

Leo Kanner y la clínica del autismo infantil precoz

MESA 46 - El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y salud

M. Eugenia Bellone Cecchin. SeCyT-UNC. Eugenia.bellone@unc.edu.ar

Introducción

Según la CDC (2021), el autismo afectaba 1 de cada 2500 nacimientos en Estados Unidos en 1990, 1 de cada 150 en el 2000, 1 de cada 44 en 2018. En algunos estados como California, la cifra aumenta a 1 caso cada 26. ¿Cómo fue que una condición hasta hace poco tiempo considerada extraña y poco conocida, se ha vuelto una epidemia?

El autismo infantil precoz tiene su origen en 1943, cuando Leo Kanner publicó la primer descripción del mismo, de la mano de la tradición clínica¹. Como señala Foucault, la clínica nació en el seno de la medicina y la práctica de atención de enfermos, cobrando características muy particulares en cuanto su concepción sobre las fuerzas de la salud en lucha constante contra la enfermedad. Particularmente el método anatomo-clínico, fue el método que toda clínica intentó seguir, inclusive en el ámbito de la psiquiatría y la psicopatología.

Entrado el siglo XX, la clínica cayó en desprestigio, dado que no podía dar cuenta de algunas problemáticas de la salud que otras tradiciones empezaban a asimilar como propias, dando inicio -en el campo 'psi- a un período de fuerte teorización sobre las patologías mentales (Lanteri-Laura lo llamará período de las 'Estructuras psicopatológicas'). El declive clínico no impidió que otros investigadores continuaran su tradición y restauraran los principios hipocráticos de expectación, especialmente para un campo que se inauguraba como novedoso: la psiquiatría infantil.

El 'descubrimiento' del autismo infantil marcó un hito importante para la fundación del campo psiquiátrico de la niñez en Estados Unidos, incluso Kanner publicó un manual de psiquiatría infantil que por más de 20 años fue el único manual de referencia sobre la temática. La aparición

¹ En otro lugar adoptamos la Metodología de los Programas de Investigación Científica de Irme Lakatos para la identificación de los elementos del Programa de Investigación Clínico, situando a Leo Kanner como exponente del mismo (Véase Bellone Cecchin, M. E. (2021). Criterios diagnósticos del autismo infantil precoz, a 75 años de la descripción de Kanner. En Rodrigo Bruera (comp.) *IX Jornadas de estudiantes, tesistas y becarios: producir conocimientos situados en ciencias sociales: apuestas y retos en la escritura y divulgación*; pp. 74-84. Disponible [on-line] en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/19405>). En el presente escrito, al no adoptar la perspectiva lakatosiana se presentan como sinónimos los términos programas, tradiciones o tendencias de investigación.

de un ‘hecho nuevo’ en este campo, obligó a otras tendencias investigativas a intentar, desde sus premisas e hipótesis, dar cuenta de este fenómeno. Entrado el siglo XXI, se pueden hallar tantas definiciones, explicaciones y terapéuticas del autismo, como nuevos casos que ingresan en esta categoría. ¿Es que existen hoy por hoy más niñas y niños autistas? ¿es que se hallaron mejores técnicas para la detección precoz del mismo? ¿es que hay menos tabúes y se puede hablar con mayor libertad del tema? ¿se están generando cambios sociales, ambientales, genéticos que acrecientan las cifras de los diagnósticos año a año?

Lo que es incuestionable, es que la temática del autismo no pasa desapercibida en las agendas de salud. Para intentar abordar algunas de estas preguntas se propone en este trabajo recuperar los fundamentos de la clínica, especialmente la descripción del autismo realizada por Kanner, para poder proponer una lectura sobre este alarmante incremento de casos que se constata en la actualidad bajo el paraguas de los ‘Trastornos del Espectro Autista’.

Se intentará además plantear algunas tensiones sobre la incidencia de una perspectiva biologicista, individualista, estadística y medicalista en las instituciones de salud, extrapolada de otros países y contextos. Volver a situar las coordenadas de la clínica, e interrogarla desde las ciencias sociales puede invitar a reflexionar sobre las prácticas actuales en el abordaje del autismo y los ‘trastornos’ en la infancia.

De esta manera, se espera también poder contribuir al diálogo entre las tradiciones ‘psi’ y las sociológicas, repensando los efectos que conllevan estos movimientos del campo social para la salud mental, en tiempos de logaritmos y datos estadísticos.

La tradición Clínica en el campo ‘psi’

La clínica es probablemente el primer intento desde el Renacimiento de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada (Foucault, 1963/2013, p. 130).

En el campo de la psiquiatría y la psicopatología, desde Pinel y la psiquiatría clínica (Bercherie, 1986) se desarrolla una tradición de investigación basada y entrecruzada con la clínica médica (Foucault, 1963/2013; Argañaraz, 2014). Esta tradición implicaba el método hipocrático de

expectación como ‘marco de referencia para las observaciones’. La mirada clínica se definía por ser una mirada locuaz, con la particularidad de poder oír un lenguaje en el momento que se percibía un espectáculo (Foucault, 1963/2013). Es así que observaban -sin intervenir- el comienzo y evolución de una enfermedad, realizando extensas descripciones diacrónicas. Suponían la existencia de la “entidad mórbida” (Foucault, 1963/2013; Bercherie, 1986) propuesta por J. P Falret (1854) sustituyendo la doctrina monosintomática de E. Esquirol, mediante la expectación hipocrática. De forma inversa al supuesto galénico ‘a cuerpo inerte, medicina activa’ (Canguilhem, 2004), el principio hipocrático suponía que el organismo poseía -por sí mismo- poderes de defensa. Tener confianza en ello, al menos de manera provisoria, era visto como imperativo tanto de prudencia como de habilidad, sosteniendo el lema de “a cuerpo dinámico, medicina expectante” (Canguilhem, 2004, p. 18). La tradición clínica recoge un conjunto de elementos aparentemente heterogéneos entre sí, seleccionando entre la masa de observaciones aquellas que fueran significativas a fin de jerarquizarlas y construir conjuntos de valor idénticos al de las enfermedades (concepto largamente apreciado por los clínicos desde Kraepelin) que se aislaban por el método anatomo-clínico (Pichot y Rein, 1995).

Esta tradición, con su modo de resolución de problemas y su forma de ordenar y jerarquizar datos, la clínica generó muchos adherentes del área de la medicina y la psiquiatría, quedando sus nombres vinculados a aquellas enfermedades que habían descrito ya que ‘describir era sinónimo de descubrir’ (Argañaraz, 2007). Entre ellos se encuentran, por ejemplo, Parkinson, Alzheimer, De la Tourette. Una de las propuestas nosológicas más conocidas fue *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte [Psiquiatría. Un manual para estudiantes y médicos]* de Emil Kraepelin, pilar de la clínica durante largas décadas.

Los datos clínicos considerados pertinentes son los que, asociados a otros rasgos, constituyen un conjunto que define un síndrome, una enfermedad o un ‘ente mórbido’. El procedimiento reposaba sobre el principio de una semiología, es decir, de la definición de un sistema de signos. El nivel de observación implicaba una homogeneidad de dimensión temporal de los fenómenos observados (largos períodos). No se trata del resultado de un marco conceptual único, ni de una grilla de referencia, sino de la necesidad de toda clínica cuyo procedimiento se basa en un principio unificador: su finalidad práctica, la atención de pacientes (Widlocher en Pichot y Rein, 1995).

Diferentes historiografías (Lanteri-Laura, 2000) coinciden en que esta tradición cayó en decadencia entrado el siglo XX, y fue sustituida por otro modo de ordenamiento de las disciplinas ‘psi’ en tanto ‘estructuras psicopatológicas’, período dominado por explicaciones teóricas, especialmente etiológicas. Sin embargo, a mediados de este siglo un psiquiatra infantil fuertemente influenciado por la clínica continuó sus lineamientos y arribó a describir y -por tanto, descubrir- un hecho nuevo: el autismo infantil precoz.

Kanner y la descripción clínica del autismo infantil precoz

En 1943 Leo Kanner, un psiquiatra infantil húngaro, migrante a Estados Unidos, publicó en la prestigiosa revista *Nervous Child* un artículo que marcó un antes y un después en la reciente historia de la psicopatología y la psiquiatría de la infancia. Bajo el título *Perturbaciones autistas del contacto afectivo* Kanner (1943/2021) presentó, de forma detallada, los historiales de 11 niños y niñas que mostraban una serie de características comunes esenciales y conformaban “un único «síndrome», no referido hasta el momento” (p. 25), a pesar de presentar diferencias en el grado de perturbación y en la manifestación de rasgos específicos. Destaca tres síntomas principales: el contacto afectivo, al lenguaje y a la inmutabilidad.

A lo largo de todos sus escritos, pero particularmente en esta publicación, Kanner destaca elementos de la tradición clínica, los cuales le permitieron apartar a estos niños y niñas de otros diagnósticos como esquizofrenia y retraso mental.

Los historiales recuperan largas descripciones (primero en la anamnesis indirecta y luego en la observación directa), la evolución diacrónica del cuadro, el diagnóstico diferencial con otras patologías, la jerarquización de síntomas en principales y accesorios, los supuestos etiológicos en forma de hipótesis abiertas y la organización de una propuesta nosográfica en la cual enmarcar al cuadro, logrando identificar, gracias a esta metodología, un signo patognomónico de la enfermedad. Mediante la anamnesis indirecta reunió en cada historial información respecto de los signos físicos, síntomas, la forma de inicio, los antecedentes de la enfermedad actual y los antecedentes familiares. Por ejemplo, en el historial de Donald T., Kanner describe pormenorizadamente cómo, cuándo y dónde nació, el peso al nacer, el estado de salud y si hubiere alguna anomalía congénita, la alimentación y el apetito, el inicio de la marcha y la dentición, los primeros años de vida, el lenguaje, la pronunciación, la imaginación y memoria, los intereses y actividades, cambios en las rutinas, manejo de los objetos, juegos, miedos del

niño, rabietas, acontecimientos específicos, observaciones y preocupaciones de los padres, “crisis nerviosas” y enfermedades de los mismos, características, ocupaciones e intereses entre otros antecedentes familiares. Es decir, elementos heterogéneos entre sí, como datos sociológicos, económicos, ambientales, además de la anamnesis puramente orgánica. Refirió también una observación del niño al momento de la consulta incluyendo: descripción física, actividades que realiza, intereses, vinculación afectiva con personas y situaciones, recurrencias, aspectos relativos al lenguaje y a situaciones puntuales acontecidas durante la entrevista. Le siguió un pormenorizado detalle de la evolución clínica luego de la consulta a partir de fragmentos de cartas de los padres y nuevas observaciones realizadas por Kanner y colaboradores en el consultorio o en la casa del niño.

A diferencia de sus contemporáneos que se encontraban investigando ‘estructuras psicopatológicas’ (Laneri-Laura, 2000) Kanner, como buen clínico, no elabora una teoría explicativa ni etiológica sobre la ‘entidad autista’, sino que se aboca a su descripción para el establecimiento del cuadro en el marco de una nosología. Las ‘perturbaciones autistas’ (1943) y más tarde el ‘autismo infantil’ (1944), abonaron la conjetura sobre la existencia de una “entidad mórbida”, consensuada con psiquiatras infantiles y pediatras.

Su pragmatismo -al igual que en los clínicos- desestimaba las especulaciones religiosas, neurológicas, filosóficas, psicológicas, biotecnológicas y más aún etiológicas sin datos ciertos, ya que no arrojaban resultados relevantes para su práctica diagnóstica, pronóstica y de atención de enfermos.

Descripción de Kanner

Si bien las descripciones e historiales deberían presentarse en la profundidad que la tradición clínica requiere, en este escrito se presenta una versión limitada, intentando ser justa con el autor y su tradición. Para ello se caracterizará brevemente la descripción del autismo kanneriano, tomando en cuenta los síntomas principales (afecto, lenguaje y la necesidad de inmutabilidad sobre ambos) como el signo patognomónico y los síntomas y signos accesorios (incluyen aspectos de la fisonomía, facies y signos físicos, estado de salud, potencial cognitivo y características familiares).

El primer lugar lo tiene el ‘contacto afectivo’: A pesar de que el afecto tuviera para los clínicos clásicos un lugar preponderante², en la historia de la psicopatología no llegó a adquirir la riqueza que obtuvo la percepción o la cognición (Berríos, 2011). Kanner centró su descripción en el contacto afectivo, y lo ubicó como un aspecto fenoménico de suma importancia para la psiquiatría en la primera infancia. En los historiales presentados en 1943, identificó las perturbaciones del afecto en función de las relaciones de los niños con las personas, las situaciones y los objetos.

En segundo lugar, el lenguaje. Este se destacaba por el sentido inflexible de las palabras y su falta de función comunicativa. Kanner hizo hincapié en la ecolalia (diferida), la demora en el aprendizaje del “sí”, la literalidad en las preposiciones, la inversión pronominal, la entonación y el diagnóstico diferencial con sordera o afasia. La fijación de expresiones ‘irrelevantes’, el significado inflexible y la literalidad de las palabras tendrán una contraparte, de la que Kanner destacará su aspecto placentero. Un aspecto llamativo era la utilización de pronombres personales de la misma manera en que habían sido escuchados, es decir, también evidenciaban literalidad y fijación de expresiones. A diferencia del afecto, la sintomatología del lenguaje tuvo otro destino, incluso ingresó en los nomencladores internacionales de enfermedades.

El tercer elemento principal para el diagnóstico Kanner lo denomina *sameness*: una experiencia recibida en cierto marco o secuencia, se imprimía de tal manera que no podía tolerarse de ninguna otra forma; ni podía tolerarse sin todos los ingredientes originales, en idéntico orden espacial o cronológico. De esta manera, las actividades espontáneas de estos niños se veían limitadas y cualquier situación que amenazaba este orden idéntico se vivía como disruptiva (ruidos fuertes, modificaciones en el entorno, objetos que se mueven de forma impredecible). Un logro para la clínica, y que fue también la marca distintiva del cuadro, como el inicio de la psiquiatría infantil en Estados Unidos, fue el hecho de haber identificado un signo patognomónico. En psicopatología no es frecuente contar con signos o síndromes patognomónicos debido a la complejidad que apareja la patología mental³. Para el autismo infantil, “el signo fundamental, «patognomónico», sobresaliente, es la incapacidad del niño para relacionarse de forma ordinaria con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida”

² Véase los desarrollos sobre la psicosis única (Einheitspsychose) y el conjunto evolutivo que destaca las formas iniciales, siempre afectivas y del humor, y las formas secundarias, siempre ideativas (Griesinger, 1845/1997)

³ Se puede mencionar, entre ellos, el ‘delirio de auto humillación e indignidad’, patognomónico de la melancolía.

(Kanner, 1943/2021, p.25. El destacado y las comillas están presentes en el original). Este signo, se sostiene en las observaciones y descripciones de Arnold Gesell, pediatra y psicólogo infantil estadounidense, contemporáneo de Kanner, quien estudia el psiquismo del niño en edad preescolar, haciendo hincapié en su desarrollo ‘normal’. Un hito central de la obra de Gesell, es que el niño no nace con un sistema de percepciones listo, sino que se debe desarrollar y esto se consigue con la experiencia y la creciente madurez de lo sensorial, motriz, etc. Gesell señala cómo el niño promedio, a los 4 meses de edad, realiza un ajuste motor anticipatorio mediante tensión facial y una actitud de encogimiento de hombros cuando se lo levanta de una mesa o se lo coloca sobre ella. Si bien los niños observados para el artículo de Kanner 1943 eran mayores a cuatro meses, mediante una anamnesis detallada pudo constatar que las madres recordaban cómo sus hijos no podían adoptar en ningún momento una actitud anticipadora, preliminar al hecho de ser alzados, actitud que fue revirtiéndose luego de dos o tres años. De esta manera, Kanner establece el signo patognomónico que determine el diagnóstico de autismo infantil.

Dentro de los síntomas accesorios, excluyó las dismorfias, ya que todos los niños y niñas tenían fisonomías ‘sorprendentemente inteligentes’; “al mismo tiempo sus caras daban la impresión de ‘seriedad’, y en presencia de otros, de una ‘ansiosa tensión’. Cuando estaban solos con objetos, mostraban una sonrisa plácida y una ‘expresión de beatitud’, a veces acompañadas por un murmullo y un canto alegre, aunque monótono” (Kanner, 1943/2021, p. 30). Físicamente, los niños eran esencialmente ‘normales’ (Kanner, 1943). Varios mostraban torpeza en las ejecuciones motoras gruesas, pero todos eran muy hábiles desde el punto de vista de la coordinación muscular más fina. Los electroencefalogramas fueron normales excepto el de John, cuya fontanela anterior no se cerró hasta que tuvo dos años y medio, y que sufrió a los cinco años y tres meses dos series de convulsiones predominantemente del lado derecho. Frederick tenía una tetilla de más en su axila izquierda. Fuera de estas excepciones, no había más casos de anomalías congénitas. La salud era excelente: ninguno de los casos presentó comorbilidades - excepto lo mencionado sobre John- y tampoco tendían a enfermarse. Esto es corroborado en artículos posteriores⁴. Aunque la mayoría de estos niños y niñas habían sido considerados en algún momento como débiles mentales, todos estaban dotados de buenas potencialidades cognitivas, testeadas con el tablero de formas de Seguin. Para Kanner (1944) las potencialidades

⁴ Por ejemplo, en una muestra más grande (55 casos) estudiados hasta 1949 todos los casos presentaban también un excelente estado de salud (Kanner, 1949)

cognitivas de los niños y niñas estaban enmascaradas por el desorden afectivo fundamental, ya que la comprensión en sí no era defectuosa. Podía evaluarse el potencial cognitivo en función del sorprendente vocabulario de los niños que hablaban, la excelente memoria para acontecimientos sucedidos varios años antes, la fenomenal memoria mecánica para los poemas y los nombres, y el preciso recuerdo de patrones y secuencias, entre otras.

Además, todos los casos procedían de familias muy inteligentes, donde los padres eran graduados universitarios, en algunos casos, de más de una carrera y nueve de las once madres eran también graduadas universitarias, algo poco común para la época. Entre los abuelos y parientes había muchos prestigiosos profesionales. Ningún pariente cercano padecía enfermedades genéticas ni trastornos psicóticos, maniacodepresivos o demencias. Muchos se autodescribían como personas solitarias, que preferían pasar el tiempo escribiendo, leyendo, pintando o solo ‘pensando’. Un denominador común entre todas las familias era la dificultad para hallar padres realmente cálidos. Algunos matrimonios eran fríos y formales en sus relaciones, sobre lo cual Kanner se preguntaba hasta qué punto este hecho podía haber contribuido a la condición de los niños y niñas.

Diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial y pronóstico

El establecimiento de un diagnóstico implicaba, para la tradición clínica, describir al menos tres momentos de la entidad mórbida: pródromo, cuadro de estado (o eclosión) y evolución final, con o sin restitución del estado de salud. Si bien “la combinación de autismo extremo, obsesividad, estereotipia y ecolalia, relaciona el cuadro global con algunos de los fenómenos esquizofrénicos básicos, (...) la condición difiere en muchos aspectos de todos los otros casos conocidos de esquizofrenia infantil” (Kanner, 1943/2021, p. 32). Señala Kanner que para todos los casos el inicio de las perturbaciones autistas se situaba desde el comienzo mismo de la vida o hasta antes de los primeros 30 meses, a diferencia de la Demencia Precocísima y la Demencia infantil, que presentaban un período inicial de aparente normalidad. Incluso en los casos con manifestaciones más tempranas de esquizofrenia, éstas habían sido precedidas de al menos dos años de desarrollo esencialmente ‘normal’ y los historiales resaltaban un cambio más o menos gradual en la conducta de los niños. Por el contrario, los niños de Kanner, mostraron extrema soledad desde el nacimiento, no respondiendo a nada que proceda del mundo exterior (signo de Gesell). Una

recurrencia del Primer congreso de Psiquiatría infantil, fue el acuerdo en torno a que en la esquizofrenia habría una desviación o ‘retirada’ de una relación con la realidad inicialmente presente. En el autismo infantil, no se observaba este proceso de retirada hacia un modo de relación anterior (Postel y Quetel, 2000), sino que

Desde el principio hay una *soledad autística extrema* que siempre que sea posible muestra indiferencia, ignora, rechaza todo aquello que llegue al niño desde el exterior. El contacto físico directo o ciertos movimientos o ruidos que amenacen romper la soledad, son tratados como «si no estuvieran», o si esto se torna insuficiente, son dolorosamente sentidos como una interferencia angustiante (Kanner, 1943, p. 31. Las comillas e itálicas están presentes en el original).

A diferencia de la demencia precoz kraepelineana o la esquizofrenia bleuleriana, para Kanner nada hacía pensar que pudieran a sufrir un proceso degenerativo orgánico, lo cual fue corroborado en publicaciones posteriores (Kanner, 1971). Refiere también una evolución característica, que implicaba la remisión de algunos síntomas -especialmente en la vinculación afectiva y el lenguaje-. Para todos los casos, el curso de la enfermedad era llamativo. El deseo básico de soledad e inmutabilidad permanecía esencialmente igual, aunque había variaciones en el grado en que aparecía la soledad, una aceptación de al menos algunas personas como parte de su círculo de consideración y un incremento en el número de patrones experimentados, “suficiente para refutar la primera impresión de extrema limitación del contenido ideacional del niño” (Kanner, 1943/2021, p. 32).

30 años después de la publicación sobre las perturbaciones autistas, Kanner informó sobre la evolución de cada uno de los 11 casos. Allí confirmó, además, la inexistencia de alucinaciones y delirios, aportando al diagnóstico diferencial con la esquizofrenia infantil. A diferencia del esquizofrénico, que intentaba resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado parte, los niños autistas se comprometían gradualmente, acercándose y sondeando cautelosamente un mundo en el cual habían sido completamente extranjeros desde el comienzo (Kanner, 1971).

Refirió Kanner que, la forma de inicio -desde el comienzo mismo de la vida- hacía difícil atribuir el cuadro completo exclusivamente al tipo de relaciones parentales (Kanner, 1971). Acorde a su programa clínico, la etiología no era determinante para el diagnóstico, sino que las hipótesis

etiológicas se mantenían abiertas⁵. Si se encontraba con posterioridad la etiología, “no se afectaba el programa, ya que no era un problema indicado por su heurística, por el contrario, era convalidado y perfeccionada la descripción e incluso los futuros criterios de descripción” (Argañaraz, 2007, p. 38).

La caída de la clínica

Si bien como señala Lanteri-Laura (2004) la clínica vio su declive a inicios del siglo XX, con el paulatino pasaje al período de las ‘Estructuras Psicopatológicas’, Kanner recupera la tradición clínica y logra ubicar un fenómeno novedoso. Incluso redactó el primer Manual de Psiquiatría infantil en EEUU (Child Psychiatry, 1935) que fue por más de 20 años, el único manual de referencia para este campo. Kanner tuvo éxito, allí donde no lo logró Kraepelin, es decir, obtuvo el consenso de la comunidad científica de la época sobre una nosografía común, núcleo de la heurística del Programa Clínico que con Kanner se mantuvo progresivo (Argañaraz, 2007). Esto obligó a otros programas o tradiciones como el psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, etc., a intentar explicar, mediante hipótesis ad hoc, este fenómeno, cada una presentando sus fundamentos teóricos sobre un autista ‘tipo’.

La incidencia de los psicofármacos -de la mano del capitalismo global- y la internalización de los diagnósticos (particularmente con el manual Diagnóstico y Estadístico de E.E.U.U -DSM-) fomentaron y financiaron la implantación del cognitivismo. Esto dio lugar a otra forma de considerar los fenómenos mentales: no ya como enfermedades o estructuras psicopatológicas, sino como ‘trastornos’. Aquí se abre un nuevo problema ya que el mismo término ‘trastorno’, edificio de toda la nomenclatura del DSM, se reconoce en el prólogo a la 4ta revisión como ‘problemático e inespecífico’, y “lamentablemente no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo” (1995, p. 17). Lo mismo sucedió en el pasaje de la novena a la décima edición de la Clasificación Internacional propuesta por la OMS (CIE), que, en el prólogo a la edición española, lamenta el uso del término trastorno por su ambigüedad (López-Ibor, 2016), y agrega: “el vocablo trastorno se utiliza con mayor amplitud que en la [versión] inglesa, ya que por un lado define el ámbito de la nosología y por otro, conserva la ambigüedad indispensable

⁵ Por ejemplo, para Kraepelin, había que investigar en la ‘química sexual’ de las demencias precoces (que tienen su eclosión en la adolescencia), aun cuando no habían sido descubiertas las hormonas.

para incorporar los avances del conocimiento” (s/pp.). En cuanto al autismo realiza una observación que confirma el mal uso de la categoría referida anteriormente: “las secciones de psiquiatría infantil han abandonado muchas palabras tradicionales (dislexia, por ejemplo) porque han sido utilizadas de manera muy poco precisa. Algo parecido sucede con autismo” (s/pp). En lugar de trastorno, podría resultar más adecuado -tal como sostiene Tello (2007)- el uso de la palabra ‘síndrome’, que presenta una conceptualización histórica clara y consensuada en la medicina de todo el mundo. Este se define en medicina como un agrupamiento de signos y síntomas que se presentan en la clínica reunidos con una frecuencia mayor que el simple azar y presuponen una causa común, aunque no esté determinada su etiología (Tello, 2007). De esta manera podría generarse un ordenamiento distinto en la clasificación, puesto que los síndromes se encuentran “desglosados” y ordenados en función de un síntoma principal de modo estadístico, aunque constituido en función de la clínica, sincrónica en todo caso.

El abandono de la clínica y el supuesto corrimiento de la teoría (que en verdad abona la teoría cognitiva) desarmó el autismo infantil precoz, creando una categoría ‘paraguas’ donde se incluyen patologías diferentes. El pasaje del autismo infantil al Trastorno Generalizado del desarrollo, donde se incluía el autismo como categoría específica y diferenciada, se ve absorbido ahora dentro de los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) ampliando excesivamente esta categoría. Se incluyen allí, por ejemplo, el Síndrome de Asperger, el Trastorno desintegrativo infantil, las psicosis y la esquizofrenia infantil, el autismo secundario, los trastornos de personalidad y otras patologías que clínicamente presentan características diferentes, por lo tanto, evoluciones diferentes y deberían acceder a tratamientos diferenciales. Los riesgos de la amplitud y el avance de este espectro, son muchos. Una preocupación para quienes investigan en clínica infantil son las entrevistas acotadas y cuestionarios administrados a padres y madres para determinar un rápido diagnóstico, reduciendo la clínica a solo 2 indicadores⁶ que al ingresarlos en sistemas estadísticos otorgan un diagnóstico (en Argentina esto se traduce en un certificado de discapacidad en edades muy tempranas). Esta práctica devora a niños y niñas que sufrieron duelos, traumas, separaciones u otras situaciones clínicamente significativas, evidenciando detenciones, excitaciones, o efectos que en la clínica coinciden con una sintomatología precisa.

⁶ A. Déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social en múltiples contextos.
B. Patrones de conducta, intereses y actividades restringidos y estereotipados
Estos síntomas deben presentarse en períodos tempranos del desarrollo

Aunque puedan presentar una fenomenología similar al autismo, no lo es. Sin ingresar en lo que sucede con categorías como el Trastorno por déficit de atención o el Trastorno Oposicionista Desafiante, la masividad de niñas y niños que hoy por hoy ingresan en el diagnóstico de TEA es alarmante (si pensamos en 1 de cada 26, sería algo así como dos estudiantes con autismo en cada aula escolar). Siguiendo las progresiones estadísticas que generan el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (EEUU)⁷ año tras año los números crecen, por lo que la sociedad se encontraría en un proceso de ‘autistificación’ de la patología mental infantil, que se expande hacia edades adultas.

Algunas tensiones actuales entre continuidades de la clínica y otras tradiciones

Para retomar los objetivos propuestos en esta presentación, se esbozan de modo preliminar, algunas tensiones que a simple vista se derivan de las disputas entre las diferentes tradiciones investigativas en el campo de la salud, particularmente sobre el autismo. Si bien las consecuencias se evidencian en múltiples ámbitos, se intentará puntuar aquellas que atañen a la investigación y a la práctica clínica.

Tensión 1: El diagnóstico. El autismo, inicialmente raro y poco conocido se ha masificado. La CDC señala que en Estados Unidos las cifras de TEA se corresponden con 1 de cada 44 niños y niñas. Si bien en Argentina no compartimos esta estadística, el Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de Personas con Trastorno del Espectro Autista, firmado en 2019, incorpora este término (TEA) -que aún no es de uso oficial en los manuales de diagnóstico de nuestro país (miembro de la OMS, por lo tanto, orientado por la CIE-10)-, recomendando los criterios del DSM-V para el diagnóstico⁸. Con esto se vuelve al punto anterior: desde Kanner, no hubo avances significativos en cuanto al diagnóstico de autismo, este sigue siendo clínico, es decir, ligado a la observación. La ‘observación clínica’ se basa hoy en escalas del desarrollo y pruebas diagnósticas estandarizadas en otros países, lo cual tiene otro costo para nuestra población.

⁷ <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data/index.html>

⁸ Nótese aquí que si bien este mismo documento recomienda que el diagnóstico de TEA sea esencialmente ‘clínico’ reduce el sesgo clínico a la observación. Como se detalló anteriormente, la clínica tiene sus propios instrumentos, de los cuales la observación podría ser el más importante, pero o se reduce a ella. Además, la categoría TEA es excesivamente amplia e inespecífica, basada en los 2 observables del manual estadounidense. Correspondería la utilización de la CIE y sus manuales complementarios, como la GLADP que fue diseñada especialmente para América Latina.

Incluso el concepto de ‘desarrollo’ ha sido por mucho tiempo criticado por su sesgo biologicista, lineal, individualista, realizado sobre un ideal de niño muy distante a nuestra realidad (varón, estadounidense, blanco, de clase media-alta, etc.). Además de adherir a la utilización de manuales de uso exclusivo para Estados Unidos (y para los territorios en los cuales tiene soberanía), muchos y muchas profesionales se especializan en el diagnóstico mediante aplicación de test internacionales y pruebas estadísticas, para lo cual deben certificar su formación en organismos extranjeros, pagando altísimos costos. Los diagnósticos ya no son clínicos, sino porcentuales en tanto otorgan porcentajes de compatibilidad con el cuadro. No contemplan anamnesis (máximo de 3 a 6 meses), ni realizan observaciones sostenidas en el tiempo. En ocasiones no es necesario evaluar al niño, solo se recuperan datos aportados por padres, madres y/o cuidadoras. A su vez, las derivaciones se realizan en mayor medida hacia el área de la neurología, apartando al psiquiatra y al pediatra de la valoración que se pueda realizar, bajo el supuesto de que se trataría para todos los casos de una patología del cerebro y en mayor medida del ‘desarrollo’. Un dato curioso es la extrapolación de lo que sucede en otras áreas de la medicina: quien hace el diagnóstico deriva a otro espacio para su tratamiento, lo cual se contradice con cualquier práctica clínica seria, incluso en nuestro país con la Ley de Salud Mental. El mismo Kanner refiere en 1971 que durante los 30 años que siguieron al informe original de 1943 no hubo mayor progreso en cuanto a la descripción clínica, sino, que habría surgido un “enredo de teorías, hipótesis y especulaciones, junto con muchos valientes y bien motivados intentos de alivio, en espera de una evaluación final” (Kanner, 1971, p. 45. Traducción propia).

Tensión 2: Las terapéuticas. Cada vez una mayor porción de la población ingresa en este diagnóstico, y para ella también se buscan respuestas estandarizadas. No es infrecuente que en la práctica psicológica haya protocolos de tratamiento que también incluyen tratamientos/entrenamientos importados de países europeos o norteamericanos. En las antípodas del principio hipocrático de expectación, el diagnóstico masivo de un ‘trastorno’ considerado ‘grave’ justifica terapéuticas sistemáticas, invasivas y sumamente costosas que van desde la estimulación transcraneal hasta la delfinoterapia, incluyendo abordajes netamente galénicos cuyo objetivo se basa en la reeducación de la conducta. Como se mencionó con anterioridad, se pasa de una entidad clínica bien definida a una condición biológica individual, en términos de

‘dificultad de procesamiento de la información, con conductas desadaptativas’. Por ello, la readaptación de la conducta y el pensamiento se postula en primer lugar, independientemente de los métodos (ensayos discretos, condicionamientos, entrenamientos, reforzadores, etc.).

Lamentablemente muchas familias se esfuerzan para poder cumplir con la propuesta de 8 horas diarias de entrenamiento, donde niñas y niños muy pequeños pasan gran parte de su infancia. Un aspecto no menor, pero que por la complejidad que acarrea no se podrá desarrollar, es la medicalización de las infancias, puntualmente las terapéuticas medicamentosas y los efectos de los psicotrópicos en la salud de niñas y niños pequeños.

Tensión 3: Las condiciones. Si bien en Argentina no hay un criterio homogéneo, la situación en muchas provincias es la misma. La pregunta por el diagnóstico muchas veces es pasada por alto en tanto existe también la necesidad de costear un tratamiento, un medicamento, transporte, cuidadora o cuidador domiciliario o docente de apoyo; y sin un Certificado Único de Discapacidad (CUD), eso no es posible. La contraparte, es que para quienes ingresan en el circuito de la discapacidad, no es tan sencillo la salida. Además, la posibilidad de acceder al CUD, ya sea que haya o no una condición discapacitante, se vuelve una alternativa para quienes viven en grandes ciudades, no así para el interior de las provincias donde las realidades son muy dispares. Incluso teniendo CUD, las prestaciones no siempre son posibles y para quienes no pueden acercarse a los centros urbanos la evolución y las condiciones de salud guardan directa relación con las posibilidades familiares de sostén y acompañamiento.

Un espacio aparte merece la mención a la fuerte tradición familiarista⁹ que caracteriza el abordaje de la discapacidad en América Latina, recayendo los cuidados de niñas y niños en el seno familiar (en su mayoría mujeres), pero en el caso de condiciones discapacitantes, esto se extiende a lo largo de toda la vida.

Tensión 4: La coyuntura actual. Si bien la tradición clínica tiene larga data, en tanto forma de investigación fue encontrándose con diversas contingencias históricas, debiendo reformular algunas de sus hipótesis. Una pregunta que no es menor en este momento, tiene que ver con las consecuencias y los efectos de la pandemia por COVID-19, especialmente por las disposiciones

⁹ Danel (2020) señala con este concepto la matriz latinoamericana en la cual persisten políticas públicas que relegan en las familias la responsabilidad por la producción del bienestar, que atañe a las políticas sociales.

de aislamiento, las situaciones de enfermedad en las familias y las muertes ocasionadas por el virus, como así también la imposibilidad de asistir a velorios, encuentros sociales, acompañamiento en la crianza, etc. Se puede observar y seguramente se podrá conjeturar en unos años con mayor precisión, las consecuencias que ello tuvo/tiene en niñas y niños pequeños que hoy manifiestan rasgos o signos de autismo secundario que aún no es posible aislar.

Posibles lecturas finales y nuevos interrogantes

En primer lugar, es importante destacar que la clínica, en tanto método investigativo logró la descripción y el descubrimiento del autismo infantil, lo que otras tradiciones no pudieron identificar. Kanner presentó no solo los ‘signos y síntomas’ del cuadro, sino la jerarquización de los observables y su organización en una nomenclatura coherente con la tradición clínica. Es decir que, de no haber sido por esta metodología investigativa no habría podido aislarse el autismo de otras patologías (por ejemplo, la esquizofrenia, el retraso mental, las patologías neurológicas o las psicosis infantiles, muy presentes en el debate psicopatológico de mediados de siglo XX).

El hecho de señalar -en la actualidad- solo dos características sumamente amplias para incluir niñas y niños en una categoría espectral, conlleva no solo una deshonestidad con Kanner -al desarmar el cuadro clínico del autismo infantil-, sino también un esfuerzo por no rivalizar con la clínica, hecho que enriquecería el debate psicopatológico en lugar de aplanarlo.

Por otra parte, cabe la discusión sobre si los diagnósticos espectrales benefician a niñas y niños; en todo se puede plantear la pregunta en términos de ¿a quienes se beneficia con estas modificaciones en los criterios de diagnóstico? ¿A las familias, escuelas, centros de rehabilitación, farmacéuticas, organismos privados de formación, mercados del autismo (escuelas ‘para autistas’, juguetes ‘sensoriales’, creaciones de autistas con ‘altas capacidades intelectuales’ o ejemplos ‘porno-inspiracionales’¹⁰)?

El ritmo de ‘crecimiento’ de las tasas del TEA, no deja de ser alarmante. Sin embargo, muchos países del sur -incluida Argentina-, continúan emulando políticas de países del norte -y con ello sus problemáticas- en lugar de mirar la problemática a nivel local y crear herramientas

¹⁰ Stella Young, activista por los derechos de las personas con discapacidad, denomina *porno-inspiración* a las situaciones (principalmente acaparadas por los medios masivos de comunicación) donde se muestran personas con discapacidad superando retos, o demostrando logros “a pesar de su condición”. El objetivo son los spots motivacionales para quienes no tienen discapacidad o para quienes si la tienen y ‘no logran esforzarse lo suficiente’.

coherentes con las tradiciones latinoamericanas de concepción y abordaje de la salud mental, las infancias y las condiciones de vida ¿Qué pasa con la salud mental en nuestras comunidades wichis? ¿Existen palabras que nombren patologías tempranas de la infancia? ¿Cuál es el límite entre lo normal y lo patológico? ¿existe el TEA en la puna jujeña? ¿tiene las mismas características? ¿Quién lo detecta? ¿cómo? ¿Qué explicación, significaciones, sentidos se le atribuye? ¿se cura? ¿Qué trabajos -aun los estadísticos- existen sobre la población con autismo en medios rurales? ¿Quién los hace? ¿Cómo se conforman las agendas de salud mental infantil en las provincias? ¿Qué lugar ocupan pediatras, psiquiatras, docentes, investigadoras, para pensar el crecimiento saludable de una niña o niño? ¿Qué implicancias tiene para una familia, tener una niña o un niño con autismo/TEA?

Estas y muchas otras preguntas son necesarias para interrogar al TEA desde las ciencias sociales. No solo para conformar una historia y una geografía propias de las patologías o síndromes, sino también para habitar categorías más cercanas a nuestras formas de enfermar-curar. A su vez, el interjuego se propone como una apuesta a sostener líneas de investigación y prácticas que contribuyan a la salud en tanto construcción social colectiva y situada, no como un modelo ideal y lejano al cual aspirar.

Bibliografía

- Argañaraz, J. (2014). Reconstrucción racional de las teorías psicológicas y psicopatológicas de Sigmund Freud utilizando la metodología de programas de investigación. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Inédito.
- (2012). *Ruptura y continuidad de Lacan con Freud (desde Lakatos)*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Bellone Cecchin, M.E. (2021). Criterios diagnósticos del autismo infantil precoz, a 75 años de la descripción de Kanner. *Actas de las IX Jornadas de estudiantes, tesisistas y becarios. Producir conocimientos situados en ciencias sociales: apuestas y retos en la escritura y divulgación*. Compilación de Rodrigo Bruera [et al.]. (pp. 74-84). 1a ed. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados. Libro digital, PDF. Link de descarga: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/19405>
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*. Bs. As: Manantial
- Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (Supl. 1), 130-146. Consultado el 16 de junio de 2021 en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000500010&lng=en&tlng=en
- Center for Diseases Control and Prevention (CDC) (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *Surveillance Summaries* N° 70(11); pp. 1–16. Disponible [on-line] en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data/index.html>
- Danel, M. y Velurtas, M. (comp.) (2020). *Entre precariedades y derechos. Anudando debates del trabajo social, las políticas sociales y la intervención*. La Plata: editorial de la UNLP
- DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. S.A.
- Foucault, M (1977). Historia de la medicalización. *En Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Washington: OPS-OMS. Disponible [on-line] en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (1963/2013). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Bs. As.: Siglo XXI Editores.
- Gesell (1925). *Mental Growth of the Pre-school Child: A Psychological Outline of Normal Development. From Birth to The Sixth Year, Including a System of Developmental Diagnostic*. New York: Macmillan Company.
- Griesinger, W (1845). *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*. Bs. As.: Ed. Polemos. 1° edición en castellano de 1997. Trad. Leonardo Rubén Ponzio
- Kanner, L. (1944) Early infantile Autism. *The Journal of Pediatrics*, 25, 211–217. Disponible [on-line] en: <https://psycnet.apa.org/record/1945-01828-001>
- (1948) Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol 19(3), 416-426.
- (1971). *Follow-up study of Eleven Autistic Children Originally reported in 1943*. Washington: Scripta Publishing Corporation.
- (1973). Historical perspective on developmental deviations. *Journal of autism and childhood schizophrenia*. Vol 3 N° 3, pp. 187-198.
- (1976). *Psiquiatría infantil*. 4° Edición. Bs. As.: Ediciones Siglo Veinte.

- (2021). *Perturbaciones autistas del contacto afectivo*. Traducción comentada por M. Eugenia Bellone Cecchin del artículo Kanner, L (1943) Autistic disturbances of affective contact. Rev. Nervous Child N° 2, pp. 217-250. Ficha de cátedra para uso interno del Seminario electivo no permanente Clínica Psicoanalítica del Autismo Infantil (Facultad de Psicología-UNC. Inedita).
- Kanner, L. & Eisemberg, L. (1955). *Early Infantile autism, 1943-1955*. Childhood Schizophrenia Symposium. Johns Hopkins Hospital, Baltimore.
- Lanteri-Laura, G. (2004). La noción de epistemología regional en psiquiatría. En *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* N°55, Vol. XV. Bs. As.: Polemos, pp. 29-37
- López-Ibor, J. (2016). Clasificación Internacional de las Enfermedades. Décima revisión. Capítulo V - Trastornos mentales y del comportamiento. Prólogo a la edición española. Disponible [on-line] en: <http://edwinmunozt.blogspot.com/2016/04/prologo-la-edicion-espanola-la-edicion.html>
- Pichot, P. y Rein, W. (1995). *El abordaje clínico en psiquiatría*. Tomos 1, 2, y 3. Bs. As.: Editorial Polemos
- Stagnaro, J. C. (2007). Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas. En E. Laurent y et al. *Psiquiatría y Psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual*. Buenos Aires: Grama.
- (2017). Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*, N° 133, Vol. XXIX, pp. 191-235.