparece en un artículo publicado por Bleuler, psiquiatra suizo, en una revista de psiquiatría. Lo define como “un retiro del paciente en su fantasía, y donde toda influencia exterior contra ese retiro se vuelve una molestia insoportable” (García Valls, 2019, p.366). Sin embargo, ya había sido utilizado anteriormente por el mencionado psiquiatra. En 1907 el término autismo

había formado parte de un intercambio de cartas entre Bleuler y Sigmund Freud. El contexto del momento se caracterizaba por una tensión entre el incipiente psicoanálisis freudiano y la psiquiatría alemana (García Valls, 2019). Esto se debe a la tensión entre Freud, creador del psicoanálisis, y Kraepelin, como representante de la psiquiatría alemana. Si bien ambos tenían algunos puntos en común, las diferencias eran irreconciliables. Kraepelin rechazaba por completo todo lo que se alejara de la creencia de la capacidad explicativa que tienen las ciencias naturales en la psiquiatría. No estaba de acuerdo con dos puntos de la teoría freudiana: primero con su método de interpretación, y segundo el lugar central que ocupaba la sexualidad en el psicoanálisis. Por su parte Freud, rechazaba de Kraepelin todo lo relacionado con la demencia precoz. Consideraba que las enfermedades eran dos y proponía los siguientes nombres: paranoia y parafrenia. Más importante aún era para Freud que se reconociera que la causa en ambos, estaba relacionada con la disolución de la libido con la regresión al yo (Peters, 2010). Desde 1900 el psicoanálisis comenzaba a difundirse por toda Europa con la publicación de *La interpretación de los sueños*. En aquel entonces, Bleuler, quien era director de una clínica en Zurich, comienza a interesarse también por los planteos de Freud y transmite ese interés a quienes en ese momento eran sus asistentes, dentro de los cuales se encontraban Carl Gustav Jung y Jean Piaget entre otros (García Valls, 2019). Freud les propone trabajar juntos para ahondar sus conocimientos y profundizar en el cuadro de lo que se conocía como demencia precoz, establecido por Kraepelin, mencionado anteriormente. Dentro de dicho cuadro, lo que más les llamaba la atención era el asunto del autoerotismo. Bleuler comienza a escribir, y pretende modificar lo que era conocido por demencia precoz, para pasar a denominarlo esquizofrenia (Thomas, 2014). Sucedió que Bleuler, en su experiencia como director de la clínica y al convivir con pacientes con psicosis, no coincide por completo con la denominación de Kraepelin, debido a que creía incorrecto el considerar que todos los cuadros evolucionaban hacia la demencia, ya que algunos de sus pacientes no eran dementes. Concluyó que algunos de los síntomas que presentaban los pacientes eran reacciones psicológicas y que no podían reducirse exclusivamente a procesos orgánicos de la enfermedad mental. A diferencia de Kraepelin, Bleuler incluyó una perspectiva psicopatológica (dado que algunos de los síntomas no eran observables directamente), es decir una perspectiva interpretativa, hermenéutica. Para Bleuler el psicótico caía en un estado que podía ser positivo o negativo disociado. Ese es el motivo por el que lo denominó esquizofrenia, que deriva del griego y alude a “mente escindida”. Al moverse del terreno de la degeneración del cerebro y pensar en la escisión de los afectos, el tratamiento psicológico se vuelve posible. La escisión suplanta la demencia y precocidad de Kraepelin. La esquizofrenia entonces se caracterizaba por una alteración específica del pensamiento, los sentimientos y la relación de la persona con el mundo que lo rodea (Golcman, 2014).

Señaló el autismo como uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia, entendiéndolo como la forma particular que tenían los pacientes de relacionarse con la realidad. Usó los conceptos de Freud para entender los procesos mentales de la esquizofrenia desde la psicodinámica y añadió las teorías freudianas a la práctica clínica. Bleuler conocía la noción freudiana del autoerotismo, en la cual no hay objeto y la pulsión se satisface en el mismo cuerpo, característica principal de la sexualidad infantil. Pero decide utilizar el término autismo, dejando por fuera la teoría sexual (Peralta Macotela, 2015). Bleuler de alguna forma “forja” el concepto de autismo partiendo desde el autoerotismo de Freud, sólo que dejando de lado las connotaciones sexuales, con las cuales estaba en desacuerdo. Pero en realidad, el concepto de autoerotismo freudiano no remite únicamente a lo sexual, sino que va más allá. “Define un modo de goce que está *más acá* del registro de la fantasía o la introversión” (Landriscini Marín, 2014, p.17). El autoerotismo en realidad remite a un estadio del desarrollo que es previo a la formación del yo, y por tanto previo también del funcionamiento de la fantasía (Landriscini Marín, 2014). Bleuler reduce autoerotismo a autismo, diciendo que son lo mismo (aunque evidentemente no lo son). Desde un punto de vista epistemológico, es en ese momento que Bleuler da un paso al costado del campo freudiano, por lo que queda dentro de la disciplina psiquiátrica (Thomas, 2014).

Analizando etimológicamente la palabra autismo, “autos” significa uno mismo, mientras que “itsmo” se refiere a un modo de estar. Por tanto, se entendía al autismo como el hecho de estar encerrado sobre uno mismo y aislado socialmente, en el sentido de desconocimiento o no consideración por la realidad externa compatible (Artigas-Pallarés y Paula, 2012). Desde un primer momento el autismo como es conocido estaba ligado a la esquizofrenia (ya que Bleuler utiliza el término primeramente como una característica de la esquizofrenia) aunque en la actualidad se conocen como dos alteraciones que son tanto funcional como fenotípicamente distintas (Paula-Pérez, 2012).

Hasta el momento, es interesante apreciar cómo desde los cimientos, se observó una discordancia entre la psiquiatría y el incipiente psicoanálisis. Desde la psiquiatría, la subjetividad era un estorbo. Desde el psicoanálisis, se verá, un elemento privilegiado.

3.1.1 Leo Kanner y Hans Asperger

A lo largo de la historia, se pueden identificar diferentes descripciones de casos que hoy en día serían diagnosticados como parte del espectro. Son de interés las historias sobre niños salvajes. En este sentido, siguiendo a Wing (1998), remonta a 1801 donde Jean-Marc-Gaspard, un médico francés, se hizo cargo de un niño que había encontrado viviendo

en los bosques como si fuera un animal. Es el famoso caso de “el niño salvaje de Aveyron”. Unos años más tarde, en 1809 Jhon Haslam trabaja con un niño que tuvo gravemente sarampión cuando era pequeño. La conducta de este niño, posteriormente, era impulsiva, agresiva y tenía un habla muy repetitiva. Un siglo después, en 1919, Lightner Witmer, psicólogo norteamericano, escribió sobre un niño de dos años y siete meses que posteriormente fue aceptado en una escuela especial de aquel entonces y gracias al trabajo continuo logró importantes procesos, tanto en el ámbito escolar como en sus destrezas prácticas.

Estos médicos y psicólogos describieron la sintomatología de los niños que estudiaban, pero se interesaron más por el caso singular que por la enfermedad. Es en el siglo XX que Kanner y Asperger se interesaron por primera vez en la enfermedad, al identificar grupos de niños con particulares patrones de conductas (Wing, 1998).

Por un lado, en Estados Unidos en el año 1943, el psiquiatra Kanner observó en su clínica a un grupo de niños con ciertos patrones de conductas inusuales, lo que posteriormente denominaría como autismo infantil precoz en su artículo “Autistic disturbances of affective contact”. Estos niños se caracterizaban por una importante carencia del contacto afectivo hacia otras personas, insistencia en rutinas repetitivas, mutismos o anomalías en el habla, atracción por los objetos y habilidad para manipularlos, altos niveles de habilidades visoespaciales o en contraste con las dificultades del aprendizaje una memoria mecánica, acompañado por un aspecto agradable e inteligente (Paula-Pérez, 2012). Kanner (1966) expresaba que el mayor denominador común en estos niños era “su imposibilidad para establecer desde el comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas y las situaciones” (p.720).

Según Kanner (1993)

El desorden fundamental, patognomónico, sobresaliente, es su incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de su vida (...) Desde el principio hay una soledad autística extrema que cuando es posible no tiene en cuenta, ignora, impide entrar cualquier cosa que llegue al niño desde el exterior. (“Discusión”, párr.2)

Es prudente mencionar, una vez llegado a este punto, la elección de la palabra “autismo” por parte de Kanner. Como fue mencionado anteriormente, fue Bleuler quien la utilizó por primera vez para referirse al retiro del paciente en su fantasía, donde cualquier influencia proveniente del exterior que atente en contra de ese retiro, resulta inadmisibles

(García Valls, 2019). De esta forma, las relaciones sociales quedan imposibilitadas. Sin embargo, Kanner utiliza el término para aludir a una incapacidad para establecer esos vínculos. Este fue uno de los motivos que posiblemente influyó en que anteriormente, se utilizara el término esquizofrenia, autismo y psicosis infantil indistintamente (Balbuena Rivera, 2007). Es decir, Kanner toma el concepto de autismo de Bleuler, pero lo utiliza de forma diferente.

Continuando, en su artículo, Kanner (1993) llega a la conclusión de que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal con las personas biológicamente proporcionado, al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas innatas (...) por el momento parece que tenemos ejemplos puros de trastornos autistas innatos del contacto afectivo. ("Comentario", párr.8)

No puede dejar de mencionarse que, si bien Kanner concluye que estos niños poseen deficiencias innatas para establecer el contacto afectivo con otras personas, nunca lo investigó. Se esforzó más que nada por estudiar los rasgos de la personalidad de estos niños y como era la interacción de sus padres con ellos. Es por eso que en las dos décadas siguientes al planteo de Kanner, se concibiera al autismo como un desorden principalmente emocional, lo que explica por qué la mayoría de los trabajos de aquel momento eran de orientación psicoanalítica, en comparación con otros abordajes psicoterapéuticos (Balbuena Rivera, 2007).

En otra línea, en Austria en 1944, Hans Asperger publicó un primer artículo sobre un grupo de adolescentes y niños con ciertos patrones de conducta a quienes agruparía bajo el nombre de psicopatía autista. Al igual que Kanner, utiliza el término autista tomando a Bleuler. Asperger (1952/1996-1997) consideraba que lo esencial de su síndrome eran las alteraciones en la esfera social de los niños que estudió. Afirmaba que:

Este trastorno causa serias y características dificultades en la integración social. En muchos casos los problemas de adaptación son tan profundos que ocultan todo lo demás. En algunos casos, no obstante, pueden ser compensados por un alto nivel de pensamiento y experiencia personal. Esto a menudo lleva a excepcionales logros en la vida adulta. (párr.1)

Asperger (1952/1996-1997) destaca de estos niños que, si bien estos niños presentan una grave alteración de sus impulsos e instintos, no así sucede con el ámbito intelectual, donde podrían estar por encima de la media a pesar de presentar dificultades en

el aprendizaje. Sin embargo, a pesar de lo antedicho, al ser sus escritos en alemán y haber pasado mucho tiempo hasta que aparecieron en la lengua inglesa, transcurrieron unos años hasta que se conociera su trabajo. Consideraba que su síndrome era diferente a la propuesto por Kanner, aunque reconocía que tenían muchas similitudes (Wing, 1998). Artigas-Pallarés y Paula (2012) establecen que Asperger utilizaba el término autismo (psicopatía autista), al igual que Kanner aunque sin embargo, desconocía su trabajo y viceversa. Describió la historia de cuatro muchachos cuyos patrones de conducta se caracterizaban por: “falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas y torpeza motora y mala coordinación” (p.574). Mencionan los autores (2012) que fue a partir de la traducción de Wing a la lengua inglesa que el trabajo de Asperger tomó reconocimiento, aunque es a la autora quien atribuye el nombre de síndrome de Asperger.

3.1.2 Psiquiatría y psicoanálisis

Freud realizó una ruptura epistemológica al alejarse de los métodos tradicionales de la medicina cuando comenzó a escuchar a sus pacientes que se aquejaban de síntomas histéricos. La comprensión de sus padecimientos implicó que se incluyera lo subjetivo en el campo del saber. A partir de su trabajo con sus pacientes histéricas destacó la importancia del inconsciente y la cultura en la gestación de las subjetividades. Se distanció de la metodología empirista de la medicina que no lograban ni descifrar ni atenuar fenómenos como los síntomas histéricos, descubriendo herramientas que le facilitaron comprender la subjetividad (Ruiz Martín del Campo, 2009). En el comienzo de Freud y el tratamiento de la histeria, sus pacientes no solo le hablaban de sus síntomas, sino que también narraban su historia de vida, compartían sus sueños y exponían ante él sus afectos, vulnerabilidades, intimidades, etc. Surge el psicoanálisis como una ruptura con los métodos empiristas: observación, exploración, diagnóstico y tratamiento; característicos de la medicina del siglo XIX y que también pretendían alcanzar en el campo de la psicoterapia un conocimiento objetivo (Ruiz Martín del Campo, 2009).

Realizar un diagnóstico clínico constituye un eje central para el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis. A lo largo de la historia se dieron múltiples similitudes y diferencias, donde se pusieron en juego las consideraciones sobre la salud y la enfermedad, asimismo que el modo en que establece la relación del profesional con el paciente (Bernardi et al., 2016).

Henri Ey (1900- 1977) psiquiatra francés, se destacó por pretender tender puentes entre el psicoanálisis y la psiquiatría. Quizás haya sido el psiquiatra francés más influyente

del siglo XX. Estudió psicoanálisis, lo que le dio un acceso al mundo simbólico que Kraepelin dejó de lado. Por eso logra una nueva formulación sobre la enfermedad mental, y también de la psiquiatría misma. Ey se destaca por su interés en el ser del enfermo, es decir no se detiene solo en la enfermedad misma (Rojas-Malpica y Rojas-Esser, 2013). De sus aportes más relevantes, se destaca el organodinamismo como una pretensión de superar las posturas frente a la enfermedad mental puramente organicistas, pero también las exclusivamente psicológicas. Para Ey, el organismo humano debe ser concebido no sólo como una arquitectura establecida, sino como un devenir. Propuso acercarse a la vida psíquica como una forma de organización, donde lo orgánico es una condición necesaria, evidentemente, pero no es lo único ni suficiente. Planteó el órgano-dinamismo como una hipótesis psico-biológica más amplia para superar la escisión mencionada. Se basó en los principios sobre las funciones cerebrales del neurólogo Hughlings Jackson (Rahmani y Pacheco, 2016). Al decir órgano-dinamismo, refiere a que la enfermedad mental es al mismo tiempo orgánica y una forma de organización. Más específicamente, “órgano” postula la hipótesis de un trastorno orgánico, pero “dinamismo” alude a que al mismo tiempo esta enfermedad mental siempre es una estructura dinámica, ya que le incumbe una forma de conciencia y de existencia regresiva (de un nivel inferior) pero aun así organizada y nutrida con las nociones de inconsciente e imaginario (Palem, 2009). Dentro de lo más destacable de su postura, para Ey la vida psíquica está íntimamente vinculada a la vida biológica, pero no se reduce a ella, supera la realidad orgánica. Es así que consideraba que toda alteración mental estaba condicionada por factores orgánicos, pero que no se resumían a ellos. Sostuvo que decir que las enfermedades mentales dependen de trastornos cerebrales, no es una afirmación de que psiquiatría y neurología fuesen lo mismo, ya que su objeto es distinto. En el caso de la psiquiatría, el objeto es la disolución global de las funciones psíquicas que alteran y alienan la vida psíquica (Rahmani y Pacheco, 2016). Claramente Ey supera el positivismo de Kraepelin. Por otro lado, en cuanto a la relación entre la alteración que subyace a la enfermedad y la expresión psicopatológica, Ey propone pensar que hay una distancia entre el hecho fisiológico, y su configuración fenoménica. En este proceso intervienen la personalidad y la dinámica inconsciente. “La disolución de la conciencia y la liberación del sector inferior no sólo es neurológica sino también del inconsciente” (Rojas-Malpica y Rojas-Esser, 2013, p.7). Ya que el concepto de organodinamismo, no alude a un órgano en sí, sino a una forma de organización compleja en niveles jerárquicos (Rojas-Malpica y Rojas-Esser, 2013). En cuanto al actual TEA, en aquel entonces lo consideraba como una forma especial de la esquizofrenia. En su *Tratado de Psiquiatría* y en colaboración con Paul Bernard y Charles Brisset, el autismo aún era considerado como una forma especial de esquizofrenia, que se da en los niños, motivo por el cual no lo describe específicamente. Aunque sí se aprecia la mirada sobre la

esquizofrenia en general. Surgimiento, predisposiciones genéticas, biotipológicas, factores caracteriales y neurobiológicos, pero también factores psicosociales como los familiares y los ambientales (Ey, Bernard y Brisset ,1995).

El valor de los aportes de Ey para este trabajo reside en su forma de abordaje. Al tomar contacto con este tratado y a diferencia de los DSM, el texto resulta casi narrativo, lejos de lo cuantitativo; y se está ante un manual de psiquiatría. El contraste está a la vista y provoca un cuestionamiento de la manera en la que se diagnostica. Si bien esta última edición del manual tiene ya casi cuarenta y cinco años, su lectura en la actualidad resulta una invitación para repensar la psiquiatría actual. Como menciona Palem (2009) los temas que trató Ey no son obsoletos actualmente. Los problemas del límite de la psiquiatría y sus intervenciones, la relación entre lo biológico y lo psicológico, el síntoma y su estructura, etc.

Por otro lado, Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), neuropsiquiatra y psicoanalista francés conceptualizó especialmente sobre la psicopatología infantil, elaborando distintos manuales al respecto. En su *Manual de psicopatología infantil del niño* (1992) el autor reconoce la complejidad de conceptualizar las psicosis infantiles en la infancia. Menciona que el concepto fue evolucionando paralelamente al concepto de demencia precoz, por Kraepelin, y luego al de esquizofrenia, por Bleuler. Considera erróneo trasladar el marco semiológico del adulto al niño, por dos motivos: primero por la dificultad para hablar de demencia en el niño, ya que implicaría una organización psíquica previa bastante desarrollada; y segundo, por lo infrecuente, casi ausente, del delirio crónico en el niño. Por eso diferentes concepciones de la psicosis infantil, se hallaron en un callejón sin salida, ya que cuanto más se calcaba la psicopatología adulta, menos casos se encontraban. Dentro de las principales conductas de las psicosis infantiles, de Ajuriaguerra (1992) incluye al aislamiento-autismo como una de las más frecuentes. Lo describe como una incapacidad del niño para establecer una comunicación adecuada con su contexto. Agrega que esta conducta es característica del síndrome descrito por Kanner. A este, lo incluye dentro de las psicosis precoces, bajo el nombre de “el autismo de Kanner” (p.255) como una afección rara. Lo distingue, además, de otras psicosis precoces debido a que el inicio es posterior a un período de desarrollo normal. Con una clara impronta psicoanalítica, incluye aportes de Melanie Klein, Margaret Mahler, Frances Tustin y Donald Winnicot. También incluye el desarrollo del aparato psíquico desde la perspectiva psicoanalítica (de Ajuriaguerra, 1992).

3.2 Deconstruyendo la etiqueta

El diagnóstico de TEA no siempre fue pensado de la misma forma. Los cambios en su concepción tampoco son aleatorios, sino que se corresponden con una determinada mirada y desde paradigmas específicos. ¿Cuál mirada prevalece en la actualidad?

Dependerá del ámbito disciplinario desde donde uno se posicione. Sin embargo, al decir TEA, uno se posiciona en el campo de la psiquiatría, neuropsiquiatría o de ciertas ramas específicas de la psicología.

Se tomó la noción de paradigma de Thomas Khun (2004), entendiendo al mismo como “realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (p.13). En ese sentido, un paradigma serían esos conjuntos de saberes y valores que son compartidos conjuntamente y utilizados por una comunidad en un determinado tiempo. A saber, es “Algo que está constituido por los descubrimientos científicos universalmente reconocidos que, durante cierto tiempo, proporcionan a un grupo de investigadores problemas tipo y soluciones tipo (...) el conjunto de las creencias, valores reconocidos y técnicas que son comunes a los miembros de un grupo dado” (Marín Ardilla, 2007, p.36).

Cada momento histórico ha definido las ideas, los comportamientos y los ideales considerados como válidos. La ciencia ha instalado la creencia, debido a su fundamento objetivista, de que, si el conocimiento es plausible de ser medido, cuantificado y demostrado, les permitirá a las personas escapar de la angustia que les genera lo desconocido. Se genera la convicción de que con la ciencia se acaban las incertidumbres, lo cual no es más que un engaño (Inza, Lebovic y Vasen, 2018). Las ciencias de la salud continúan impregnadas por el legado del paradigma positivista.

En la actualidad, y en concordancia con las palabras de Carbonell y Ruiz (2018) se ha hecho un pasaje de la ciencia al cientificismo. Cuando se habla de ciencia se hace alusión a lo verdadero, valor de verdad otorgado de forma instantánea. De un tiempo a esta parte la ciencia se escapó de los laboratorios y pasó a formar parte del saber cotidiano. La ciencia adquiere carácter religioso, se convierte en un dogma, en tanto conjunto de creencias que organizan y consideran que es válido y que no.

Parece que todos los enigmas se pueden responder mediante el método científico positivista. Y en su nombre, se validan estudios y conclusiones, quizás demasiado prematuramente. Pero como parecería ser la única forma de acceder al verdadero conocimiento, se torna incuestionable

Fattore et al. (2018) consideran que las clasificaciones de los manuales CIE y DSM responden a una lógica positivista. Así, la concepción detrás de estos se corresponde con la convicción de que para acceder al verdadero conocimiento tiene que ser de forma acumulativa y descriptiva, recopilando datos observables, los cuales producen información

que está rápidamente disponible y visible. De esta forma, consideran los mencionados autores (2018) que las diferencias se anulan con el propósito de generar un campo de conocimiento que homologa e iguala lo distinto.

Pero, además, la científicidad del diagnóstico en la psiquiatría, se basa en la interpretación objetiva de los síntomas. Esto puede ser peligroso, ya que hay algo de la enfermedad mental que no puede ser captado directamente por nuestros sentidos, porque no es un objeto completamente empírico. Entonces, ¿cómo puede aun así existir una ciencia de la enfermedad mental con las características que tienen todas las demás ciencias? (Castillo-Martell, 2014). De tal forma, pensar los síntomas como una serie de ítems a tildar para pensar en una patología, deviene peligroso. Más aún si se está en el terreno de la infancia, donde el desarrollo tiene lugar y se está ante un sujeto en devenir con infinitas posibilidades.

El modo de clasificar de los manuales ha ido variando a lo largo del tiempo. Estas variaciones no fueron azarosas, sino que diversos factores se vieron implicados: desde cambios epistemológicos hasta intereses económicos. Motivo por el cual resulta relevante hacer un análisis más detallado.

Desde los orígenes con Kanner y Asperger, hasta la actual versión del DSM-5 y CIE diferentes intereses se pusieron en juego para llegar a la concepción actual. Para este trayecto se tomó como base el concepto de deconstrucción planteado por Jaques Derrida. Deconstrucción en el sentido de:

desestructurar o descomponer, incluso dislocar las estructuras que sostienen la arquitectura conceptual de un determinado sistema o de una secuencia histórica; también, desedimentar los estratos de sentido que ocultan la constitución genética de un proceso significativo bajo la objetividad constituida y, en suma, solicitar o inquietar, haciendo tambalear su suelo, la herencia no-pensada de la tradición metafísica (Vásquez Rocca, 2016, p.3)

Así, utilizando la deconstrucción como estrategia, se pretende ir más allá de lo explícito. Descomponer en partes para intentar llegar a lo implícito, a los sedimentos que sostienen la nosografía actual del TEA, que nada tiene de azaroso. Se detallará a continuación los cambios que ha atravesado el TEA desde la primera hasta la cuarta versión del DSM, siendo este el manual que describe el cuadro más detalladamente, ya que está específicamente dedicado a los llamados trastornos mentales.

Partiendo de la base del recorrido realizado por Artigas-Pallares y Paula (2012) la primera versión, el DSM-I, surgió en 1952 y si bien el autismo ya había sido identificado como un trastorno específico, no fue incluido en esta primera edición. Los niños que presentaban las características descritas para el autismo eran diagnosticados como reacción esquizofrénica de tipo infantil. En la segunda versión del año 1968, DSM-II, el autismo tampoco era considerado como un trastorno con características específicas, sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil. Dicho cuadro corresponde a cuando los síntomas esquizofrénicos aparecen antes de la pubertad.

Por tanto, en un primer comienzo como fue mencionado, el autismo aparecía ligado a la esquizofrenia. Si bien los mismos Kanner y Asperger lo diferenciaron desde un principio, fue desde 1970 que diversos estudios marcaron la diferencia entre ambos cuadros. Los más destacados provinieron de James Anthony, Michael Rutter e Israel Kolvin, que impulsaron un cambio en la concepción diagnóstica de niños y adolescentes. Se logró establecer una distinción entre el autismo de inicio temprano de Kanner, la esquizofrenia de forma adulta que iniciaba en la infancia tardía y otras formas de psicosis. Aun así, en la práctica puede tornarse complicado hacer un diagnóstico diferencial (Domínguez Martín, Geijo Uribe y Imaz Roncero 2010). Brevemente puede decirse que la esquizofrenia en la infancia y el TEA comparten el inicio temprano, la cronicidad, síntomas negativos (que refieren a lo deficitario) como dificultades en la comunicación e interacción social y aislamiento; y también síntomas positivos (que refieren a las producciones) como alteraciones en el pensamiento y la percepción, además de problemas para analizar la realidad. Por otro lado, la sensibilidad sensorial, los comportamientos estereotipados, repetitivos e inapropiados y la dificultad para la comunicación no verbal, diferencian al TEA de la esquizofrenia. También en el TEA las alteraciones del pensamiento suelen ser más inmaduras en el desarrollo, aunque relevantes en el contexto cotidiano (por ejemplo, decir que se es visto, se es criticado, se es el mejor, etc), mientras que en la esquizofrenia suele ser más complejo, bizarro, y no se relaciona tan directamente con la vida diaria (como puede ser pensar que son mensajeros de dios, controlados por aparatos externos, etc) (Domínguez Martín, Geijo Uribe y Imaz Roncero, 2010).

Continuando con Artigas-Pallares y Paula (2012), no es hasta 1980 con la publicación de la tercera versión, el DSM-III, cuando se integra al autismo como una categoría diagnóstica específica, quedando categóricamente separado de la esquizofrenia. Se lo denominó autismo infantil. Se proponía en dicha versión seis criterios diagnósticos: Inicio antes de los treinta meses, déficit generalizado de receptividad hacia las otras personas (autismo), déficit importante en el desarrollo del lenguaje, si hay lenguaje se

caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada, lenguaje metafórico e inversión de pronombres, respuestas extrañas a varios aspectos del entorno, interés peculiar o apego por objetos animados o inanimados, y ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la esquizofrenia (Artigas-Pallares y Paula, 2012).

En este punto es productivo preguntarse, ¿por qué luego de casi cuarenta años después de la descripción del autismo, se lo integra como categoría diagnóstica específica? ¿Por qué los estudios de Anthony, Rutter y Kolvin en 1970 y por qué la integración en el DSM en los ochenta? ¿Estaría sucediendo algo en particular en la psiquiatría de esa década? Para intentar responder a esas interrogantes se tomó como base de lo dicho por Carbonell y Ruiz (2018) a saber: “La psiquiatría basada en el estudio de lo que le sucede a un sujeto cuando está con otros fue desplazándose, a mediados de la década de 1970, hacia orientaciones biologicistas para convertirse en una disciplina centrada en el organismo” (p.45).

Al respecto, Guimón (2006) considera que desde el final de los años ochenta se observó un imparable avance de un modelo biológico que dio lugar a un reduccionismo. ¿Los motivos? Parecería que desde finales de los cincuenta aparecieron nuevos tratamientos en lo que a la salud mental respecta. En la década del cincuenta se asistió a una revolución en la psicofarmacología con la introducción de nuevas herramientas terapéuticas para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos. Con la introducción de los primeros psicofármacos y la demostración de su eficacia, se postularon las primeras hipótesis biológicas sobre el origen de los trastornos mentales, lo que a su vez permitió que se diseñaran nuevos criterios diagnósticos. Los psicofármacos permitieron definir el proceso neuroquímico sobre el que subyace a la enfermedad mental, y así generar una teoría fisiopatológica (López-Muñoz, Alamo y Cuenca, 2000). Puede hasta considerarse que el desarrollo de los criterios diagnósticos, tanto en el DSM como del CIE, se debe al avance de los psicofármacos de esta década. Una psiquiatría más biológica (López-Muñoz, Alamo y Cuenca, 2000). Se pensó que ciertos marcadores podrían de alguna forma proporcionar una validez coincidente de los diagnósticos que permitirían tratamientos más adecuados. Las investigaciones biológicas acentuaban la importancia de “replicar los resultados de las investigaciones en distintos medios y de elegir muestras homogéneas de pacientes” (Guimón, 2006, p.5). Estas condiciones eran muy difíciles de llevarse a cabo debido a la falta de fiabilidad de los diagnósticos (Guimón, 2006).

Continúa agregando Guimón (2006) que, en los departamentos de psiquiatría de las universidades de Estados Unidos, una nueva generación de psiquiatras con predominancia

biologicista comenzó a sustituir a la orientación psicoanalítica. Son estos quienes gestan el DSM en su tercera versión y sucesivas. Esto significó un antes y un después en la nosología psiquiátrica ya que lograron “fiabilidad y validez en estudios internacionales y favorecer estudios sobre marcadores (endofenotipos)” (párr.3). Aun así, continúa agregando el autor (2006), se han realizado ciertas críticas respecto a que se considera que se descuida la identidad psico-social de los pacientes y que terminan fabricando trastornos para nuevos fármacos. Motivo por el cual en los últimos quince años aproximadamente, se insiste en especificar y evidenciar dimensiones y espectros en vez de categorías. Sin duda alguna esto lleva a cuestionar la concepción actual del autismo como un espectro.

Algunos autores como Pacheco Yáñez et al. (2015) consideran que el DSM-III implicó un golpe a la psiquiatría dinámica, ya que se abandonó el término neurosis. De alguna forma, esto desprestigió a la psiquiatría de orientación psicoanalítica, tomando partido por una orientación biologicista. A su vez, por su parte Maleval (2011) también considera que un giro se produce en relación al autismo en la década de 1970, en Estados Unidos específicamente. El hecho parecería estar relacionado con el hallazgo de que la imagen de esos sujetos llamados autistas resultaba poco compatible con las descripciones deficitarias en la patología descrita por Kanner, así como por las teorías psicoanalíticas. En el mencionado año se producía el auge de las tesis psicoanalíticas, aunque por otro lado es en esta época que quienes impulsan la tercera versión del DSM proponen una nueva psiquiatría, más medicalizada. Siguiendo al autor (2011) se promovió “un planteamiento ateórico en cuanto a la etiología, una de cuyas consecuencias principales consiste en hacer tabla rasa de toda hipótesis psicodinámica” (p.45). A su vez, pero no menos importante, además es la época en la que empiezan a tomar más firmeza las ciencias cognitivas, interesándose en lo que refiere a métodos de tratamiento de la información en el cerebro (Maleval, 2011).

Retomando el recorrido, es entonces en 1980 que el DSM en su tercera versión incluye al autismo como una categoría diagnóstica específica insertándola dentro de los Trastornos Globales del Desarrollo (Maleval, 2011). Siguiendo con Artigas-Pallarés y Paula (2011) una modificación radical tuvo lugar en 1987 con la aparición del DSM-III-R, no solo en cuanto a los criterios diagnósticos, sino que el autismo adquirió condición de trastorno, pasando de denominarse autismo infantil a trastorno autista. El término trastorno es usado por estos manuales de forma genérica para englobar propiamente los “problemas mentales”. De tal manera se marca una distancia con la terminología propia de la medicina. Sin embargo, consideran los autores (2011) que el término trastorno carece de un significado conceptual. Lo cual resulta un problema desde la base, ya que se definen

trastornos sin una definición clara de lo que se considera como tal. Esta falta de concreción es posible pensarla hasta en la actualidad. Además, extendió la versión anterior al demarcar los criterios diagnósticos, siendo cada uno de ellos puntualizado detalladamente. En esta versión, además, se aceptaba el diagnóstico de autismo atípico para los casos claros que no cumplían con todos los criterios.

Más actualmente, en 1994 y 2000, surgen la versión DSM-IV y DSM IV-TR, que, aunque no implicaron modificaciones esenciales, si hubo cambios considerables. En primer lugar, se delimitaron cinco categorías de autismo, a saber: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. A su vez, el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) fue integrado, como forma genérica de englobar los subtipos de autismo. Los TGD son integrados en la sección de trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia. Otra modificación sustancial fueron los criterios diagnósticos. De dieciséis criterios diagnósticos presentes en la versión anterior, se redujeron a seis. Esto implicó un cambio importante, aunque quizás lo más radical con esta versión fue el incremento de diagnósticos de autismo (Artigas-Pallarés y Paula, 2011).

Allen Frances es un psiquiatra que formó parte del grupo de la APA que organizó el DSM-IV. En la actualidad, es un fuerte crítico del DSM-5 y de su forma de diagnosticar y clasificar. Para Frances (2014) el grupo que elaboró el DSM-IV no eran conscientes de los cambios que estaban por provocar. El objetivo era evitar el aumento de la inflación diagnóstica; sin embargo, parece haberse logrado lo opuesto. Según el autor de *¿Somos todos enfermos mentales?: manifiesto contra los abusos de la psiquiatría* el DSM en su cuarta versión procuraba ser un manual diagnóstico conservador y detallista, pero se les escapó de las manos y comenzó a ser utilizado no de la forma que esperaban. Subestimaron la influencia de la industria farmacéutica, que no tardó en influenciar la manera de interpretar y utilizar el manual. Se superaron las barreras que creían haber levantado para evitar el sobrediagnóstico, y se logró el efecto contrario: tres nuevas epidemias psiquiátricas, déficit de atención, trastorno bipolar adulto y, ciertamente, autismo. Para Frances (2014) si algo puede ser mal utilizado, lo será. Resulta interesante por tanto pensar en torno a que interpretación se hace de estos manuales, y por tanto que uso.

¿Cómo es posible pasar desde el DSM-I con la distinción de ciento seis entidades diagnósticas, al DSM-IV-TR con trescientos setenta y cuatro? Aumentó más del triple. No sorprendería que uno de los grupos más influyentes que presionaba a la APA para que actualizara sus clasificaciones fuera el de las aseguradoras americanas quienes al final, pagaban la asistencia sanitaria de los pacientes (Pacheco Yáñez et al., 2015).

3.3 DSM-5: una nueva era de fronteras difusas

Un cambio radical se consolida en el DSM-5 al sustituir la denominación de TGD por la de TEA. Este cambio se presta para distintas consideraciones. Como fue mencionado anteriormente, esta denominación ya había sido introducida en 1979 por Wing y Gould. Realizaron un estudio donde consideraron que había evidencia suficiente como para pensar que era imposible fijar límites categóricos entre los pacientes y que en realidad las manifestaciones de lo que se conoce como autismo se distribuyen de forma heterogénea (Artigas-Pallarés y Paula, 2011). Aun así, la denominación TEA es utilizada formalmente por el DSM en su quinta versión, publicada más de treinta años después. ¿Que implica pensar el autismo como espectro? ¿Puede la denominación TEA abarcar cinco categorías anteriormente distintas? ¿Es posible de todas formas considerar la diversidad cuando se está bajo el paraguas del espectro? ¿o genera el efecto contrario?

Diagnosticar es necesario para poder establecer una dirección al tratamiento y evaluar cuál será la estrategia terapéutica más adecuada. El problema radica en como son pensados los criterios diagnósticos (Donzino, 2020).

¿Cuál es la línea de pensamiento del DSM-5? Para responder a esta interrogante se vuelve necesaria una breve contextualización. Se parte de Foucault (2002) con la noción de sociedades disciplinarias, comprendidas entre el siglo XVIII y XIX. Según el autor (2002) el curso de la edad clásica se caracterizó por el descubrimiento del cuerpo como un objeto de poder a la vez que blanco de poder. Cuerpo al que se puede manipular, dar forma, que obedece. Pero desde el siglo XVII, la dominación tomó otra magnitud. Empiezan a funcionar más estrictamente grupos cerrados, cada uno regido por sus propias leyes. Colegios, cuarteles, fábricas, hospitales y cárceles. Para Deleuze (s/f) las sociedades disciplinarias alcanzan su auge en el siglo XX. El individuo se mueve de un círculo cerrado a otro. Lentamente las sociedades disciplinarias fueron dando lugar a las sociedades de control. La fábrica se sustituye por la empresa, que necesita que los cuerpos fueran manipulables, dominables, sumisos. Donde predomina la competitividad y el mérito individual. Siguiendo a Untoiglich (2017) esta lógica también impregna la educación. Si en las sociedades disciplinarias el poder era regulado por consignas, en las sociedades de control el núcleo está en las cifras, como una contraseña. El DSM es concordante con esta forma de pensamiento, ya que los diagnósticos al final de cuentas se convierten en cifras que le van a permitir a los consumidores acceder a ciertos servicios, mientras el poder médico controla a sus enfermos y la industria farmacéutica a sus clientes.

Las masas se convierten en datos estadísticos de consumidores o potenciales consumidores, se consumen objetos que nos quieren hacer creer que calman la angustia, se consumen diagnósticos, se consumen soluciones express. La medicalización es un arma que funciona al servicio de los mercados y logra la obediencia a través de valores como “la salud, la larga vida y la ciencia” (Untoiglich, 2017, p.55).

El giro hacia una psiquiatría más biológica impulsada por la tercera versión del DSM, se acompañó por la implementación de un sistema multiaxial compuesto por ejes diagnósticos. El sistema multiaxial de la cuarta versión del DSM, contaba con cinco ejes: Eje I: Trastornos clínicos y Otros problemas que pueden ser objeto de atención medica; Eje II: Trastornos de la Personalidad y Retraso mental; Eje III: Enfermedades medicas; Eje IV: problemas psicosociales y ambientales; Eje V: Evaluación de la actividad global. Estos ejes permitían una evaluación más completa que, captaba ciertos aspectos de la complejidad de la situación clínica (APA, 2002). En el DSM-5 desaparecen los ejes diagnósticos que habían permitido considerar a los pacientes de maneras más integral a la hora de hacer una valoración psiquiátrica. La fundamentación del cambio radica, aparentemente, en una incompatibilidad con los sistemas diagnósticos en el resto de la medicina (Muñoz y Jaramillo, 2015). A su vez, la categoría de TGD del DSM-IV que en la quinta versión desaparece para caer bajo la denominación de TEA y que estaba enmarcada en los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia, ahora caen en la sección de Trastornos del Neurodesarrollo, anteriormente mencionado. El foco se desplaza a la neurología como disciplina referente (Donzino, 2020).

Las estadísticas establecerán lo que es considerado normal y lo patológico para intentar ajustar al sujeto dentro de ciertos parámetros diseñados y esperados (Untoiglich, 2017). El DSM-5 instala un cambio de paradigma. Siguiendo con la noción de paradigma tomada de Khun (2004), al referirse a un cambio de paradigma en lo que al DSM respecta, se hace alusión a un cambio en la manera de concebir a los trastornos mentales, una nueva forma de abordaje de los mismos.

Los límites entre las categorías diagnósticas se vuelven permeables, porosas, y se convierten en una especie de continuo. Lo que eran fronteras ahora son zonas intermedias, poblados de cuadros mixtos y múltiples. Parecería haber una tendencia a trasladarse a una espectralidad en donde, evidentemente, la concepción de autismo no queda por fuera (Bello, 2017).

Se observa un pasaje de un paradigma categorial, con primacía de una tendencia medicalizante y creación de entidades biogenéticas, a un paradigma dimensional al que se le suma una tendencia patologizante, donde “se legitiman intervenciones sobre individuos que resultan englobados en nuevos “espectros” diagnósticos” (Bello, 2017, p.10). La pretensión de encontrar una explicación biológica para sustentar el diagnóstico de los trastornos mentales sigue siendo inalcanzable y es acompañada por incorporación de nuevos comportamientos considerados patológicos. Este hecho se ve claramente reflejado en la inflación diagnóstica, gracias a la patologización de las conductas, pero también al reducirse el umbral de los diagnósticos (Gracia Zabaleta, 2018). Al decir de Donzino (2020) “un cambio de paradigma respecto al lugar del sujeto y del conflicto psíquico” (p.159).

Según el DSM-5® ninguna definición de trastorno mental es capaz de englobar todos los aspectos de todos los trastornos que contiene el manual (APA, 2014). Esta es una limitación importante a la hora de definir que es considerado como un trastorno mental y que no. Para Frances (2014) los límites entre la normalidad y la patología son imprecisos. Esto conduce, inevitablemente, a que lo que se clasifica como trastorno mental, es una categoría que puede ser ampliada infinitamente, y edición tras edición del DSM, surgirán nuevas entidades psicopatológicas y agrupaciones cada vez más mas tendientes a la espectralidad, como es en el caso del TEA. Si no existen marcadores biológicos que le puedan dar validez al conjunto de síntomas, las combinaciones son infinitas y por tanto continuamente surgen nuevos diagnósticos. Pensar en el autismo como espectro acarrea consecuencias. Como mencionan Fattore et al. (2018) “la construcción de un espectro como modelo nosográfico provoca criterios tan laxos que abarcan cada vez a más personas y difuminan las diferencias entre una perturbación grave y rasgos de personalidad más excéntricos” (p.55). ¿Autismo y trastorno del espectro autista son equivalentes? ¿se superponen por completo? ¿Por qué la elección de la palabra espectro? Al decir de Untoiglich (2016) pensar desde el espectro se pone en evidencia una modificación en la forma de concebir al autismo, de categorizarlo y de evaluarlo. Lo que implicó, más aún, un aumento desmedido de niños diagnosticados como autistas. Retomando lo plantado por Guimon (2006) pensar desde la espectralidad es pensar el autismo como un paraguas, donde la diversidad queda unificada bajo un mismo nombre. La palabra espectro da en sí para pensar en una especie de continuo, sin fronteras definidas. Como consecuencia de un límite que carece de claridad y precisión, el diagnóstico de TEA se vuelve de lo más abarcativo. En el espectro, se fusionan códigos en una evaluación dimensional cuyas consecuencias son polémicas: casos leves y funcionales depositados en un mismo sitio junto con los más graves e incapacitantes (Martín Fernández, 2013). En el espectro, la complejidad queda diluida bajo lo general e inespecífico (Donzino, 2020).

Un Incremento de diagnósticos equivale a mayor consumo de fármacos. Al respecto, siguiendo a Sánchez-Raya, Martínez-Gual, Moriana Elvira, Luque Salas y Alós Cívico (2015) no existe en la actualidad un tratamiento farmacológico específico para el TEA. Lo que si se tratan son sus síntomas específicos utilizando frecuentemente fármacos como haloperidol, clonidina, naltrexona, fenfluramina, neurolépticos atípicos e inhibidores de la recaptación de serotonina para tratar la ansiedad, problemas de sueño, hiperactividad, aislamiento social y las conductas disruptivas. Sin embargo, resultados de estudios que intentan demostrar que se obtienen resultados eficaces con el tratamiento farmacológico, se les critica por utilizar números reducidos de casos, la edad elevada de los pacientes y el peligro de realizar estos estudios en niños pequeños con sus posibles efectos secundarios.

3.4 Posiciones despatologizantes y desmedicalizadoras de la infancia

Como fue mencionado anteriormente, un cambio radical tuvo lugar con la tercera versión del DSM, ya que se encontraba en el afán de biologizar la psiquiatría, intentando que esta alcanzara el nivel del resto de las especialidades médicas, y de esta forma logran mayor legitimidad. Uno de los aspectos más polémicos es en lo que refiere a las fronteras entre lo considerado normal y lo patológico (García Zabaleta, 2018).

En la cuarta versión del DSM, la subcategoría “Trastorno generalizado del desarrollo no especificado” se volvió una categoría residual, que abarcaba los casos que no cumplían con todos los requisitos necesarios para otro trastorno, pero que aun así presentaban ciertas características. Con la incorporación del DSM-5, se aclara que quienes fueron diagnosticados con aquella categoría, hoy entran dentro del espectro (García Zabaleta, 2018). Un mismo lugar para la diversidad

¿El DSM-5 es subsidiario de alguna teoría sobre la constitución psíquica que contemple algún factor relacionado con el desarrollo de los niños? La respuesta es clara, el interés es clasificatorio. Por consecuencia, la génesis del armado del psiquismo queda al margen. Diagnostica en base a signos lo no permite una etiología diferencial (Donzino, 2020).

El autismo se puso de moda desde el lanzamiento del DSM-IV. Antes se diagnosticaba en uno de cada dos mil niños (Frances, 2014). Un estudio publicado en 2009 concluyó que la prevalencia del trastorno autista en Estados Unidos aumentó de cuatro por diez mil en 1989 a ciento cuarenta y siete por diez mil en 2010. Ósea, de cada sesenta y ocho niños uno está dentro del Espectro Autista (Nahmod, 2016). Siguiendo a Frances

(2014) los padres entraron en pánico, ante el más mínimo indicador de que el niño no fuese completamente convencional (como si eso fuese posible) un terror paralizante se hacía presente. Para el autor (2014) durante un tiempo se asoció al autismo con la vacunación, simplemente por una casualidad cronológica ya que la edad en la que se administran las vacunas coincide con la edad típica en la que aparecen los principales indicadores.

Desde la implementación del DSM-IV los casos de autismo han ido en incremento. El DSM-5 y su incorporación del autismo como parte de un espectro, lo potenció aún más. ¿Qué se oculta detrás de los nuevos criterios? Parecería que a los niños hasta se les vuelve difícil escapar de alguna clasificación de los manuales, que parecerían patologizar cualquier conducta no esperada según lo normativo. No sin consecuencias, evidentemente. Los intereses económicos tampoco quedan por fuera. Así lo afirma Frances (2014) apuntando a que el hecho de que en los últimos años se hayan multiplicado los diagnósticos de TEA, no responde a que los niños se volvieron casualmente más autistas, sino a que los hábitos diagnósticos cambiaron radicalmente. A su vez Aflalo (2012) considera el TEA como un malestar contemporáneo. El mencionado manual de estadísticas y diagnósticos psiquiátricos ha ampliado cada vez más sus criterios diagnósticos al punto que parecería que asistimos a una epidemia de autismo.

En este sentido, es interesante pensar en torno a lo que plantean Fattore et al. (2018) Por ejemplo, llama sumamente la atención que el test ADOS (escala de observación para el diagnóstico de autismo) que sirve para detectar el autismo, evaluando la comunicación, la interacción social y el juego, haya sido creado por una de las psicólogas que formó parte del Comité de Desórdenes del Neurodesarrollo en el DSM, Catherine Lord. Es decir, la misma persona que formó parte de la creación del cuadro TEA, arma el test para diagnosticarlo en la actualidad. Teniendo en cuenta, evidentemente, que el test solo puede ser enseñado por personal acreditado por el grupo por el que fue creado. Es decir, que solo puede ser utilizado y transmitido por quienes pagan para capacitarse. Esto evidentemente genera controversia, ya que quedan por fuera profesionales que están capacitados para realizar diagnósticos en lo que la salud mental refiere. Las capacitaciones para dicho test están dirigidos a una amplia gama de profesionales, dentro de ellos, por ejemplo, fonoaudiólogos. Se preguntan muy prudentemente los autores (2018): “¿Porque serían los fonoaudiólogos los profesionales capacitados para realizar un diagnóstico diferencial de autismo?” (p.54). Los métodos de evaluación que se utilizan es un aspecto que no puede quedar al margen. Resulta hasta iatrogénico la generalización del test ADOS, donde, al decir de Janin (2019), se toman aspectos que ni observan, escuchan o piensan en el niño la complejidad de su constitución subjetiva; y como consecuencia se lo etiqueta

precozmente. Este test, definido como una “evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para sujetos con sospecha de trastornos del espectro autista” (p.25) si es tomado como método primero para el diagnóstico de TEA, o se implementan métodos que prometen ser revolucionarios como el escaneo de cerebros en niños a los tres años para detectar autismo, ¿qué porcentaje de niños van a ser catalogados como autistas?

Por otro lado, no debe olvidarse que el DSM al ser un manual de psiquiatría y destinado principalmente a psiquiatras, la industria farmacéutica entra en el juego. Carbonell y Ruiz (2018) justamente lo mencionan. Los mercados ejercen un fuerte dominio sobre el campo de la política y de las investigaciones científicas. Así, la industria farmacéutica es un mercado que mueve en la actualidad 90 millones de dólares. Se sospecha que a la misma le interesa la consolidación de diagnósticos que tengan base en el funcionamiento biológico y la promoción de nuevos trastornos para los cuales se consolidan nuevos fármacos. Pareciera que el DSM elaborado por la APA está a merced de la industria farmacéutica. “La elaboración de este manual estadounidense tiene una influencia mundial y su objetivo principal está determinado: vender fármacos” (p. 30). La evidencia es clara, continúan los autores (2018), cuando un estudio de la Universidad de Massachusetts en Boston en 2006 sacó a la luz un secreto bien guardado. Y es que, en palabras de los autores “el 56% de los 170 psiquiatras que trabajaron en los criterios diagnósticos de la cuarta edición de este manual (DSM-IV) y de su revisión (DSM-IV-R) mantenían al menos una relación financiera con una marca farmacéutica” (p.30). Alarmante cifra, ya que se trata de la mitad de los miembros.

Así, Aflalo (2012) considera que el motivo detrás de que los DSM amplíen sus definiciones tiene que ver con que la industria farmacéutica se ve beneficiada. Habla de un “humano genéticamente modificado” (“E=HGM”, párr.1) siendo este la nueva cara del eugenismo en el siglo XXI, perfectamente impulsado por la ideología de la psiquiatría del DSM; ya que sus diagnósticos son una práctica de segregación. Un “eugenismo psy” (“E=HGM”, párr.2) continúa la autora (2012), con fines de normalizar, estandarizar y controlar los comportamientos. Así, después de que el DSM haya impuesto el imaginario de que el ser humano se puede reducir a sus comportamientos, los cuales pueden ser reeducados, ahora se trata de hacer pasar el síntoma psy como una causa genética. Este autismo-DSM le da a la industria farmacéutica todo lo que necesita para seguir en pie (Aflalo, 2012).

Hace unos días, un artículo de Melinda Beck en el Wall Street Journal, confirmaba la hipótesis según la cual los test de diagnóstico genético de autismo estarían pronto

en el mercado y adelantaba el precio de 2.000 € por test. Si se hicieran obligatorios y reembolsables, los laboratorios obtendrían el maná financiero del estado. (Aflalo, 2012, "E=HGM", párr.6)

Lo que en principio parecía un intento de homogeneización, clasificación y estandarización, terminó develando oscuras verdades. Y es que los DSM, más allá de que puedan resultar una herramienta, no dejan de estar atravesados por intereses económicos con los que grandes empresas se llenan los bolsillos. El diagnóstico de TEA no queda por fuera. El autismo existe, eso no está en duda. Lo que está en duda es la construcción de la categoría diagnóstica TEA tal como se la conoce gracias a estos manuales, que no deja de ser reflejo de una mirada epistemológica específica atravesada por conflictos de intereses.

4. El lugar del psicoanálisis en el diagnóstico de TEA

4.1 Algunas de las concepciones psicoanalíticas del autismo

Rápidamente la categoría propuesta por Kanner, fue de interés para los psicoanalistas. Sin pretensión de extender en detalle, si es prudente mencionar algunas de las concepciones más influyentes. Para Margaret Mahler (1897-1985) "En la psicosis infantil temprana, una grave deformación de la relación madre-hijo parece ser la causa esencial de que el yo se aliene de la realidad" (Mahler,1990, p.118). Distingue entre dos tipos de psicosis infantil temprana. En un primer tipo, él bebe nunca percibió a su madre emocionalmente. Esta es la psicosis descrita por Kanner en 1943 bajo el nombre de autismo infantil precoz, a la que la autora (1990) denomina psicosis infantil autística. Un segundo tipo, siguiendo a Mahler (1990) sería la psicosis infantil simbiótica. A Melanie Klein (1882-1960) se la podría pensar como una precursora, ya que en 1930 cuando el cuadro de autismo aún no había sido delimitado como tal, teorizó sobre su trabajo con su paciente Dick, quien fue diagnosticado en su momento con esquizofrenia. Aunque si se presta detalle a las manifestaciones del niño, presenta un cuadro típico de autismo (Piro, 2017). Klein (1956) describe para dicho caso, que la razón de su gran inhibición en el desarrollo se debía al fracaso en las etapas más primitivas, en el momento de introducción al complejo de Edipo. Para Klein los trastornos psíquicos graves en la infancia remiten a una paralización o regresión a estadios anteriores ya superados por el niño. Así, la patología grave sería un modo en el que el yo se enfrenta a exigencias pulsionales. De esta forma construye su teoría de las "posiciones". Angustias y mecanismos de defensa "psicóticos" se ponen en juego en las primeras etapas de la vida infantil. El detenimiento/regresión a alguna de esas posiciones resulta patológico en la infancia, pero también en la adultez (Peralta Macotela, 2015). Bruno Bettelheim (1903-1990) elabora el concepto de "situación extrema" que alude a una situación tan radical y destructiva que culmina en una deshumanización del sujeto. Se

pregunta, por tanto, si los sujetos llamados autistas no habrán pasado por algo similar que los haya llevado a aislarse del mundo (Ledoux, 1987). Estableció el concepto de “madre nevera”. Su interpretación es llevada al extremo, sosteniendo que la madre rechaza la existencia de su hijo. Más aún, desde el momento de su nacimiento, aludiendo a inseguridades por parte de los padres y la necesidad de estos de defenderse del feto (Artigas-Pallarés y Paula, 2011). “El autismo infantil es un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir en una situación extrema y totalmente sin esperanza” (Bettelheim, 2012, p.109). Frances Tustin (1913-1990) en concordancia con Mahler, su perspectiva gira en torno a una fijación y fracasos en los estadios más tempranos del desarrollo (Ledoux, 1987). “El autismo patológico es una detención en un periodo temprano, que con el paso de los años se agrava y se vuelve más rígida” (Di Tella, 1994, p.11). Tustin (1994) considera, al igual que Mahler, la existencia de una fase de “autismo normal”, donde el niño tiene escasa conciencia del mundo exterior en sí. Progresivamente y gracias a su condición innata que le permite al infante reconocer modelos, continuidades, etc., el infante supera este estado. Sería como la “materia prima” y sentaría las bases para para procesos más complejos como el reconocimiento, la clasificación, la empatía, etc. A través de estos procesos, el pequeño poco a poco va tomando conciencia de sí mismo y creando una representación interna de la realidad. Luego la autora (1994), describe un autismo asociado a la psicosis. Referiría a cuando estos procesos cognitivos anteriormente mencionados se desarrollan de forma deficitaria. En tal caso, se dice que el niño es psicótico. “Podría decirse que el autismo normal es un estado de *pre*-pensamiento, en tanto que el autismo patológico es un estado de *anti*-pensamiento” (p.14).

4.2 Psicoanálisis y el rescate de la subjetividad

El psicoanálisis transita desde otros lugares, con otros fines. Como menciona Santaello (2013) al psicoanálisis no le interesa caer en la reducción. No interesa a partir de los datos que brinda un sujeto ubicarlo dentro de una clasificación determinada, pero a la vez imprecisa, respondiendo a datos estadísticos. Para el psicoanálisis, diagnosticar es

una práctica que implica ir más allá de las descripciones o de los agrupamientos sintomáticos. Supone que hay una singularidad en juego que develar más allá de lo aparente y una verdad sobre el goce que allí, en acto, se expresa. (Vasen, 2017, p.46)

Los manuales de psiquiatría cada vez se asemejan más a un tratado conductista, donde cualquier conducta que no se asemeje a lo esperado según cierto estándar de normalidad, de lo que se espera, se la puede definir y en la mayoría de los casos, medicar.

Esto da lugar a respuestas cerradas, donde no hay interrogante acerca de la verdad histórica del sujeto, y peor aun cuando se está ante un sujeto en estructuración como lo son los niños. Se da un nombre a un tipo de sufrimiento (Harraca, 2013).

El establecimiento de estos modelos clasificatorios, es un golpe a la subjetividad. Es la eliminación del síntoma como portador de un sentido. Es un retroceso a lo que es una de las mayores conquistas en la historia de la humanidad. Y esta es la posibilidad que el psicoanálisis le devolvió al hombre, la de descubrir los deseos que lo habitan y conquistar los objetos que lo causan. ¿Qué lugar puede ocupar hoy el psicoanálisis? El de sostener un lazo social diferente en un juego donde los discursos son totalizantes y homogeneizan. Interrogar en eso que acontece (Ygel, 2013). Muchas veces los DSM se presentan como un discurso único y hasta a veces como el único válido para hacer diagnósticos en el campo de la salud mental, y en las patologías graves de la infancia (Asad, 2013).

No es pretensión de este trabajo adoptar una postura del estilo anti-psiquiatría. Sin embargo, sí interesa repensar la forma en la que se diagnostica globalmente, desde donde se posicionan los diagnósticos y qué consecuencias puede acarrear ese posicionamiento. Porque de ese posicionamiento dependen los posibles tratamientos e intervenciones. Y qué pasa cuando prevalece una mirada por sobre otras. Así, y en concordancia con lo mencionado por Campos Alvo (2013) los manuales que prevalecen en la actualidad (CIE y DSM) promueven dos tipos de estrategias terapéuticas: terapias cognitivo conductuales y la medicación farmacológica (esta última no sorprende, dado que, así como se esclarecieron los intereses económicos detrás del diagnóstico de TEA, lo mismo puede pensarse para otras categorías diagnósticas). Lo esencial del psicoanálisis es que se propone escuchar en eso que se considera que falla, el desajuste, la singularidad de cada uno. Esto es porque, además, desde la posición psicoanalítica es imposible pensar el diagnóstico por fuera de la transferencia. Desde ese lugar, la perspectiva de lo psicopatológico se complejiza, en tanto que el saber de lo inconsciente no puede constituirse teniendo como horizonte los resultados que se obtuvieron a partir de otros casos. Es decir, no se puede generalizar. El psicoanálisis pretende esclarecer qué estructuras están puestas en juego para que el analista pueda ocupar un lugar en ella (Campos Alvo, 2013). Como mencionaba Ferrari (1997) sean cuales sean las causas del autismo, hay que ver al autismo como algo más que una suma de déficits. Pensarlo como una forma global de organización del psiquismo, donde el autismo es una consecuencia. Para el autor (1997) los procesos autistas tienen un sentido, orientado hacia una

constitución de un sistema defensivo de lucha en dos direcciones: contra las intolerables e impensables angustias ligadas a la dolorosa experiencia de la separación

del agujero negro, pero también contra la vivencia persecutoria y dolora de los procesos de pensamiento, en cuyo caso la actividad defensiva parece movilizarse al servicio de una destrucción del pensamiento. (p.20)

Por lo antedicho es importante destacar la postura del psicoanálisis en el abordaje del TEA. Como una postura que puede permitir el rescate del sujeto. Como un abordaje que puede permitirle al niño otros devenires, que no lo encapsule. Como menciona Janin (2012) diagnosticar es una intervención muy importante. Detectar la patología tempranamente es fundamental para poder trabajar en los primeros tiempos de estructuración psíquica. Pero diagnosticar no equivale a ponerle al niño un cartel “tú eres esto”. Al pensar en las patologías graves en los niños, habría que pensar que se considera como grave en un niño. Para la autora (2012) “las psicosis infantiles son trastornos severos en la constitución psíquica. Y que el autismo muestra uno de los modos más primarios de estos trastornos, que se refiere a fallas muy tempranas en la estructuración de la subjetividad” (p.191). Y en donde lo que más se destaca, es no poder comprender el vínculo humano. Para Janin (2019) el trabajo psicoanalítico con estos niños comprende encontrar cuales son las determinaciones en juego, intrasubjetivas (conflicto interno al niño) o intersubjetivas (además del niño, el conflicto involucra a otros). “Qué defensas hay en juego, cuáles son las pulsiones dominantes, que tipo de pensamiento es el que prevalece, que es lo que se repite: eso es lo que tenemos que diagnosticar” (p.39). Así plantea Janin (2019) para luego establecer con quién trabajar y cuáles son las metas que se van a proponer. Es evidente que ese diagnóstico, visto de esta forma, no puede hacerse en una entrevista y menos quedar expresado en una sigla. En este sentido advierte el riesgo de quedar atrapado en un diagnóstico del DSM, y eso no permite ver más allá de la sigla. Se deja de ver al niño como sujeto único, con el que se tendrá que ir construyendo una manera de entenderlo, pensando que es lo que hace a ese niño sufrir, qué caminos encuentra para decirlo. Así, el psicoanalista podrá ayudarlo, trabajando sobre los caminos de la repetición, creando nuevas modalidades para construir un mundo, a la vez que él mismo se construye. Y obviamente, ayudar a los padres a que puedan volver a ver a su hijo como el niño que es. Janin (2012) además destaca, que si hay casos donde puede haber originalmente una causa orgánica, o fundamentalmente biológica. Pero esto no quita que se puedan tener en cuenta los componentes psíquicos, para poder trabajar terapéuticamente con ese niño.

5. Complejidades

Se demostró como el TEA como se lo concibe actualmente posee en sí mismo una historia, cambios en su concepción desde el origen, intereses cruzados en juego; en fin, una

historia particular. Psiquiatría y psicoanálisis con teorías explicativas y formas de abordaje paralelos.

Pensar desde la subjetividad como una producción compleja que integra diversas dimensiones es vital para la descripción de cualquier fenómeno, pero en especial en la infancia. La noción de subjetividad que se tenga, es esencial para poder elaborar hipótesis sobre las causas del sufrimiento psíquico y que permitirá, a su vez, planear una estrategia de intervención terapéutica (Muniz, 2017).

Llegado a este punto, el paradigma de la complejidad elaborado por Edgar Morin, parece ser una alternativa a la encrucijada a la que se ha llegado. Morin ha sido y es uno de los pensadores más influyentes del siglo XX y XXI. El filósofo y sociólogo francés se destaca por su propuesta del pensamiento complejo y el paradigma de la complejidad. Definirlos es tan complejo como su nombre lo indica, valga la redundancia. Y es que justamente lo complejo, por serlo, no puede definirse en cortas palabras, no puede reducirse a una idea. No puede resumirse el concepto de complejidad.

Morín (2007), para hablar del paradigma de la complejidad, toma la noción de paradigma de Khun (2004), que fue anteriormente mencionada en este trabajo. Para tratar de definir el paradigma de la complejidad, quizás sea más sencillo comenzar por el camino inverso, es decir, comenzar definiendo el paradigma de la complejidad por lo que no es. No es el paradigma de la simplicidad, aunque el paradigma de la complejidad tampoco implica la eliminación de la simplicidad. Sucede con la simplicidad que ve a lo uno y a lo múltiple, pero no puede concebir a ambos de forma múltiple. La simplicidad, separa lo que está unido (disyunción), y une lo que es distinto (reducción) (Morín, 2007).

Morín (2007), pone un claro ejemplo para entender lo antedicho. El ser humano, es, evidentemente, un ser biológico. Pero a la vez es, evidentemente, un ser cultural. Lo que hace el paradigma de la simplicidad es obligarnos a separar estas dos concepciones, estas dos realidades biológica y cultural. Nos vemos obligados a disociarlas y a reducir la más compleja a la menos compleja. Entonces, por ejemplo, se estudiaría, por un lado, el hombre entendido desde lo biológico con perspectiva anatómica, fisiológica, etc. Mientras a su vez, el hombre entendido desde lo cultural se estudiaría desde las ciencias sociales, humanas, etc. Entonces, se nos olvida que el hombre no puede ser culturalmente y biológicamente por separado. No existe el hombre cultural sin un hombre biológico, y viceversa. El hombre es al mismo tiempo cultural y biológico, aunque cultura y biología sean conceptos diferentes.

La simplicidad termina por desintegrar lo que es realmente complejo, por ejemplo, el diagnóstico de TEA. El valor del paradigma de la complejidad reside justamente, en este caso, en poder pensar a los niños diagnosticados con TEA no como un cerebro en déficit, o como prisioneros de la genética, pero tampoco responsabilizar por completo a los padres. No simplificar algo que brilla por su complejidad.

Morin explica como la ciencia clásica con sus dogmas rechaza la complejidad. Si bien la sitúa entre el siglo XVII y XX, aún se observan rasgos en la ciencia actual. Primero debido a una visión determinista, de leyes muy rígidas, y eso significa la disolución de la complejidad. En segundo lugar, porque rige bajo el principio de reducción, según el cual para conocer el todo, basta con conocer las unidades más sencillas. Y, en tercer lugar, bajo el principio de disyunción, las disciplinas no se comunican entre ellas, por lo que cada una construye un pedazo de realidad que no permite ver el tejido común, se encuentra desintegrado. Es decir, el conocimiento científico perseguía, y por momentos aún persigue, la simplicidad (Universidad Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2015, marzo 18)

Para Morin aún estamos dominados por la forma de pensar instalada desde el siglo XVII. La separación de la filosofía, la mente, el espíritu, la poesía, la literatura, etc., del mundo de la ciencia y de la técnica. Y ya es hora de terminar con el determinismo absoluto. La complejidad, debe necesariamente integrar las concepciones antagonistas, contradictorias, y tolerar la incertidumbre. Aun así, no debe pensarse en la complejidad como la solución a la incertidumbre. La complejidad no será la última explicación de todo, sino que hay cosas que están más allá de la complejidad, la mente humana, por ejemplo. No puede conocerlo todo, hay limitaciones. Para la complejidad los saberes serán inacabados siempre. Se trata conjugar la utilización de los distintos saberes, y de una interrogación filosófica fundamental (Universidad Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2015, marzo 18)

Morin (2002) describe cuatro elementos que son de utilidad para pensar lo complejo:

1. El contexto. El entendimiento de los elementos o de la información de forma aislada es insuficiente. Necesariamente Hay que ubicar estos en un contexto para que cobren sentido
2. Lo global. Lo global sería más que el contexto. El todo tiene unas determinadas características, que no se encontrarían si sus partes se separaran unas de las otras. A su vez, ciertas cualidades de las partes pueden verse inhibidas por las fuerzas que provienen del todo. Para conocer el todo, hay que recomponer las partes. En el

interior de las partes, está el todo. Cada punto singular de un holograma contiene en sí mismo toda la información de lo que representa, cada célula e individuos singulares tienen, a su vez y de manera holográfica, el todo del cual hacen parte y mientras al mismo tiempo hacen parte de él.

3. Lo multidimensional. Las unidades complejas, el ser humano, la sociedad, son multidimensionales. El ser humano, es a la vez un ser biológico, social, cultural, etc. La sociedad, tiene dimensiones económicas, políticas, religiosas, etc. El conocimiento debe reconocer esta multidimensionalidad, ya que todas estas dimensiones, se entrecruzan.
4. Lo complejo. El conocimiento debe enfrentar la complejidad. La complejidad está presente cuando son inseparables los diferentes elementos que componen un todo. A la vez que existe un tejido "interdependiente, interactivo e inter-retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas. Por esto, la complejidad es la unión entre la unidad y la multiplicidad" (p.38).

Pensar en términos de complejidad, implica la idea de una nueva forma de ciencia.

Asistimos a la emergencia de una ciencia que no se limita a situaciones simplificadas, idealizadas, más nos instala frente a la complejidad del mundo real, una ciencia que permite a la creatividad humana vivenciarse como la expresión singular de un rasgo fundamental común en todos los niveles de la naturaleza (Prigogine, 1997, citado por Caro Almela, 2002, p.6).

Como lo plantea Caro Almela (2006) la ciencia occidental ha sido caracterizada por un reduccionismo. En la actualidad lucha por emerger un nuevo conocimiento científico que pretende poner el acento en la totalidad, y no en los elementos simples de los fenómenos. Que no trata de aislar a los objetos de su investigación, sino que le da un lugar privilegiado al contexto donde estos se encuentran y por lo tanto también a las condiciones y particularidades donde esa manifiesta esa organización en concreto.

Pensar desde la complejidad, no implica posicionarse desde una verdad absoluta, sino poder dar explicaciones más globales acerca de la realidad. Rompe con el pensamiento lineal que tanto abundan en las ciencias de la salud y con las respuestas fragmentarias. No excluye a las diferentes perspectivas, las integra (Salazar, 2017). Un paradigma positivista puede reducir elementos complejos como lo es el psiquismo infantil a un modelo neurobiológico, cuando el paradigma de la complejidad permite hipotetizar en diferentes niveles que se suplementan y no excluyen, simultáneamente (Muniz, 2017).

En la actualidad prevalece un paradigma donde se ve al TEA como un trastorno que provoca discapacidad y que requiere de diagnóstico lo antes posible. Y como menciona Vasen (2019) que además debe ser tratado con métodos cognitivos o conductuales, que se basan en constructos teóricos como la mentalización, funciones ejecutivas, etc. Siguiendo con el autor (2019) quedó muy lejos la época en la que el psicoanálisis con sus supuestos y teorías intentó explicar el TEA y tratarlos con su método. Entre subjetividad e inconsciente, el autismo implicaba un desafío. Estas teorías estaban dominadas por una lógica causal, que las llevó a una limitación de la que parecía imposible salir. Se hace referencia a que se terminó por culpabilizar a los padres. Aunque ocurrió, nunca debió reducirse a una única causa, la frialdad de los lazos familiares (y de la madre en especial) dejando de lado determinaciones complejas, como la epigenética, interferencias en el desarrollo cerebral, pero también factores ambientales y familiares.

Los padres terminan, lógicamente, por encontrar en las teorías y abordajes de cohorte tecno-bio-genéticos, una postura que no los culpa, produciendo mayor receptividad. Esto alivia sus angustias de pensarse responsables de los problemas de sus hijos. Encuentran en la biología su consuelo. Pero no solo eso, sino que además prometen nuevos tratamientos conductuales o cognitivos (o ambos a la vez) y comienza a desplazarse el eje de lo terapéutico, a lo educativo (Vasen, 2019). Es decir, básicamente se trata reeducar, pero no de escuchar ese sufrimiento singular (porque obviamente, los niños con TEA sufren).

Entonces ahora, el niño parece dividirse en pedacitos, funciones, que serán abordadas por un profesional distinto. Si antes el psicoanálisis pretendía abarcarlo todo, ahora hay profesionales de todo tipo: psicopedagogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, etc. ¿Y quién incluye el campo de lo emocional y lo subjetivo? Además de que ni siquiera la psiquiatría como tal encuentra un lugar, ya que no existe medicación específica para el autismo, sino sólo para atenuar algunos de los síntomas. Hacer un diagnóstico cada vez importa más ya que habilita a que se den ciertas prácticas, mientras que importa cada vez menos el sufrimiento (Vasen, 2019). “Se convierte en una verdadera contraseña para acceder a un mundo de servicios y prestaciones” (Vasen, 2019, p.140).

Pensando desde la complejidad, resulta vital tener claro que se está ante una red compleja que es imposible reducir a un único factor. En este sentido, la postura de Laurent (2013) resulta por demás enriquecedora:

Tanto para las personas autistas como para sus padres, resulta crucial mantener una pluralidad de planteamientos, así como interlocutores provenientes de

horizontes múltiples. La piedra angular de esta batalla es permitir que cada niño elabore, con sus padres, un camino propio, para proseguirlo después en la edad adulta. Y ello teniendo en cuenta la asombrosa variedad de síntomas que cubre el llamado “espectro autístico”. Se trata, pues, de una batalla por la diversidad. (p.13)

Es decir, es crucial un abordaje complejo, único, singular. Porque cada niño con TEA es justamente único y singular. Dentro del espectro, si bien hay algunos patrones que predominan, algunos niños tienen dificultades del aprendizaje y otros no. Algunos tienen dificultades en la adquisición del lenguaje mientras otros hablan con fluidez. No puede existir un único abordaje para el TEA. El abordaje tiene que ser construido con cada niño y su familia en particular. Lo que funcione para unos, quizás no funcione para otros. Construir un camino, lejos de la predeterminación. Un camino que sea transitado no desde la reeducación y readaptación, sino desde el respeto por la subjetividad singular de ese niño. No se necesitan respuestas generalizables a todos, sino respuestas específicas para cada caso.

Laurent (2013) además habla sobre una batalla del autismo. Con este término se refiere al modo en que la línea científica usa sus postulados sobre biología y genética, con sus hipótesis sobre las causas del TEA, para invalidar todo tipo de abordaje relacional desde el psicoanálisis. Desde este lugar y con una ideología radical y que rompe con cualquier posible articulación no solo con un abordaje relacional, sino con los cuidados en general. Es decir, si se está ante un trastorno que es puramente cognitivo, sólo serán permitidos los métodos que se amoldan con tal concepción, es decir, métodos educativos orientados al aprendizaje de funcionamientos elementales. Pensemos en la consecuencia que esto puede traer para los propios sujetos el estar sometidos a condicionamientos comportamentales, que a veces pueden ser de lo más cruel.

Resulta interesante el pensamiento de Vasen (2019) cuando considera que más allá de las limitaciones que puedan ser biológicas, genéticas, cognitivas o de la índole que sea, es con otros que los niños con TEA curarán sus heridas. Porque no se puede dejar por fuera el impacto relacional que estos chicos atraviesan. Pensar exclusivamente desde defectos biológicos, fallas cognitivas y como chicos con una configuración neurológica diferente a los demás, extraña e inamovible, solo los va a dejar paralizados. Los hace ver como inmunes a los cambios que se puedan dar en el ambiente, en sus lazos, y, por ende, dejarlos solos y condenados a nunca poder recibir ayuda, ya que ésta siempre estará llevada a cabo por una práctica que los involucre con otros. Además, que, si se sigue la línea de lo biológico, podría hasta pensarse que los cambios solo ocurrirían cuando ocurriera un cambio en la biología. ¿Son necesarios los electroshocks entonces?

6. Reflexiones finales

Una vez planteado el TEA como una determinación compleja, multifactorial, irreducible a un único elemento e imposible de simplificar, pensar desde la complejidad se torna imprescindible. La necesidad de un pensamiento complejo surge por las carencias de una mirada simplista, que ha conducido hoy día a mirar a los niños diagnosticados con TEA con la lupa exclusivamente de la biología. Es necesario un abordaje que no excluya hipótesis de diferente índole, sin que las complemente.

El actual DSM-5 y CIE-11 continúan impregnados por el paradigma positivista de los orígenes que permitió las primeras clasificaciones a base de observaciones y datos objetivos. Lo que se conoce como TEA es subsidiario de un posicionamiento epistemológico específico ligado al contexto histórico y de la ciencia de la época. ¿Son el autismo precoz de Kanner, la psicopatía autística de Asperger, el autismo infantil, el trastorno autista y el actual espectro, equivalentes? ¿Es prudente que la denominación TEA abarque cinco categorías anteriormente diferenciadas? ¿O responde primordialmente a una tendencia actual a la espectralidad y dimensionalidad a la hora de clasificar?

Según el DSM-5® el diagnóstico debe tener utilidad clínica y debe ser útil para que el médico determine un pronóstico y posible tratamiento (APA, 2014). Sin embargo, pensar el TEA como una sumatoria de signos no es contemplativo de la heterogeneidad de quienes son diagnosticados con esta categoría. La especificidad se diluye bajo una misma denominación que parece tener la capacidad de abarcar la diversidad.

El autismo existe con todas sus determinaciones complejas y múltiples. Sin embargo, al hablar de TEA muchas veces se termina por abarcar otras dificultades de la primera infancia bajo el paraguas del espectro (Janin, 2019).

En el presente panorama, el psicoanálisis se presenta como una disciplina que va al rescate de la subjetividad de aquel que es visto de forma deficitaria y por tanto silenciado. Desde otro posicionamiento y marco teórico, el psicoanálisis es de esencial valor para el trabajo con niños diagnosticados con TEA. Allí donde otros no ven más que patología y el camino de la reeducación, el psicoanálisis identifica un sujeto único con una construcción subjetiva singular. Esta visión abre un abanico de posibilidades para ese niño y su familia. Es crucial cuestionar donde se coloca el foco. Si en el déficit, pensando en términos de normalidad, y por tanto habrá que reeducar, o en la diversidad, pensando desde la subjetividad y permitiendo otros despliegues y caminos inesperados.

El diagnóstico puede tener un efecto aliviador al ponerle un nombre al sufrimiento, pero a la vez puede oscurecer cuando “reducido a técnica clasificatoria, el diagnóstico tiende a convertir lo histórico y situacional en algo que simplemente es. Esta tendencia objetivante y tecnocrática suele recortar un existente desgajándolo de la trama de relaciones en que surge” (Vasen, 2017, p.49).

Es necesario crear puentes que permitan la articulación de distintos saberes y posicionamientos para potenciar así un abordaje complejo no para el TEA, sino para los TEA. Ningún niño diagnosticado con TEA es igual a otro, y estar disponible para una aproximación sin caminos predeterminados es determinante para una mirada desde la singularidad. Pensar desde el paradigma de la complejidad se torna crucial para lograrlo. Pensados como portadores de un sufrimiento psíquico y funcionamiento singular, no se borrarán las determinaciones intersubjetivas y se abrirán puertas.

El aumento de los diagnósticos de TEA difícilmente devenga por el hecho de que cada vez haya “más autistas”. Sino que es consecuencia directa no solo de los cambios en los criterios diagnósticos sino también de la forma de evaluarlo, generando falsas epidemias y enriqueciendo a la industria farmacéutica.

7. Referencias Bibliográficas

Aflalo, A. (2012). E=HGM. *Lacan cotidiano*, 239. Recuperado de <http://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/LC-cero-239.pdf>

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5®*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Arévalo, C., Couso Lingeri, M., Deberty Martins, C., de los Santos, L., Dibarboure, M., García Angeriz, R.,... Rossi Ana Yañez, M. (2017). *Temas de psicopatología* (4a. ed.). Montevideo: Psicolibros.

Artigas-Pallarés, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. doi:10.4321/S0211-57352012000300008

Asad, M.E. (2013). DSM. Entre la marginalidad y la extraterritorialidad del psicoanálisis. En Escuela Freudiana de Montevideo (Ed.), *Psicoanalíticas: Separata: DSM-V: Exilio de la subjetividad* (pp. 170-172). Montevideo: Consejo.

Asperger, H. (1952/1996-1997). Psicopatía autista en la infancia (Trad. A. C. Alonso Franco y C. Galai) [Traducción para uso interno de curso]. Madrid, Programa de Formación del Equipo CEPRI, Curso 1996-1997. Recuperado de: https://enlafiladeatras.files.wordpress.com/2013/01/hans-asperger_psicopatia_autista_en_la infancia.pdf

- Balbuena Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII (100), 333-353. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200006
- Bello, M. (2017). Lo normal, lo patológico, lo anormal. El debate Psiquiatría y Psicoanálisis. *El huésped*, 1.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicass_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/bernardi.pdf
- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., & de Souza L y Oyernard, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso: Su valor para la práctica clínica*. Montevideo: Magro.
- Bettelheim, B. (2012). *La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo*. Buenos Aires: Paidós.
- Calo Almela, A. (2002). El paradigma de la complejidad como salida a la crisis de la posmodernidad. *Discurso: revista internacional de semiótica y teoría literaria*, 16-17, 69-83. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=977277>
- Campos Alvo, R. (2013). Las estructuras clínicas en cuestión. En Escuela Freudiana de Montevideo (Ed.), *Psicoanalíticas: Separata: DSM-V: Exilio de la subjetividad* (pp. 183-186). Montevideo: Consejo.
- Caponi, S., y Martínez-Hernández, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiae Studia*, 11(3), 467-489. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-31662013000300002&script=sci_abstract&lng=es

Carbonell, N., y Ruiz, I. (2018). *No todo sobre el autismo*. Barcelona: Gredos. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/lectura-brote/No%20todo%20sobre%20el%20autismo.pdf>

Casarotti, H. (2012). Evolución del diagnóstico y de la clasificación en patología mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 76(1), 49-59. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/oct2012/05_CONF.pdf

Castilla del Pino, C. (2007). Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII (99), 105-118. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100011

Castillo-Martell, H. (2014). Horizontes epistemológicos de la psiquiatría: objetivando la subjetividad. *Revista de Neuropsiquiatría*, 7(2), 78-85. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000200004

de Ajuriaguerra, J. (1992). *Manual de psicopatología del niño* (2a. ed.). Barcelona: Masson.

del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>

Deleuze, G. (s/f). *Conversaciones 1972-1990* (Trad. J. L. Pardo). Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. Recuperado de <https://movimientosaberrantes.net/conversaciones-1972-1990-gilles-deleuze-traduccion-de-jose-luis-pardo-edicion-electronica-de-www-philosophia-cl-escuela-de-filosofia-universidad-arcis/>

Di Tella, K. A. (1994). Presentación a la versión castellana. En F. Tustin., *Autismo y psicosis infantiles* (pp. 9-12). Barcelona: Paidós.

- Domínguez Martín, C., Geijo Uribe, M. S., y Imaz Roncero, C. (2010). Trastorno del Espectro Autista y Esquizofrenia. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 27(4), 312-318. Recuperado de <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/162>
- Donzino, G. (2020). Consideraciones sobre algunas consecuencias del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista: El desplazamiento de las categorías diagnósticas del DSM-IV al DSM-V. *Cuestiones de Infancia. Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes*, 21(2), 1-17. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4875>
- Ey, H., Bernard, P., y Brisset, C. (1995). *Tratado de psiquiatría* (8a. ed.). Barcelona: Masson.
- Fattore, M.J., Ferraiuolo, L., Fusca, C., Panizza, M. M., Untoiglich, G., y Wassner, M. (2018). Niños diagnosticados, niños clasificados. En S. Morici, J. Vasen y G. Untoiglich (Eds.), *Diagnósticos y clasificaciones en la infancia. Herramientas para abordar la clínica. Ilusiones y desilusiones en las prácticas* (pp. 53-80). Buenos Aires: Noveduc.
- Ferrari, P. (1997). Modelo psicoanalítico de comprensión del autismo y de las psicosis infantiles precoces. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, (23-24), 5-21. Recuperado de https://www.seypna.com/documentos/psiquiatria23_24.pdf
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?: Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Barcelona: Planeta. Recuperado de https://www.academia.edu/40322012/_Somos_todos_enfermos_mentales_Manifiesto_contra_los_abusos_de_la_psiquiatria%3%ADa_Allen_Frances
- García Valls, Fernando (2019). *Autismo: La construcción de un diagnóstico*. Ponencia presentada en el XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional

en Psicología, XXVI Jornadas de Investigación, XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, I Encuentro de Musicoterapia. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-111/404.pdf>

García Zabaleta, O. (2018). Los problemas y limitaciones del DSM-5. *Dilemata*, 27, 367-391. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6543309>

Golcman, A. (2015). El diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, (5), 150-172. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4556/455644905008.pdf>

Grupo de trabajo OPD (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado OPD-2: manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Harraca, M. F. (2013). *Psicoanálisis y DSM IV: Incidencias en la subjetividad*. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Facultad de psicología. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-054/726.pdf>

Inza, J., Lebovic, A., y Vasen, J. (2018). Problemáticas en la infancia: mitos, tecnocracia y transparencia. En S. Morici, G. Untoiglich, y J. Vasen (Eds.), *Diagnósticos y clasificaciones en la infancia. Herramientas para abordar la clínica: Ilusiones y desilusiones en las prácticas* (pp. 27-51). Buenos Aires: Noveduc.

Janin, B. (2012). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc.

Janin, B. (2019). *Infancias y adolescencias patologizadas: La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Buenos Aires: Noveduc.

- Jiménez-López, J. L. (2016). La profecía de Freud: Del psicoanálisis a la biología de la mente en el estudio del origen y tratamiento de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(1), 246-261. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5454152>
- Kanner, L. (1966). *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Paidós-Psique.
- Kanner, L. (1993). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Siglo Cero*, 149, 5-25. Recuperado de <http://espectroautista.info/kanner.html>
- Khun, T. S. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica Argentina
- Klein, M. (1956). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1(1). Recuperado de <https://docplayer.es/94151398-La-importancia-de-la-formacion-de-simbolos-en-el-desarrollo-del-yo-1-melanie-klein-londres.html>
- Kraepelin, E. (1996). *La demencia precoz (1a parte)*. Buenos Aires: Polemos.
- Landriscini Marín, N. (2014). Bleuler y Freud: crónica de una escisión anunciada. *Norte de salud mental*, XII (48), 13-18. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830207>
- Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo: De la clínica a la política*. Buenos Aires: Grama.
- Ledoux, M. H. (1987). *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- López-Muñoz, F., Alamo, C., Cuenca, E. (2000). La «década de oro» de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Recuperado de <https://psiquiatria.com/trabajos/539.pdf>

- Mahler, M. S. (1990). *Estudios 1: psicosis infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós.
- Maleval, J.-C. (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Gredos.
- Marín Ardilla, L. F. (2007). La noción de paradigma. *Signo y Pensamiento*, XXVI (50), 34-45.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86005004>
- Martín Fernández, J. D. (2013). La (no) decepción del DSM-5. *Cuadernos de Neuropsicología*, 7(1), 9-21. doi:10.7714/cnps/7.1.101
- Morin, E. (2002). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Muniz, A. (2017). *Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares del diagnóstico psicopatológico y del tratamiento por dificultades en la atención y por hiperactividad en niños escolares: un estudio de caso múltiple*. (Tesis de Doctorado, Universidad del Salvador). Recuperado de : <http://racimo.usal.edu.ar/id/eprint/5569>
- Muñoz, J. F., y Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. doi:10.4321/S0211-57352015000100008
- Nahmod, M (2016). Tres modelos de historia crítica sobre autismo. XVII *Encuentro de Historia de la psiquiatría la psicología y el psicoanálisis en la Argentina*. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/maia.nahmod/2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020a). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1516623224>

Organización Mundial de la Salud (2020b). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f437815624>

Pacheco Yáñez, L., Padró Moreno, D., Dávila Wood, W., Álvarez de Ulate Unibaso, S., y Gómez de Maintenant de Cabo, P. (2015). Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte de salud mental*, XIII(53), 83-92. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5265697>

Palem, R. M. (2009). Actualidad del pensamiento de Henri Ey (1900-1977): Homenaje al profesor Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 32(3), 259-262. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21730>

Paula-Pérez, I. (2012). Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Revista de Neurología*, 54(1), S51-S62. doi:10.33588/rn.54S01.2011703

Peralta Macotela, M. G. (2015). *El autismo desde dos enfoques: modelo médico y modelo psicoanalítico* (Universidad Autónoma del Estado de México). Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49986>

Peters, U.L. (2010). El siglo de la psiquiatría alemana: ¿Cómo empezó y cómo finalizó? *Persona*, (13),99-110. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118212005>

Piro, M. C. (2017). El autismo como campo de problemas: coordenadas e interrogantes contemporáneos. En M. C. Piro (Ed.), *El autismo: perspectivas teórico-clínicas y desafíos contemporáneos* (pp. 6-24). Recuperado de <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/836>

- Rahmani, E. y Pacheco, L. (2016). A modo de fichas sobre clásicos de la Psiquiatría (XXII): Henri Ey y el Organodinamismo. *Lmentala*, (47), 1-9.
- Rojas-Malpica, C., y Rojas-Esser, M. D. (2013). De Emil Kraepelin a Sigmund Freud y Henri Ey: fracturas, candiles y penumbras de la Posmodernidad. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 76(2), 69-76. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036944003>
- Ruiz Martín del Campo, E. G. (2009). El psicoanálisis y el saber acerca de la subjetividad. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, XVI (46), 37-58. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v16n46/v16n46a2.pdf>
- Salazar, J. C. (2017). El paradigma de la complejidad como alternativa al abordaje del proceso salud-enfermedad desde una concepción social. Recuperado 11 abril de 2021, de Acta Odontológica Venezolana website: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-5/>
- Sánchez-Raya, M. A., Martínez-Gual, E., Moriana Elvira, J. A., Luque Salas, B., y Alós Cívico, F. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa*, 21, 55-63. doi:10.1016/j.pse.2014.04.001
- Santaello, C. (2013). Happiness is a Warm Gun. En Escuela Freudiana de Montevideo (Ed.), *Psicoanalíticas: Separata: DSM-V: Exilio de la subjetividad* (pp. 162-165). Montevideo: Consejo.
- Thomas, M-C. (2014). Genealogía del autismo. *Centro psicoanalítico de Madrid*, 31. Recuperado de <https://www.centropsicoanaliticomadrid.com/publicaciones/revista/numero-31/articulo-seminario-genealogia-del-autismo/>
- Tustin, F. (1994). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Paidós.

- Universidad Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (2015, marzo 18). *Edgar Morin: conferencia "La complejidad hoy"*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=fSDi8YFX3Cw>
- Untoiglich, G. (2016). Problemáticas graves en los procesos de constitución subjetiva. En G. Untoiglich (Ed.), *Autismos y otras problemáticas graves en la infancia: La clínica como oportunidad* (pp. 31-55). Buenos Aires: Noveduc.
- Untoiglich, G. (2017). Los diagnósticos en la infancia o el lecho de Procusto. En L. Stavchansky y G. Untoiglich (Eds.), *Infancias: Entre espectros y trastornos* (pp. 47-62). Mexico: Paradiso Editores.
- Vasen, J. (2017) *La atención que no se presta: el "mal" llamado ADD* (2a. ed). Buenos Aires: Noveduc
- Vasen, J. (2019). *¿Niños o cerebros?: Cuando las neurociencias descarrilan*. Buenos Aires: Noveduc.
- Vásquez Rocca, A. (2016). Derrida: Deconstrucción, 'différence' y diseminación. Una historia de parásitos, huellas y espectros. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 48(2), 289-301. <https://doi.org/10.5209/NOMA.53302>
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.
- Ygel, A. (2013). Un mundo único. En Escuela Freudiana de Montevideo (Ed.), *Psicoanalíticas: Separata: DSM-V: Exilio de la subjetividad* (pp. 166-169). Montevideo: Consejo.

