



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

Trabajo final de Grado

Monografía

El diagnóstico del trastorno del espectro autista en el  
DSM-V como exponente actual en la psicopatología  
infantil grave.

Estudiante: Renzo Carretto Piñón.

C.I.: 4.726.640-3

Tutora: Prof. Ps. Alicia Muniz

Noviembre de 2020

## Índice

Resumen.....	2
--------------	---

Introducción .....	3
<b>1. El diagnóstico.....</b>	<b>5</b>
.....	4
1.1 Situación actual.....	5
1.2 El diagnóstico psicológico .....	6
1.3 El diagnóstico psiquiátrico .....	10
<b>2. Recorrido histórico de la psicopatología grave infantil.....</b>	<b>14</b>
.....	13
2.1 - En los inicios.....	13
2.2 - Acerca del DSM.....	18
<b>3. Los primeros momentos del concepto de autismo.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Autismos y Psicosis infantiles.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>27</b>
<b>6. Bibliografía .....</b>	<b>31</b>

*“Hemos progresado muy deprisa, pero nos hemos encarcelado a nosotros mismos. El maquinismo, que crea abundancia, nos deja en la necesidad. Nuestro conocimiento nos ha hecho cínicos. Nuestra inteligencia, duros y secos. Pensamos demasiado, sentimos muy poco”.*

Charles Chaplin, en “The Great Dictator”.

## **Resumen**

En la actualidad nos encontramos con un mayor número de niños que son diagnosticados dentro de las características tabuladas como Trastorno del Espectro Autista (TEA), diagnóstico que parte desde la evaluación aplicada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Ante esta situación, surgen preguntas como: ¿Qué es lo que puede estar provocando dicho aumento? ¿Cuales son las herramientas para diagnosticar? ¿Se está sobrediagnosticado?

Para intentar responde a esas preguntas, se buscó estudiar como los recursos de valoración del DSM para este trastorno, basado en análisis estadísticos de la sociedad norteamericana, han puesto en una misma bolsa varias patologías infantiles, encansillandolas bajo el rótulo del Trastorno del Espectro Autista condicionando de esta forma su abordaje, a la hora de su diagnóstico y su tratamiento.

Se agrega como consecuencia el desaparecimiento paulatino del diagnóstico de psicosis infantil a nivel de los técnicos, pero no ha hecho que muchos niños dejen de padecerla como tal.

## Introducción

La presente monografía remite al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

En la misma se abordará el fenómeno de la patologización en la infancia, específicamente lo que está sucediendo con respecto al aumento del diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista según los criterios de aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta edición.

¿Qué es lo que está pasando con la psicopatología infantil?

En los últimos años, en lo que respecta a la publicación de la tercera edición del DSM, el Autismo en la infancia ha revestido un aumento considerable de niños diagnosticados con dicho cuadro, por lo que se hace pertinente abordarlo y estudiar como se relaciona dicho aumento con las publicaciones del DSM.

En 1943, Leo Kanner introduce el término autismo infantil precoz para denominar los casos de niños menores de un año con un agudo retraimiento, ubicó el origen de la enfermedad en el relacionamiento temprano con los padres, a los que describió como detallistas pero poco afectivos, no postuló un origen orgánico (Tendlarz, 2007).

Los niños descritos por Kanner se caracterizaban por la imposibilidad de establecer vínculos con las personas o situaciones. Estaban inmersos en una soledad absoluta, actuaban como si las personas alrededor no estuvieran, como si fueran objetos.

Toda acción del exterior la vivían como amenazante, sea así la alimentación o la higiene. Eran niños que no hablaban o producían ecolalias y su comportamiento se caracterizaba por ser repetitivo y solitario.

En la actualidad, aquello descrito por Kanner se encuentra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) dentro de la categoría de los Trastornos del Neurodesarrollo, bajo el nombre de Trastorno del Espectro Autista. Para su diagnóstico, el DSM lo caracteriza por ciertos déficits en la comunicación y la interacción social y la presencia de comportamientos, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo (2013). Las imposibilidades se transformaron en déficits.

Frente a esta situación, surgen varias preguntas: 1 - si realmente ha aumentado la manifestación del cuadro, 2 - al aumentar el conocimiento y difusión sobre la patología, hiciese más proclive la percepción por parte de profesionales y docentes; 3 - dicho aumento se puede explicar por cambios en la forma de comprender y abordar al autismo o, 4 - porque se esté produciendo un sobrediagnóstico a partir de lo anteriormente expuesto.

Estas dos últimas preguntas están muy enlazadas entre sí y son las que se buscará dar respuesta en este Trabajo Final de Grado.

Para ello, se dividió el trabajo en 4 capítulos:

El primero aborda la temática del diagnóstico psicológico, para estudiar que es lo que sucede al momento de realizar un diagnóstico a un niño y que aspectos de este en su práctica pueden estar produciendo dicho aumento.

En el capítulo siguiente, se busca realizar un recorrido histórico sobre la psicopatología grave infantil. Comenzando en el surgimiento de la psiquiatría, con Esquirol y Pinel, y que dijeron estos acerca de las patologías mentales en la infancia, hasta llegar a la actualidad y el Trastorno del Espectro Autista.

En el tercer capítulo se estudia los primeros momentos del concepto de autismo, como lo comprendió Bleuler, y las diferencias que hubieron luego con las definiciones hechas por Kanner.

En el cuarto capítulo se hará énfasis en las diferencias existentes entre el autismo y la psicosis en la infancia, y algunos de los aspectos en juego al quedar indiferenciados en el trastorno del espectro autista.

## **1 - El diagnóstico**

## 1.1 - Situación actual

Nos encontramos ante una situación nacional donde se carece de una cifra exacta de cuántos niños hay diagnosticados con el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Según el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) (2015), se estima que 1 de cada 88 niños está diagnosticado con TEA en el Uruguay.

Esta cifra utilizada por el PRONADIS debería encender varias alarmas, pero mayormente debería de ser cuestionada, ya que es la misma que Vasen (2019) en su libro: "Autismos: ¿espectro o diversidad?" cita sobre un estudio norteamericano llevado a cabo por el Centro de Control y Prevención de las Enfermedades de Atlanta (CDC) en el año 2012, en donde publican que esa sería la cantidad de niños diagnosticados con TEA en la sociedad de Estados Unidos.

El mismo centro para el año 2016 identificó autismo en 1 de 54 niños de 8 años (CDC 2020) .

Sobre la salud mental infantil en el Uruguay, no se cuenta con estudios epidemiológicos a nivel nacional desde el año 2008 (Viola, Garrido y Varela, 2008). En el artículo citado: "Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos", las autoras remarcan que es fundamental conocer la prevalencia de los problemas mentales en los niños, a nivel país, para el desarrollo de políticas públicas en materia de salud mental infantil.

Tomando los aportes de Mesa (2016), un pre-proyecto de investigación acerca del diagnóstico precoz de TEA y los instrumentos utilizados en el Uruguay para su diagnóstico, se encuentra que, según la Unidad Especializada en TEA del Centro Hospitalario Pereira Rossell, hay tres situaciones en donde las manifestaciones de la sintomatología enciende alarmas y se consulta.

Estas son: - los padres notan aspectos fuera de lo esperado para el desarrollo del niño, - cuando ya está institucionalizado y son la maestra o el psicólogo tratante quienes derivan al psiquiatra. O también, es el pediatra en los controles que hace la derivación.

Al momento se carece de una prueba lo suficientemente específica y validada que pueda formular el diagnóstico (Caretti y Alcamí, 2007) ya sean pruebas de laboratorio o instrumentos clínicos. A este se puede llegar mediante la observación de las conductas dependiendo del juicio clínico, haciendo uso de ciertas técnicas de detección precoz<sup>1</sup>, o por los ítems estipulados en los manuales diagnósticos.

---

<sup>1</sup> Entre ellas se encuentran la Grilla de indicadores de intersubjetividad, de Guerra (2012), la Guía de vigilancia del desarrollo del niño y niña de 0 a 5 años en el Uruguay, el cuestionario M-CHAT, ADI, ADOS, etc.

Es alarmante la forma en la que ha aumentado la cantidad de niños diagnosticados con TEA, llegando a cifras de 1 niño cada 54 (CDC).

Carbonell y Ruiz (2013) citan estudios donde indican que la prevalencia del diagnóstico aumentó un 57% entre los años 2002 y 2006 y otro estudio que muestra que aumentó en un 600% entre 1990 y 2006.

Estos números llevan a cuestionarse como nos estamos posicionando ante la infancia, etapa de construcción del aparato biológico y psíquico, y, nos lleva a interrogarnos como se puede comprender la vida de un niño a partir de etiquetas que clausuran su devenir.

## **1.2 - El diagnóstico Psicológico**

El diagnóstico es definido por la Real Academia Española (RAE, 2014) como: “La determinación de una enfermedad por la observación de sus síntomas.”, en otras palabras, dentro del campo de los profesionales que estudian la salud mental, es asignar a una persona a un grupo o categoría de referencia (entiéndase enfermedades mentales o trastornos) en donde dicho sujeto compartiría ciertas categorías generales con otras personas.

En lo que hace a la Psicología, el psicodiagnóstico es una especialidad de esta. Su objetivo es recabar información relevante sobre el sujeto, con el fin de conocer las características del funcionamiento de su personalidad, así como los indicadores patológicos y recursos saludables, para brindar un tratamiento apropiado acorde al motivo de consulta, o en el marco de una investigación, ya sea para el caso de elaborar una nueva técnica o estudiar comportamientos.

Como lo explica Muniz, el psicodiagnóstico busca:

... la más rica forma de proyección del sí mismo, de sus fantasías de enfermedad y de curación, del manejo y la efectividad o fracaso de sus mecanismos defensivos, en síntesis, de las posibilidades de su aparato psíquico, de la capacidad para adaptarse y contactarse con la realidad y los demás. (Muniz, 2002, p. 24).

Cuenta con una variedad de instrumentos cuyo fin es recabar información para poder entender la situación en la que se encuentra el entrevistado.

Entre estos, se encuentra la entrevista, que es la técnica imprescindible del psicólogo clínico para llevar a cabo un proceso psicodiagnóstico. Nos aporta el mayor caudal de información del sujeto, situándonos en la realidad personal de este, en su historia de vida, y la anamnesis, este conjunto da un valor diagnóstico insustituible.

Siguiendo a Bleger (1964), la entrevista puede ser de dos tipos: abierta o cerrada. En la entrevista cerrada, las preguntas son previamente elegidas y no se pueden variar, en cambio, en la entrevista abierta, se tiene mayor libertad para preguntar dependiendo de la persona que se tenga delante.

La mayor diferencia radica en que la entrevista abierta habilita un campo para que el entrevistado lo configure de acuerdo a sus particularidades y es el entrevistador quien lo controla (Bleger, 1964).

Al trabajar con niños, la técnica privilegiada es la entrevista de juego, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. En esta, se comprende al juego como la forma de comunicación.

El juego del niño se vuelve su lenguaje, por el cual, a través de este, expresa sus vivencias, conflictos, fantasías o deseos, pero sin saber que está diciendo, es dentro del encuadre clínico que se le irá dando sentidos y se pondrá en palabras el juego y el accionar del niño (Capnikas, 2018).

Cuando se consulta por un niño con sospechas de autismo, se vuelve imprescindible habilitar un campo donde se puedan observar las formas sutiles de vinculación que posee el niño, tanto con los padres como con alguien nuevo y desconocido, en este caso, el psicólogo.

Los padres consultan por el niño, no por ellos, por lo que la entrevista con padres se entiende como un diagnóstico de la relación entre padres e hijo (de Armas, 2018).

Ante esto, Janin dice: "En tanto la realidad fundamental para un niño es la realidad psíquica de sus padres, es imprescindible trabajar con esa realidad psíquica para posibilitar transformaciones en el niño mismo" (Janin, 2004, p.26).

Por este hecho, y para lograr una relación de alianza y colaboración es que se comienza entrevistando a los padres. Se conoce primero al niño a través de estos, para saber en que lugar ellos han ubicado a su hijo.

Entendiendo al psicodiagnóstico como un proceso, Fernández y Guerrero (1989) explican que es: "...una sucesión de elementos articulados entre sí mismos, donde uno va determinando el otro...".

En dicho proceso, se irá desplegando el material clínico. Es probable que no se presente de forma clara o directa, ya sea porque el entrevistado lo oculta intencionalmente o porque es inconsciente de ello, por lo que el acceso a estos contenidos se hace mediante el análisis de las asociaciones y las proyecciones.

Ante esta situación, el psicólogo cuenta con otras técnicas, los llamados tests, son pruebas estandarizadas que aportan información acerca del consultante y son de gran valor cuando se presentan dificultades en la recolección de datos, porque abren nuevas vías de

comunicación. A decir de Fernández y Guerrero (1989) acerca de los test, explican que no son un fin, sino que son un medio de comprensión del entrevistado.

Como se dijo, dichas técnicas son estandarizadas y cuando son puestas en primer plano en el psicodiagnóstico, dejan de aportar datos relevantes de la persona que está delante, y lo que se obtiene es información desde la estandarización misma, perdiéndose las particularidades de la persona que la hacen única y la llevaron a consultar.

Esta es una de las razones por las que prima la escucha clínica en la entrevista psicológica, esta es una herramienta de intervención en donde el psicólogo escucha lo manifiesto y lo latente del discurso, atendiendo también a la postura corporal, las respuestas emocionales y el tono en la comunicación.

Esta escucha dentro del proceso psicodiagnóstico, se enfoca en la comprensión de lo real vivenciado por el consultante, según Tabó (2010) no en la cura; se busca conocer y comprender el pedido de ayuda, de revelar lo oculto, de acuerdo a Fernández y Guerrero (1989).

Se van a ir poniendo en juego tanto las distintas capacidades de vinculación, como las dificultades que presente el sujeto, de esta forma se van construyendo inferencias, hipótesis, que irán siendo confirmadas o corregidas en el transcurso del proceso.

Estos aspectos brevemente descritos son fundamentales conocerlos para que el diagnóstico sea lo más abarcativo de todos los aspectos complejos en juego en la vida de una persona, y poder de esta forma comprender la situación del entrevistado, aportando información útil, de lo contrario, se comenzará un tratamiento por un camino que no sería adecuado, lo que podría causar más sufrimiento a quien consulta, o, sería una pérdida de tiempo valioso, especialmente pensando en la infancia.

Por lo que se entiende al psicodiagnóstico como un proceso que tiene que ser cauto, haciendo uso de los distintos tests sí, pero sin tenerlos como un fin último, sumarlos a las observaciones y la comprensión que se haga de la situación por la que se consulta.

Según Janin, el psicodiagnóstico, consiste en evaluar a fondo los aspectos intrasubjetivos y los intersubjetivos, no solo atender a las dificultades, sino que también prestar atención a las potencialidades, en las cuales se apoyará en el transcurso del posible tratamiento, para así ir creando hipótesis, ideas que se van a ir poniendo en juego y contrastando con el desarrollo del niño y su familia (2019).

Cuando el psicodiagnóstico se realiza desde los aportes de la teoría psicoanalítica, se lo entiende de una forma más abarcativa de las complejidades, que la mera clasificación o agrupación de síntomas; como explica Janin (2019), busca sobrepasar lo aparente y hacer foco en el trasfondo del proceso de la persona, identificar los síntomas y entender su lógica.

De acuerdo a Vasen (2019) el psicodiagnóstico consiste en comprender a la

persona como "... una singularidad que develar más allá de lo aparente..." (p. 54).

En lo que a la infancia se refiere, nos encontramos con un psiquismo en construcción, por esta razón, desde el psicoanálisis se busca desarmar aquello que está determinando la singularidad del niño, comprender al síntoma y no encasillar en cuadros psicopatológicos (Janin, 2011).

Haciendo referencia a la situación en la que se encuentra la infancia, Untoiglich dice:

En la clínica actual nos encontramos con niños cada vez más pequeños con manifestaciones de sufrimiento psíquico cada vez más intensos, traídos a la consulta por adultos cada vez más exigidos, cada vez más infelices. En ese contexto se presenta un alza considerable de niños con problemáticas psíquicas graves, algunos con signos clínicos de autismo. (Untoiglich, 2015, pág 18)

En este contexto que evidencia Untoiglich, de niños con problemáticas psíquicas graves cada vez más tempranas en el crecimiento y padres más exigidos, para estos resulta tranquilizador encontrar un nombre a ese sufrimiento, y al mismo tiempo esta lógica es fomentada por las instituciones escolares y el sistema sanitario, exigiendo diagnósticos cerrados (Muniz, 2015).

Nos encontramos frente a una urgencia familiar y social de detectar las patologías instantáneamente, y clasificarlas lo más temprano posible, para que el devenir del niño no sea afectado, pero esto puede llevar al encasillamiento temprano y una pérdida de las particularidades del infante, ubicándolo en categorías generales desubjetivantes, donde se pierde la historia del niño en las generalidades del diagnóstico. En concordancia Tendlarz y Alvarez Bayón dicen:

"...el apresuramiento diagnóstico de moda en la actualidad no conduce necesariamente a que los niños reciban un tratamiento adecuado sino a un diagnóstico masivo que pierde de vista la singularidad de los niños que caen bajo el peso de esa clasificación, y que confunde y angustia a los padres".

(Tendlarz - Alvarez Bayón, 2013, pág 123) .

Ante lo dicho, paralelamente, se viene desarrollando una perspectiva simplista de la psicopatología y el diagnóstico, por parte de quienes concuerdan con las conclusiones diagnósticas del DSM, éstas apuntan a listas de comportamientos, limitándose a lo que se puede observar y haciendo una descripción fija, comprendiendo a la persona a partir de sus conductas únicamente.

Prego advertía ya, en 1972, sobre el carácter momentáneo de una conducta, esta está inmersa en el proceso general del desarrollo de una persona (1972, en Bagattini, 1990).

### **1.3 - Diagnóstico psiquiátrico**

De esta forma, entonces, nos encontramos frente al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), proveniente del campo de la Psiquiatría, que surge con el objetivo de crear una nomenclatura universal, buscando evitar los equívocos en los diagnósticos psiquiátricos, facilitando la comunicación a investigadores y clínicos (Sibemberg, 2011).

Para su tercer edición, publicada en 1980, el enfoque del Manual cambia radicalmente, como se detallará en páginas siguientes, se excluye la etiología de la enfermedad, y comienza a entenderse como trastornos, estos son comprendidos en palabras de Sibemberg (2011) como: "...una definición precisa, con categorías de inclusión y exclusión objetivamente verificables en la observación conductual de los individuos".

Siguiendo a Russo y Venancio en referencia al DSM, argumentan que ha llegado desde el campo de la Psiquiatría, con intenciones de globalización de la psiquiatría norteamericana, con una perspectiva ateorica, neutra y generalizable a toda época y lugar (2006).

Ante esto, cabe preguntarse entonces, cuál es su paradigma y los fundamentos del DSM para definir sus clasificaciones diagnósticas. Se desentiende de las diferentes realidades sociales, de los grupos étnicos y sus costumbres.

Untoiglich (2015) explica que con la llegada del DSM-IV y el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo, y del DSM-V con el Trastorno del Espectro Autista (en la actualidad), se han modificado las formas de concebir las patologías psíquicas graves y como evaluarlas, llevando esta situación a que aumente la cantidad de niños con esos diagnósticos.

Detrás del DSM, se encuentran técnicos con perspectivas objetivas y biologicistas, orientados a una observación objetiva del paciente, bajo la comprensión de que las posibles observaciones que se hagan están relacionadas directamente con la realidad, sin considerar al clínico como un intermediario capaz de alterar dicha observación.

Aíslan la enfermedad mental en el sistema nervioso, en lo biológico del ser humano, con intenciones de mayor credibilidad, desentendiéndose de la historia privada de la persona y los rasgos culturales que la invisten.

A esta psiquiatrización de la vida, Esperanza (2011) dice que se le suma la

medicalización de las conductas y los actos del sujeto, la autora adjudica que esta sería la actividad a la cual esta disciplina dedica su mayor labor.

Fischer Bernardino plantea la interrogante de que es lo que se entiende por *pathos* y como se comprende el sufrimiento, si es en sus aspectos mórbidos y las características de la enfermedad o si se pone el foco en los aspectos defensivos que utiliza el infante para encontrar una salida al sufrimiento (2011, p.275).

Ante esta apreciación, se comprende que el DSM cuenta con un riesgo doble, no solo atendiendo únicamente a los aspectos mórbidos, dejando por fuera a la persona y su historia, sino que produce los efectos de una sentencia, ya que liga a esta a su diagnóstico. A decir de Vorcaro (2011), adjudicándose al niño otro nombre que lo califica perteneciente a la familia de la "genealogía médica".

Álvarez (2017) explica que en el momento que se emite un diagnóstico, se le está enfrentando al sujeto al sometimiento ante una categoría de enfermedad, y a su vez, a la exigencia de normalidad.

En palabras de Untoiglich (2015), este dispositivo busca generar devotos sumisos ante el sistema del manual para no cuestionarlo, mientras que en su aplicación, se transforma en un aparato de nominación y dominación, productor de subjetividades. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ha escapado del campo de la psiquiatría y ha entrado en la clínica de otros profesionales, rigidizando y simplificando la práctica.

Con un diagnóstico cerrado se puede estar anulando la capacidad de sorprenderse y asombrarse ante lo nuevo y aleatorio de la vida (Levin. pág. 116). Mientras que el infante está en pleno desarrollo, restringirlo es limitar sus posibilidades, al igual que a los padres, que pasan a relacionarse con su hijo a través del diagnóstico.

La estandarización, el diagnóstico codificador científico y la medicación son elementos de gran ayuda para el paciente, su familiar y el grupo terapéutico, pero no deben ser más que eso, acompañar con un seguimiento terapéutico multidisciplinario para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, brindando herramientas a estos para mejorar la calidad de vida del paciente.

Se ha llegado a un grado en donde diagnosticar ha perdido su complejidad y deja de ser un problema, pasando a ser la solución última, la meta se ha transformado y se ha vuelto en dar un nombre a la problemática que acusa el niño (Fischer Bernardino, 2011). Cuando el objetivo debería ser lograr un diagnóstico que circunscribe sí, pero no limite el abordaje posterior.

Ante estos giros que se enfrenta el psicodiagnóstico, Vasen (2019), expone que en

la actualidad encontramos cierta tendencia a entenderlo como una calificación codificadora y habilitadora de prácticas, y que va relegando su carácter de comprensión del sufrimiento, a lo que el autor agrega, los diagnósticos se transforman en contraseñas habilitadoras de servicios, tratamientos y prestaciones.

Se va en otra dirección cuando se busca encontrar un sentido al sufrimiento del niño, comprendiéndolo inmerso en un entramado familiar y social, atendiendo a los lazos sociales primarios y al contexto del que forma parte.

Ante esta cuestión, encontramos en las palabras de Stavchansky, que desde esta nueva nosología psiquiátrica, las enfermedades mentales graves en la infancia caen dentro del amplio espectro del autismo (2016).

Se evidencia una unión entre la urgencia de realizar diagnósticos muy tempranos y el uso de manuales psiquiátricos que facilitan y simplifican la tarea del técnico. Esto produce que médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales, sin generalizar, sugieran o realicen dichos diagnósticos, convirtiéndose así en moneda corriente en la clínica, promoviendo el aumento de niños que caen en esa patología (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013).

La lógica simplista de encasillamiento en etiquetas diagnósticas suma otro agravante, que es la eliminación de ciertas enfermedades mentales, siendo una de ellas la psicosis infantil, ampliamente estudiada y delimitada por el psicoanálisis principalmente, pero que desde la perspectiva del DSM ya no tendría cabida como tal, perdiéndose dentro de los parámetros del Trastorno del Espectro Autista.

En relación a lo dicho, Sibemberg (2011) afirma:

El diagnóstico de autismo infantil ha aumentado en los últimos años en la proporción inversa al de psicosis infantil. Debemos este cambio al alcance de la clasificación de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría que logró conquistar en el medio científico a través de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Bajo la autodenominación de ateorico, contradictoriamente el DSM se desliga de las discusiones acerca del origen dinámico de las psicopatologías y se apoya exclusivamente en encontrar en lo biológico las causantes del trastorno.

En su cuarta edición, el DSM manifiesta que términos como psicosis o

esquizofrenia infantil fueron utilizados antiguamente, pero en la actualidad la evidencia apoyaría el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo<sup>2</sup> (DSM IV, 1995). Hay que resaltar el hecho de que en ningún momento demuestra esa evidencia .

Agrega que en los casos de Trastorno Autista asociados a una enfermedad médica, se hallarían datos de laboratorios coherentes con el diagnóstico, pero, contradictoriamente continúa diciendo: “Se han hallado diferencias de grupo en medidas de la actividad serotoninérgica, pero carecen de valor diagnóstico...(DSM IV, 1995, p. 71)”. Luego dice: “En algunos casos pueden resultar anormales los estudios de neuroimagen, pero no se ha identificado claramente en patrón específico” (DSM IV, 1995, p. 71).

Esto produjo una homogeneización de ciertos cuadros clínicos en la infancia, los cuales responden a diversas lógicas de manifestación, dando como resultado el borramiento de ciertos diagnósticos, como el de la psicosis infantil y que muchos niños reciban tratamientos basados en el entrenamiento de habilidades sociales y de aprendizaje.

Sin embargo, estos cambios no han hecho que no haya niños con dificultades en la integración y en apropiarse de su historia, o niños que luchan contra el peligro de aniquilamiento (Fischer Bernardino, 2011).

Los cuadros con predominancia de los aspectos cognitivos fueron priorizados ante la organización de la personalidad. Para no caer en este tipo de lógica, ante el aumento de niños que llegan a la clínica con el diagnóstico de TEA, se hace pertinente estudiar como a lo largo de la historia ha ido cambiando la comprensión de la enfermedad mental grave en la infancia, ya que, dentro del TEA se ha agrupado a lo largo de los últimos años otros diagnósticos.

## **2 - Recorrido histórico de la psicopatología grave infantil**

### **2.1 - En los inicios**

Las ideas de la Ilustración, la Revolución Francesa y los aportes de Pinel en cuanto que fundan la Clínica y su metodología, es que, en los inicios del siglo XIX se dan las bases para comenzar la atención del enfermo mental, llevando a que se instaure la Psiquiatría como disciplina (Bercherie, 1986).

El inicio del interés por la psicopatología infantil está marcado por los estudios del

---

<sup>2</sup> En la quinta edición el diagnóstico cambia de nombre al de Trastorno del Espectro Autista.

retraso mental, con el nombre de *Idiocia* o *Idiotéz*, por parte de Esquirol. Pinel lo explica como una anulación de las facultades intelectuales y afectivas del conjunto de la actividad mental, igualándolo a un estado vegetal (Bercherie, 1986).

Esquirol en 1838, separa el *Idiotismo* en dos, el considerado adquirido, que se lo ve con mejor pronóstico y se lo entiende como curable, del congénito, considerado como crónico (de aquí deriva el actuar diagnóstico de retraso mental) (Rueda Soler, 2015).

Lo conceptualiza como un estado, no como una enfermedad, donde las facultades intelectuales no llegaron a manifestarse o no pudieron desarrollarse lo suficiente. Encuentra la causa del *Idiotismo* en la mala conformación de los órganos cerebrales, descartando una enfermedad o la falta de desarrollo.

En el año 1879, Pinel examina y diagnostica como Idiota a Víctor, el niño salvaje de Aveyron, considerándolo irrecuperable. Es Itard quien se hace cargo del tratamiento del niño, entendiendo al radical aislamiento en que creció Víctor como la causa de su mal (Rueda Soler, 2015).

En la actualidad, Víctor sería considerado como un niño autista, debido al aislamiento, la falta de lenguaje y los movimientos estereotipados, pero en su época el diagnóstico que dominaba la infancia era el *Idiotismo*.

Luego de 1880, la psicopatología infantil comienza a expandirse, esencialmente serían tratados que se dedican a buscar en el niño los síndromes encontrados en la adultez (Bercherie, 1986).

Según Rueda Soler (2015), Kraepelin en 1896, describe un grupo de enfermos que comparten entre sí comportamientos como: la extravagancia, la ambivalencia y la impenetrabilidad. En estos encontraba el inicio en la juventud, denominando la enfermedad como *Dementia Praecox*.

Siguiendo a Rueda Soler (2015) encuentra que, en 1906 Sancte de Santis busca establecer el diagnóstico diferencial entre el retraso mental y un cuadro en donde se podía ubicar a los niños en lo que sería la *Demencia Praecox* en adultos, estos niños presentaban buena memoria y buena capacidad de percepción.

A esta nueva nosología la nombra *Demencias Precosísimas*, poniendo en debate la cuestión de la locura en la etapa infantil, argumentando que, hasta ese momento, los autores alienistas no habían podido entender la locura en el niño porque reducían las desviaciones psíquicas al retraso o detención del desarrollo (Rueda Soler, 2015).

Si bien es un punto de inicio para comenzar a comprender la locura en la infancia, no alcanzó para que sea tomado en cuenta a grandes rasgos a nivel académico.

Con el cambio de siglo y la invención del psicoanálisis, Freud encuentra una nueva forma de tratar a los pacientes neuróticos, mediante el habla, la llamada: “*the talking cure*” (1895), ampliando e inaugurando una nueva forma de investigar la mente, mediante la palabra, sumándose a la clínica de la observación. A la ya establecida clínica de las descripciones y clasificación, se le suma la comprensión de los síntomas y el malestar.

Con el surgimiento del psicoanálisis, Eugen Bleuler en 1911, plantea una nueva nosología, partiendo desde las ideas de Freud, es que llega al planteo del concepto de *esquizofrenia*, sustituyendo así, al de demencia (Rueda Soler, 2015).

Son dejadas de lado las características de cronicidad, precocidad o el debilitamiento, para centrarse en la dinámica psíquica, en los casos donde es la escisión el mecanismo de defensa característico.

Melanie Klein en 1930, publica: “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”, donde expone el tratamiento de Dick, un niño de cuatro años que es enviado por un psiquiatra con el diagnóstico de demencia precoz, por la semejanza de los caracteres de la enfermedad en su manifestación en el adulto, manifestando ausencia de afectividad severa, alejamiento de la realidad, falta de accesibilidad, alternancia entre conductas negativistas y obediencia automática, indiferencia al dolor y descartando cualquier causante orgánica.

Klein da un paso más allá y deja el diagnóstico de demencia precoz por el de esquizofrenia infantil, argumentando que es más frecuente en la infancia de lo que se creía hasta el momento. La autora dice: “... la esquizofrenia plenamente desarrollada es más común -y especialmente la aparición de rasgos esquizofrénicos es un fenómeno mucho más general- en la infancia de lo que se supone generalmente” (Klein, 1930, p. 240).

De esta forma se evidencia que si bien se había comenzado a comprender la psicosis en la infancia, aún había ciertas resistencias en juego, por el hecho de que Dick llega con el diagnóstico pensado desde la psicopatología del adulto cuando más de veinte años atrás ya se le había puesto un nombre en la infancia.

En 1937 se organiza el primer congreso internacional de psiquiatría del niño, en donde las dos concepciones están en juego, la basada en las ideas de Kraepelin y la nueva forma entendida por Bleuler basada en los aportes del psicoanálisis (Rueda Soler, 2015).

Luego, con el paso de los años, la academia va decantando, haciendo que los diagnósticos de *demencia praecox* y los de *demencia infantil* sean sustituidos por la nosología de la *Esquizofrenia Infantil*, como lo ilustra Despert en esta frase:

“En el curso de aproximadamente cinco décadas, los mayores cambios han ocurrido en la actitud de los profesionales hacia la esquizofrenia infantil, que van de la casi total negación a una creciente preocupación sobre los aspectos de la incidencia, sintomatología, etiología, genética, terapia prognosis y variedad clínica de síndromes” (Despert, 1968 en Soler, 2015).

En 1943, Leo Kanner publicó un artículo llamado: “Autistic disturbances of affective contact”, donde estudió a once niños, entre los años 1938 y 1943, que compartían las características clínicas que lo llevaron a la construcción del “*síndrome de autismo infantil precoz*”.

Kanner explica como fue el inicio del descubrimiento de la patología diciendo:

Muchos de esos niños eran conducidos hasta nosotros en un primer momento con la hipótesis según la cual sufrían de un retraso mental profundo (severely feeble-minded) o bien con la problemática de un daño auditivo (...) Pero un examen atento mostró muy rápido que las potencialidades cognitivas de los niños estaban sólo enmascaradas por el desorden afectivo fundamental (...). En todos los casos, se pudo establecer que la comprensión en si no era defectuosa. (Kanner, 1944, en Thomas, 2014)

Encuentra dos pilares: el deseo de soledad, “aloneness” y el de inmutabilidad “sameness”, que llevan a un cuadro general de incapacidad de relacionarse de forma normal con las personas y las situaciones.

Este conjunto se daría desde el inicio de la vida, sin darle un carácter innato, sino que ubica la causalidad en el vínculo con los padres (Tendlarz, 2007), argumenta Kanner, lo que lo diferencia del cuadro de la esquizofrenia infantil que tiene un inicio a partir de los 2 años y presenta una evolución gradual.

El grupo estudiado por Kanner se caracteriza por la soledad desde el nacimiento, por la falta de respuesta a los estímulos del exterior, cierta carencia anticipatoria a colocarse en la postura para ser levantado por el cuidador o, ajustar su cuerpo al de la otra persona que lo sostiene.

Las intenciones de Kanner fueron de ampliar la noción de esquizofrenia infantil, en entidades más amplias y descritas. Donde no se opone a entender a la esquizofrenia infantil como una concepción más amplia, incluyendo al autismo dentro de ésta (Rueda Soler, 2015)

En el año 1897, en Hungría, nacía Margaret Mahler, estudia en varias universidades de Europa, acercándose al psicoanálisis y a Ana Freud, con quien comparte un centro de tratamiento.

Por los conflictos de la segunda guerra mundial llega a Estados Unidos, donde comienza a estudiar la psicosis en los niños.

Siendo alumna de Leo Kanner, Mahler hace grandes aportes para la comprensión de la esquizofrenia en el niño. Lo que la lleva luego a unir los aportes de Kanner con los de Ana Freud y la psicología del Yo, produciendo una teoría general del desarrollo del niño, que divide en tres fases: - la fase autística normal o presimbólica, - la fase simbiótica y, - la fase de separación-individuación.

Sitúa así la autora, un periodo normal en el desarrollo comprendido entre las primeras semanas de vida donde el bebé se encuentra dentro de una barrera que impide que los estímulos externos lo afecten, ya que no sería capaz de identificar la fuente de las sensaciones, si son externas o internas. (Ledoux, 1984).

Hasta ese momento, la locura en la infancia aún no era totalmente aceptada por muchos autores, aún se negaban a considerar la esquizofrenia en la infancia. Según Mahler, es con los aportes sobre el autismo que hace Kanner que se comienza a considerar seria y ampliamente la posibilidad de la locura infantil.

Todo esto, con una consecuencia, explica Mahler, todo caso de psicosis infantil que presente algún grado de mecanismos autistas y se compruebe cierta ruptura con la realidad, el niño era diagnosticado como autista (Mahler. 1965. p 133. en Soler. 2015 p. 89).

Es sorprendente ver como algo que se afirmó más de 50 años atrás, aún hoy en día está en juego y en su máxima expresión.

Entrando en 1950, con los aportes hechos por parte de Margaret Mahler, desde una perspectiva desarrollista, donde discriminó las distintas etapas del desarrollo temprano del niño, junto a un amplio estudio de la psicosis en la infancia, es que en el ambiente académico se comienza a criticar el concepto de esquizofrenia infantil, por el hecho de convertirse en una bolsa donde caían y se mezclaban el autismo, la psicosis, la demencia precocísima, la demencia infantil de Heller y las distintas formas conceptualizadas de esquizofrenia en la niñez. (Rutter, 1972 en Soler, 2015).

Es así que para los años setenta, se sustituye al concepto de esquizofrenia por el de psicosis en la infancia, esto abrió el campo para comenzar a comprender la psicosis en la infancia.

Para los años ochenta, son publicados los estudios hechos por Rosine y Robert Lefort sobre psicosis y autismo en la infancia. Publican el libro titulado "El Nacimiento del Otro" (1980), donde exponen el tratamiento de dos niñas, una de 13 y otra de 30 meses.

Los autores plantean la hipótesis de entender al autismo como una cuarta estructura psíquica.

Tustin publica su libro "Autismo y Psicosis infantiles" en 1987, teniendo la psicosis como referente de la patología grave. En esta, entiende a la esquizofrenia y al autismo como entidades integrantes de la psicosis, pero separadas claramente entre sí. Dice: "... a medida que se va observando y describiendo mayor número de niños psicóticos, aparentemente vemos aflorar dos síndromes que pueden distinguirse con cierta precisión: el autismo infantil precoz y la esquizofrenia infantil" (1987, pág 114).

Hasta este punto en la historia, vemos como se ha dado parte del desarrollo de la comprensión de la psicopatología grave infantil, desde un inicio con cierta negación, hasta comprenderla, analizar y discriminar sus características.

Comenzando desde un punto de partida que fue el Idiotismo, paulatinamente se empezó a comprender la psicopatología grave en la infancia, hasta llegar a un grado en donde se podía identificar sus particularidades y comenzar a tratarla.

## **2.2 - Acerca del DSM**

A esta altura del desarrollo del trabajo es importante dejar el recorrido histórico lineal, y volver unos años atrás, en lo que respecta a la historia propia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Este manual es creado por la American Psychiatric Association (APA), surge con la intención de tener un sistema consensuado y aceptado ampliamente, que de bases legítimas a la psiquiatría.

La primera edición llega en 1952, por lo aportado por Russo y Venancio (2006), se encuentra que el DSM tenía una perspectiva psicosocial y utilizaba conceptos propios del psicoanálisis, como: mecanismos de defensa o conflicto neurótico.

En su segunda edición, publicada en 1968, el psicoanálisis tenía aún más fuerza, donde se comprendía a la enfermedad mental equivalente a una desorganización psíquica en distintos niveles y la realidad psíquica pasaba a ser comprendida en los diagnósticos y tratamientos.

Pero en la tercera edición del DSM (1980), se había estado gestando un cambio en la psiquiatría, ligado con el surgimiento de la psicofarmacología. En el año 1952 es que se prueba el primer fármaco antipsicótico, la Clorpromazina, y con el devenir de los años fueron llegando más fármacos, entre ellos, llegan los antidepresivos y ansiolíticos. Se comenzó una comercialización a gran escala en la población norteamericana, donde, para el año 1970, una de cada cinco mujeres o uno de cada trece hombres, tomaba algún tipo de ansiolítico (Russo y Venancio. 2006).

Esto llevó a que, el DSM se decante hacia la psiquiatría biologicista, haciendo que el manual tienda a una objetividad radical, dejando de lado los marcos teóricos que dan respaldo y explicaciones, limitándose entonces, a las conductas observables, esto con el objetivo de delimitar claramente las enfermedades mentales, apuntando a la verificación empírica, de esta manera se lograba tener un lenguaje único para su uso, pero como efecto secundario también lograron una tendencia a la globalización del manual.

Para el año 1974, la American Psychiatric Association (APA), designa a Robert Spitzer para que dirija a un grupo de profesionales para llevar a cabo un nuevo sistema de clasificación para la psiquiatría estadounidense, crear un instrumento guía para los diagnósticos psiquiátricos.

Es para el año 1980 que se publica el DSM-III, buscando facilitar el diagnóstico, mediante la creación del manual para unificar la psiquiatría y sus criterios. Esto llevó a que los comportamientos observables sustituyan a las experiencias del sufrimiento psíquico. (Sibemberg, 2011).

Luego, en 1994, se publica el DSM-IV, continuando con el principio de objetividad, sin asociarse a ningún marco teórico, este manual da un paso más y apunta a ser tenido en cuenta como un soporte educativo para la enseñanza de la psicopatología (Sibemberg, 2011).

Hubo un quiebre total, el cambio en la forma de comprensión de las enfermedades fue tal que, de 106 categorías de desórdenes psíquicos en la primera edición del manual, se pasó a 354 con la llegada de dicha cuarta edición.

Sin embargo, si bien aumentaron la cantidad de diagnósticos posibles de identificar en una persona, también desaparecieron otros, particularmente como sucedió con la psicosis en la infancia.

El autismo estaba considerado como un subtipo de la psicosis infantil en las ediciones anteriores, pero para su cuarta edición se volvió el diagnóstico de referencia en la infancia, quedando la psicosis para los cuadros tardíos (Sibemberg, 2011).

En esta edición, para la infancia aparece la denominación "Trastornos generalizados del desarrollo", integrada por cinco categorías, El trastorno Autista, El Trastorno de Rett, El

trastorno Desintegrativo Infantil, El trastorno de Asperger y El trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.

Según Jaramillo y Muñoz (2014) se reconoció que esta cuarta edición contaba con ciertas limitaciones, como la alta tasa de comorbilidad entre diagnósticos, un uso extendido de los diagnósticos “no especificados” y la incapacidad en integrar los nuevos hallazgos en las áreas de la genética y las neurociencias.

En la versión actual, el DSM-V, publicado en el año 2013, vuelven a producirse cambios, y lo que era llamado Trastornos Generalizados del Desarrollo pasa a ser el Trastorno del Espectro Autista, dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo.

Lo que comenzó como imposibilidades severas en el relacionamiento, se transformó en deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción en la nomenclatura actual.

Se plantea la noción de espectro por la variabilidad en la gravedad de las manifestaciones, en el nivel del desarrollo y en la edad cronológica. (APA, 2013).

Dentro del trastorno caben: “El Autismo de la Primera Infancia, El Autismo Infantil, Autismo de Kanner, Autismo de Alto Funcionamiento, Autismo Atípico, Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y El Trastorno de Asperger” (APA, 2013).

Estos cambios ampliaron y difuminaron los límites, agregando particularidades y nuevas categorías, junto a la comprensión del sujeto solamente en su aspecto biológico, llevaron a la confusión entre “categorías diagnósticas” y “condición natural”. Esto ha afectado en que los seguidores de esta forma de realizar diagnósticos desconozcan la psicosis en la infancia y limiten los diagnósticos al de TEA, con respecto a la última actualización del manual.

El recorrido histórico del autismo cuenta con giros constantes en su devenir y se evidencia su dificultad para ubicarlo y clasificarlo. Lo que comenzó siendo una consecuencia del repliegue esquizofrénico en el adulto, como se detallará en el siguiente capítulo, pasó a ser una enfermedad por sí misma en la infancia. Luego surgieron diferencias sobre dónde ubicarlo, si dentro del cuadro de las psicosis o si es una estructura psíquica independiente.

### **3 - Los primeros momentos del concepto de autismo:**

Se encuentra que años antes a la publicación de Leo Kanner, habrían sido descritos varios casos de niños que en la actualidad estarían dentro de lo que hoy se entiende como autismo.

Ya mencionado, en 1801, aparece en un bosque Víctor, el niño salvaje de Aveyron, de quien se hace cargo Jean-Marc-Gaspard Itard, comentando que las conductas del niño eran extrañas, no hablaba y no aprendió a hablar, también presentaba cierta obsesión por el orden.

Lorna Wing, en su libro "El autismo en niños y adultos" (1998), hace un recorrido histórico y comienza citando a Uta Frith, quien escribe sobre otros casos de niños posiblemente autistas. Primero, habla sobre "niños encantados o poseídos", que habían sido secuestrados por brujas y a cambio dejaban un niño bello, pero a su vez extraño y alejado de las personas, o también casos de niños salvajes, que eran abandonados en sus primeros años de vida.

En el año 1809, en Inglaterra, John Haslam, describe a un niño de un año, que luego de sufrir de sarampión, comienza a tener una habla repetitiva y su conducta se vuelve impulsiva y agresiva. Luego, en 1919, el psicólogo Lightner Witmer, describe a un niño de dos años y siete meses, llamado Don, que presentaba un comportamiento característico del autismo. Estos casos fueron descritos de manera aislada, es recién con la publicación de Leo Kanner (1943) que se comienza a considerar el patrón de conductas y se lo agrupa en una categoría de enfermedad mental.

En el inicio del siglo XIX, pese a los intentos por parte de Freud y Jung, de convencer a Bleuler para que se uniera a la corriente psicoanalítica, este se mantiene aparte y continua dentro del campo de la psiquiatría, pero influenciado por las ideas psicoanalíticas.

El término "autismo", se publica por primera vez en el año 1910, por Eugen Bleuler, en su artículo llamado: "Zur Theorie des Schizophrenen Negativismus", entendiéndolo como:

*"(...) retiro autístico del paciente en sus fantasmas, respecto de las cuales toda influencia del exterior que resulte contraria se vuelve una perturbación intolerable. Este parece ser el factor más importante. En los casos severos, su sola presencia puede bastar para producir el negativismo".* (En Thomas, 2014. pág 77).

Bleuler, entiende que en el esquizofrénico, como en el sueño, hay un repliegue de la persona al mundo interior, pasando éste a predominar, por lo que para el autor, el autismo sería, tanto un pensamiento como un comportamiento, dentro del cuadro de la esquizofrenia, es lo que lleva a alejarse del mundo exterior.

Años después, cuando en 1943 Kanner publica sus estudios donde define el síndrome: "Autismo Infantil Precoz", este tuvo que diferenciarlo de como lo había comprendido Bleuler: un síntoma fundamental de la esquizofrenia.

En primer instancia, lo que era un síntoma, pasó a ser un síndrome propiamente dicho, una entidad psiquiátrica. Kanner también modifica el inicio de este, ya que entiende y argumenta que el autismo comienza a manifestarse en los primeros meses de vida, mientras que el rasgo autista en la esquizofrenia es un producto del deterioro que la enfermedad produce, un encierro en los deseos e ideas, por lo que se desarrolla a medida que se manifiesta y agrava la enfermedad.

Así lo ilustra Kanner en esta frase:

*"En tanto que el esquizofrénico intenta solucionar su problema abandonando un mundo del que había formado parte y con el cual mantenía un contacto, nuestros niños llegan progresivamente al compromiso consistente en el tanteo prudente de un mundo en el cual han sido extraños desde el principio". (Kanner, 1943, en Bettelheim, 1967)*

Otra diferencia que hace Kanner, es centrar al síndrome del autismo en el deterioro afectivo, en el relacionamiento y la construcción de un vínculo afectivo con el otro, mientras que, Bleuler ponía el foco en el desmoronamiento que se produce en el enfermo en la relación con la realidad exterior.

Se evidencia así dos formas de entender el autismo, una como un producto de la enfermedad, llevando al retraimiento hacia la propia persona y otra como una enfermedad mental propiamente dicha.

Fundamental distinción para tener en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial. En lo que refiere a la clínica infantil, algunos niños psicóticos pueden mostrar conductas autistas, como advirtió Mahler, pero no se puede abordar de la misma forma la desorganización psíquica o los problemas en la indiferenciación del niño con la madre, con el repliegue en un universo propio que imposibilita el relacionamiento.

#### **4 - Autismos y Psicosis infantiles**

Ambas patologías han estado entrelazadas a lo largo de su historia. En la actualidad, con el TEA, estaría sucediendo algo similar a lo que ya sucedió en su momento con la utilización del término esquizofrenia infantil, en relación a que, ha abarcado muchos diagnósticos dentro de sí, para luego cambiar hacia el de psicosis infantil con la necesidad de delimitar de mejor manera la patología.

Es en el año 1980 que se publica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición, con la particularidad de agregar el síndrome de Autismo infantil. En su cuarta edición, en 1994, se introduce el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y se diluye dentro de este las psicosis infantiles, desapareciendo como categoría diagnóstica. Para su quinta edición, en el año 2013, cambia a Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Nos encontramos que dicho cambio comienza al afirmarse que el autismo tendría un origen genético, que a decir de Jerusalinsky (2011), esto sería una declaración política, por el hecho de que dicha causa únicamente genética no ha sido encontrada aún.

Estos dos sucesos históricos: el primero acusado por Mahler, en cuanto a que un niño psicótico que manifieste algún grado de mecanismos autísticos, sería diagnosticado como autista, y la situación actual con el TEA, donde dentro del cuadro autista caen otras patologías, lleva a realizar una breve diferenciación, con la intención de evidenciar las particularidades y no caer en simplificaciones.

Tendlarz y Álvarez Bayón (2013) en su libro: “¿Qué es el autismo?” exponen datos sobre una investigación acerca del diagnóstico y tratamiento de niños autistas y psicóticos, llevada a cabo, en Argentina, entre los años 2010 y 2012 por el Departamento de Autismo y Psicosis (DAP) con convocatoria de participantes de la misma DAP y el Instituto Clínico de Buenos Aires (ICdsBS).

Allí muestran que, de una población de 197 niños, aquellos que llegaron diagnosticados como psicóticos, luego del análisis efectuado por el equipo de la investigación mantuvieron dicho diagnóstico. Pero aquellos niños que llegaban con la etiqueta de TGD, luego del análisis clínico, solamente la mitad correspondían al cuadro de las psicosis infantiles.

Estos autores explican que, ambas patologías en niños muy pequeños tienen una forma de presentación similar, lo que puede llevar a confusiones, pero que con el paso del tiempo se logra diferenciarlas claramente.

Se hace necesario cierto trabajo a lo largo de un lapso de tiempo prudente para dilucidar y poder hacer un diagnóstico lo más certero posible (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013). Una vez más vemos la importancia del abordaje y seguimiento terapéutico.

El autismo comienza a manifestarse en los dos primeros años de vida, en algunos

casos incluso desde el nacimiento, mientras que la psicosis se empieza a manifestar luego de un periodo de desarrollo normal hasta los dos años, allí de forma abrupta el niño comienza a perder sus logros en el desarrollo. Este es uno de los mayores indicadores de diagnóstico diferencial, por lo que se hace fundamental la anamnesis e indagar extensamente en los primeros años de vida.

Ambas tienen puntos de inicio en común, como puede ser la llegada de un hermano, el fallecimiento de un familiar, una enfermedad, o, un accidente. Mientras que en el autismo una vez que se instala el cuadro se produce un retroceso y luego una detención total del desarrollo, en cambio, en el niño psicótico también se da un retroceso pero la continuidad es variable, alternando en periodos de estabilidad y regresiones (Tustin, 1994).

El autismo se caracteriza por un repliegue que realiza el niño sobre sí mismo a raíz del corte que se produce con el vínculo con el otro, quedando un “lazo sutil” en palabras de Tendlarz y Álvarez Bayón (2013). Explican que no hay una ausencia total del relacionamiento, sino una forma particular de vincularse de la cual hay que aprender para poder abordarlo.

A decir de Coriat:

*“El autismo se caracteriza por el rechazo al otro, o, como mínimo, por su sostenida y marcada indiferencia. Es éste su rasgo diferencial. Y afirmar tal cosa es lo mismo que decir que, si hay interés en el otro, no se trata de autismo”* (Coriat, 2011).

Se ve afectada la direccionalidad hacia el otro, Tendlarz y Álvarez Bayón (2013) explican que no hay una pérdida de las palabras, si una detención en su uso, pudiendo llegar al mutismo. El niño deja de efectuar demandas al otro, se comporta como si las personas no estuvieran presentes, viven de forma intrusiva la mirada y la voz del otro.

En los casos que no hay mutismo, el lenguaje se ve reducido a pocas palabras, estas se caracterizan por la ausencia de la comunicación, Vasen dice que, en estos casos, las palabras no estructuran, ni simbolizan, sino que defienden, son repetidas una y otra vez, son gritadas (2019) .

En lo que se refiere a la psicosis, esta cuenta con muchas semejanzas a como se presenta la enfermedad en otras etapas de la vida. Se evidencian trastornos en el lenguaje, como la repetición de frases, fijeza en las palabras, literalidad del sentido, uso de palabras sin o con un sentido fijo, fuga de ideas, entre otros. Ascer de Loy (1990) explica que el lenguaje está poblado por símbolos propios del emisor y su experiencia, por lo que se dificulta en lograr comprender lo que dicen.

Tustin (1994) manifiesta que el lenguaje suele ser confuso o monótono y puede haber un arrastre de las palabras al hablar.

Se manifiestan características del automatismo mental, como el eco del pensamiento, la certeza de hablar en voz alta. La fragmentación corporal también se hace presente, en el dibujo y en sueños según Tendlarz y Álvarez Bayón (2013).

En cuanto a las alucinaciones, dichos autores afirman que se presentan principalmente de forma auditiva en el niño psicótico, como injurias o comentarios de actos y se manifiestan en la ideación delirante y en fabulaciones. En cambio, en el autismo, los niños se tapan los oídos y gritan mientras se balancean, entendiéndose que esto podría ser producto de las alucinaciones (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013).

El autismo se caracteriza por el repliegue sobre la misma persona, sin contacto con los otros, mientras que en la psicosis se habla de una desorganización del psiquismo, que se manifiesta en el lenguaje, el juego y el pensamiento (Vasen, 2019). En cuanto a la postura física, estos últimos muestran gestos bizarros, en cambio, el autismo se caracteriza por estereotipias y manierismos (Vasen, 2019)

La postura de entender al autismo como un espectro, ha estirado los márgenes del mismo, desdibujando sus límites, haciéndolo permeable a la caída de otros diagnósticos dentro de sus parámetros.

Ante esto, Coriat explica que:

*“En la clasificación actual, da lo mismo que un niño pequeño con dificultades en el acceso a lo simbólico y con conductas estereotipadas, rechace el contacto con cualquier humano (incluida su madre) o que le sea angustiosamente imposible separarse de ella, o que la relación que establezca con cualquier otro tenga algunos sesgos no convencionales. En la actualización de la nosología oficial, ha perdido claridad en la diferencia entre el autismo y cualquier otro problema grave del desarrollo infantil, en especial los que comprometen la estructuración psíquica” (2011).*

En concordancia con la cita anterior, Ledoux explica, haciendo apoyo en los aportes de Mahler, que en el autismo la madre no es percibida como objeto externo y auxiliar, por lo que se crea un universo personal. Mientras que en la psicosis, los límites del sí mismo están afectados, hay cierta unión con la madre que impide su individuación (1984).

Si bien hay diferencias entre las patologías, en los primeros años de vida puede resultar muy complejo y dificultoso el diagnóstico diferencial, por lo que se evidencia de esta forma la simplificación en la que ha caído el psicodiagnóstico al ampararse únicamente en la observación de comportamientos, desentendiéndose de la etiología de las enfermedades mentales y la comprensión de la historia del sujeto. Los debates sobre las diferencias de los

cuadros quedan eliminados cuando se hace uso de una perspectiva únicamente descriptiva (Sibemberg, 2011).

## **5 - Conclusión**

A lo largo de la exposición del trabajo, se ha estudiado dos posturas ante el sufrimiento psíquico en la infancia, dos formas de comprenderlo: una que remite a la simple observación de lo mórbido que se manifiesta en las conductas, y la otra, que busca comprender la situación en la que se encuentra el niño, a partir de las causas que dan origen al sufrimiento desde una perspectiva dinámica, sin encasillamientos o rótulos.

Se hace evidente, por lo expuesto, que la lógica simplista del diagnóstico ha desvirtuado el campo de la psicopatología. Quizás por una escasa integración de los aspectos dinámicos y analíticos propuestos por el Psicoanálisis (Freud, Klein, Winnicott, entre muchos otros) y por el acentuado interés en el campo de la biología.

Se observa cómo la etiología del sufrimiento mental se ha ido alojando cada vez más en dicho campo, amparándose en la observación de conductas tildadas únicamente de biológicas, divididas del psiquismo.

Se suma a la ecuación el interés de la industria farmacéutica, que fomenta y potencia a la psiquiatría empirista, aportándole “seudo novedades”, como las denomina Infante (2011), son drogas que cuentan con algunos mecanismos de acción desconocidos, transformando al sujeto portador de una historia en un mero consumidor. De esta forma, por medio de procesos de medicalización se reducen cuestiones complejas y multifactoriales solamente a sus factores biológicos. (Fórum sobre medicalización, 2015).

Las categorías diagnósticas y las prácticas medicalizadoras en exceso han llevado al aumento de la lógica simplista de diagnóstico, produciendo una psicopatologización de la sociedad, desdibujando los límites, ya difusos, entre la “normalidad”, “los problemas de la vida” y “los trastornos mentales” (Cova, Rincón, Grandón, Saldivia, Vicente, 2017).

Allen Frances, quien dirigió el DSM-IV, en un artículo publicado en Los Angeles Times, manifiesta: “Aprendí por experiencias dolorosas cómo pequeños cambios en la

definición de trastornos mentales pueden crear enormes consecuencias no deseadas.” (2010)<sup>3</sup>.

Explica que con los cambios realizados a partir de la cuarta edición del DSM en las pautas diagnósticas contribuyeron al surgimiento de la epidemia del Autismo, la Bipolaridad infantil y el Desorden por Déficit Atencional; manifiesta que la red que crearon atrapó a varias personas que podrían haber estado mejor sin no hubieran entrado dentro de las pautas diagnósticas.

La escucha y comprensión de la persona han sido reemplazadas por manuales, drogas y test rígidos que poco aprecian al sujeto y el contexto de su historia. Las psicoterapias, psicoanalítica o no, han sido desplazadas y se vuelven infrecuentes en los tratamientos de niños autistas, los métodos de aprendizaje son considerados como la única forma de abordaje (Maleval, 2017) .

Si bien hay mucho conocimiento acerca del autismo, lo que se sabe no es suficiente. Esto se evidencia en muchas afirmaciones distintas acerca del autismo, dentro del psicoanálisis, como ejemplo: posturas de autores que afirman que está dentro de la estructura psicótica (Lacan, Tustin, Malher, entre otros), u, otros autores que afirman que sería una cuarta estructura psíquica por sí misma (Lefort, Jerusalinsky o Sibemberg).

O, desde una perspectiva biologicista, como lo comprende el DSM, entendiendolo como un espectro de límites borrosos, produciendo que dentro del autismo caiga gran parte de la psicopatología mental infantil.

Esto ha llevado a que niños con diferentes cuadros de sufrimiento sean homogeneizados y sometidos a la medicalización y al entrenamiento de las habilidades sociales (Sibemberg, 2011).

Entre los autores norteamericanos, se encuentran posturas contradictorias. Por un lado, Lord, Petrova, Hus, et al, (2012) postulan que si bien distintos clínicos obtienen puntuaciones similares en los test de muestreo, el diagnóstico que le adjudican a esa puntuación es muy variable y ambigua, concluyendo así que las categorías diagnósticas utilizadas por el DSM-V no son confiables.

En cambio, en la dirección opuesta iría lo aportado por McPartland, Reichow y Volkmar (2012) quienes afirman que solamente el 60% de 1000 personas diagnosticadas con autismo con los criterios del DSM-IV entrarían dentro de la actual clasificación.

Caída que no se refleja en la actualidad, como lo sugieren las cifras expuestas por

---

<sup>3</sup> Traducido de: “I learned from painful experience how small changes in the definition of mental disorders can create huge, unintended consequences”.

el CDC citadas al comienzo de este trabajo, donde para el año 2012 se encontraba que 1 de cada 88 niños era diagnosticado con TEA y para el 2016 era 1 de cada 54 (CDC).

En la reducción de la problemática solamente a lo biológico que falla, adjudicando el autismo a los Trastornos del Neurodesarrollo, se elude la apreciación de los factores sociales, la historia del niño y sus capacidades, tanto psíquicas como biológicas. El organismo se ve separado del sujeto, contando con una autonomía propia (Carbonell y Ruiz, 2013).

El psicoanálisis busca rescatar al sujeto, en relación a esto, Carbonell y Ruiz dice:

*“Causa y efecto, ciencia y autismo; entre cada uno de estos pares el psicoanálisis sitúa al sujeto y trata de sus dificultades con él. Ya sea su origen neurológico, genético o psicosocial, el psicoanálisis se dirige al sujeto y al modo como este se situó frente a la estructuración neurológica, la base genética o el ambiente con el que le tocó vivir. Siempre, en efecto, será posible ubicar esa respuesta del sujeto, por más impedida que esté por su organismo, que restituya la dignidad que habrá perdido si se lo ha reducido a su determinación genética”* (2013. pág 34)

La amplitud que ha producido el DSM con el diagnóstico de TEA, ha llevado a etiquetar con el nombre autista a niños con cuadros muy diversos, encasillandolos. De esta forma se afecta el tratamiento y el pronóstico, viéndose afectado también el estigma social, Coriat dice: “El diagnóstico de autismo no sólo carga con la significación que le ha conferido su historia sino con la que permanentemente actualiza su propia etimología. No es posible modificar el peso de esa significación de decreto.” (2011).

Ponce de Leon (2018) explica que la amplitud planteada con la definición de TEA es de carácter dimensional y no categorial, esta hace foco en la intensidad de los síntomas, desfigurando los límites diagnósticos y etiquetando con el término autismo casos muy diversos, esto con consecuencias de estigma, en el pronóstico y el tratamiento.

La ampliación y el borramiento que ha producido el espectro se refleja en otras patologías, no solo en la psicosis infantil, como se buscó estudiar. Este es el caso del Síndrome de Asperger, que es comprendido dentro del TEA, pero presenta diferencias en relación al autismo, ya que en el Síndrome de Asperger no hay un retraso en el lenguaje o el desarrollo de habilidades propias de la edad, viéndose afectada la interacción social y la capacidad de empatizar pero no al punto de producir un repliegue autista y una imposibilidad en el relacionamiento.

El psicodiagnóstico en la infancia tiene que dejar líneas abiertas de interrogación que serán respondidas por la evolución del niño (Ponce de León, 2018). En concordancia, Vasen advierte de no confundir el “que”, con el “quien”, la enfermedad con la persona (2019). En el

devenir de la historia de un niño, se irán abriendo puertas que dan posibles salidas a nuevos caminos.

Es fundamental realizar un diagnóstico, es necesario identificar que se está enfrentando para saber como abordarlo, pero el diagnóstico debe funcionar a modo de hipótesis. Contar con la cualidad de ir reformulandose y dar cabida al devenir del niño. Rodulfo (2016) explica que es dentro del conflicto entre la clasificación general y la atención de las singularidades que se debe mover el diagnóstico.

Para Rodulfo el objetivo del psicoanálisis no es diagnosticar una psicopatología, y en ocasiones se han confundido (2016). El diagnóstico es el punto de inicio, desde allí se comenzará a abordar las problemáticas que aqueje el niño, es necesario conocer que está pasando en la subjetividad del infante para poder abordarlo.

A la vez que marca un punto de partida, se vuelve un punto de referencia, ya que, una vez comenzado el tratamiento, se puede rever dicho diagnóstico y analizar el proceso transitado. Saber donde se comenzó y en que punto se está es fundamental para saber a donde se puede llegar.

Rodulfo plantea un diagnóstico distinto al limitado a la clasificación, sino uno que apunta a la diferenciación y a la detección de los procesos de estructuración en los que se encuentra el niño, distinguir los mecanismos de defensa psíquicos que está haciendo uso, dejando relegadas las etiquetas clasificatorias. (2016).

Esto va de la mano con los planteos de Jerusalinsky (2011), cuando afirma que un problema es algo a ser descifrado, interpretado y resuelto, mientras que un trastorno es algo que se busca eliminar. Son dos perspectivas distintas, con un mismo objetivo pero de muy distinto método.

Realizar una comprensión psicodinámica del niño, atender a su contexto familiar y social y desde estas particularidades, buscar abordar la problemática e intentar darle una respuesta, va de la mano con el objetivo mismo de la psicología como ciencia y disciplina en su búsqueda de la comprensión del ser humano. Absteniéndose de la simple observación y las generalidades teóricas, que es donde se pierden las particularidades del sujeto, se deja de escuchar lo que este tiene para decir, despojandolo de su propio saber.

El DSM ha ido aumentando la cantidad de posibles trastornos diagnosticables, pero no esto quiere decir que se haya aumentado la investigación a nivel de la psicopatología, como se buscó demostrar, los cambios diagnósticos pueden estar apuntando en otra dirección que no sea para el beneficio de las personas.

## 6 - Bibliografía:

Álvarez, J. M. (2017). Estudios de psicología patológica. Xoroi Edicions..

Ascer de Loy, A. (1990). El lenguaje en el niño psicótico. En M. C. Martínez de Bagattini, Clínica y psicopatología del autismo y la psicosis infantil. (pp. 33-43) 2da. ed. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a ed. Barcelona. Masson

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta ed. España. Editorial Médica Panamericana.

Martínez de Bagattini, M. C. (1990). Clínica y Psicopatología del autismo y la psicosis infantil. 2da. ed. Uruguay. Prensa Médica Latinoamericana. 2001

Bettelheim, B. (1967). La fortaleza vacía: autismo infantil y nacimiento del yo. 1ra ed. Buenos Aires. Paidós. 2012.

Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica su empleo en el diagnóstico y la investigación. En: Temas de psicología: Entrevista y grupos. (pp. 9-38). Buenos Aires. Nueva Visión.

Capnikas, E. (2018) La entrevista de juego. En: Muniz, A. Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico. (pp. 25-31). Montevideo. Comisión sectorial de enseñanza.

Centers of Disease Control and Prevention: (2020). En las comunidades monitoreadas por los CDC se identifica un aumento en la prevalencia del autismo. 30 de marzo de 2020. Recuperado: 14/08/2020. 16:22. Link: [https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p\\_autismo\\_033020.html](https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_autismo_033020.html)

Carbonell, N. y Ruiz, I. (2013). No todo sobre el autismo. edición digital RBA Libros, 2018. Barcelona.

Caretti Giangaspro E, Alcamí Pertejo M. (2007). Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista. Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9: 301-15.

Coriat, E. (2011). Los negros efectos del DSM-IV. En S. Fendrik y A. Jerusalinsky, El libro negro de la psicopatología contemporánea. (pp. 221-233). México: Siglo XXI.

Costa, A. (2011). Clasificación y medida común de goce. En S. Fendrik y A. Jerusalinsky, El libro negro de la psicopatología contemporánea. (pp. 161-190). México: Siglo XXI.

Cova, F. Rincón, P. Grandón, P. Saldivia, S. y Vicente, B (2017). Sobrediagnóstico de trastornos mentales y criterios diagnósticos del DSM: la perspectiva de Jerome Wakefield. Revista Chil Neuro-Psiquiat, 55(3), 186-194.

de Armas, T. (2018). La entrevista con padres. En: Muniz, A. Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico. (pp. 25-31). Montevideo. Comisión sectorial de enseñanza.

Esperanza, G. (2011). Medicalizar la vida. En S. Fendrik y A. Jerusalinsky, El libro negro de la psicopatología contemporánea. (pp. 72-81). México: Siglo XXI.

Fendrik, S. Jerusalinsky, A. (2011). Gotitas y comprimidos para niños sin historia. Una psicopatología posmoderna para la infancia. En S. Fendrik y A. Jerusalinsky, El libro negro de la psicopatología contemporánea. (pp. 311-327). México: Siglo XXI.

Fernández, C. Guerrero, L. (1989). Devolución: síntesis de un proceso. Montevideo. Editorial Roca Viva.

Fischer Bernardino, L. M. (2011). El tema de las psicosis en la infancia, su diagnóstico y tratamiento, frente a la “desaparición” de la nosografía actual. En S. Fendrik y A. Jerusalinsky, El libro negro de la psicopatología contemporánea. (pp. 275-293). México: Siglo XXI.

Fórum sobre medicalização da educação e saúde (2015). Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. Brasília: Setor de Administração Federal Sul (SAF SUL).

Francés, A. (2010). It's not too late to “save normal”. Los Angeles Time, 1 de marzo, 2010, 12 am. Recuperado 3/08/2020. 11:36.

Link:

<https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2010-mar-01-la-oe-frances1-2010mar01-story.html>

Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En: Sigmund Freud Obras completas. (Vol. I. pp. 39-168) 3ra ed. 2008 Buenos Aires. Biblioteca Nueva

Janin, B. (2004). Los padres, el niño y el analista: encuentros y desencuentros. Buenos Aires: U.C.E.S. Recuperado de: [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/204/Los\\_padres\\_e\\_l\\_ni%C3%8Fo\\_y\\_el\\_analista.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/204/Los_padres_e_l_ni%C3%8Fo_y_el_analista.pdf?sequence=1)

Janín, B. (2011). El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva. 1a ed. Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Janín, B. (2019). Infancias y adolescencias patologizadas: la clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad. - 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Jaramillo, L. E. y Muñoz, L. F. (2015). DSM-5 ¿Cambios significativos? Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015; 35 (125), pág 111-121.

Klein, M. (1930). Amor, culpa y reparación y otros trabajos. 1ra ed. México. Paidós. (2008)

- Ledoux, M, H. (1984). *Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile*. 1a ed. 1987. Buenos Aires. Paidós.
- Levin, E. (2019). *Discapacidad: clínica y educación: los niños del otro espejo*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Lord C, Petkova E, Hus V, et al. (2012). A Multisite Study of the Clinical Diagnosis of Different Autism Spectrum Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(3):306–313.  
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.148
- Maleval, J, C. (2017). *El autista y su voz*. 3ra ed. Barcelona. Gredos.
- McPartland, J. C. Reichow, B. Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of Proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. Volumen 51, Número 4 pág 368-386. Abril. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.007>
- Muniz, A. (2002). Psicodiagnóstico, un instrumento vigente. En A. Muniz, *Diagnósticos e intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica*. (pp 12-28) 3ra ed. 2015. Canelones. Psicolibros Waslasa.
- Muniz, A. (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En M, N Míguez, *Patologización de la infancia en Uruguay: aportes críticos en clave interdisciplinar*. (pp 19-28) 1a ed. Buenos Aires. Estudios Sociológicos Editora. ( 2015).
- Ponce de León Leiras, E. (2018). Mitos sobre psicoanálisis y autismo. Eficacia y especificidad de los tratamientos psicoanalíticos de niños con TEA. *Revista Eipea*, N° 5. 2018.
- PRONADIS (2015). Trastornos del Espectro Autista. Recuperado de: [http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/41125/1/librotea\\_final.pdf](http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/41125/1/librotea_final.pdf) .8/8/2020 10:55
- Real Academia Española. (2014). Diagnóstico. En *Diccionario de la lengua española* (23a ed.). Recuperado de: <https://dle.rae.es/diagnóstico?m=form>

- Rodolfo M, P. (2016). Bocetos psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología. 1a ed. Buenos Aires. Paidós.
- Rueda Soler, F. (2015). El autismo: un nuevo nombre de la enfermedad mental en la infancia desde la perspectiva de Jacques Lacan. 2015. Universidad de Deusto.
- Russo, J. y Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM-III. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. IX. núm 3, p. 460-483.
- Sibemberg, N. (2011). Autismo y psicosis: El diagnóstico en debate. En S. Fendrik y A. Jerusalinsky, El libro negro de la psicopatología contemporánea. (pp. 161-173). México: Siglo XXI
- Stavchansky, L. (2016). Autismos y psicosis infantiles: una mirada desde el psicoanálisis. En: Untoiglich, G. Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. (pp. 57-68). Buenos Aires, Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Tabó, J. (2010). Entrevista con y desde la subjetividad actual - un encuentro historizante. En: Delgado, A., Delgado, R., Deutsch, E., Iglesias, N., Levaggi, C., Lopez Bango, N., Martinez Olhagaray, C., ... Valazza, V, (2010) Entrevista devenires en la clínica. Reedición. Montevideo. Editorial Psicolibros.
- Tendlarz, S. (2007). ¿De que sufren los niños?: la psicosis en la infancia. 2da ed, 1a reimp. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Tendlarz, S. y Álvarez Bayón, P. (2013). ¿Qué es el autismo?: Infancia y psicoanálisis. 1a ed. - Buenos Aires. Colección Diva.
- Thomas, M. C. (2014) Genealogía del Autismo. 1a ed. Córdoba. Babel Editorial.
- Tustin, F. (1994). Autismo y psicosis infantiles. Barcelona, España. Paidós.
- Untoiglich, G. (2015). Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. 1a ed. 1a reimp. 2016. Buenos Aires, Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Untoiglich, G. (2019). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Vasen, J. (2019). Autismos, ¿espectro o diversidad? : familias, maestros y profesionales ante el desafío de repensar etiquetas. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Viola, L. Garrido, Varela, A. (2008). Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevidéanos. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 72, N° 1, Agosto, 9-22.

Vorcaro, A. (2011). El efecto Boomerang de la clasificación psicopatológica de la infancia. En S. Fendrik y A. Jerusalinsky, El libro negro de la psicopatología contemporánea. (pp. 294-310). México: Siglo XXI

Wing, L. (1996). El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia. 1ra ed, 1998. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica.