

CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNAS CONSECUENCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

EL DESPLAZAMIENTO DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DEL *DSM-IV* AL *DSM-V*

Gabriel Donzino*

Resumen

El artículo se propone analizar las consecuencias que el diagnóstico de Trastorno del espectro autista (TEA), acarrea sobre los niños y sus familias y los desplazamientos de categorías y criterios diagnósticos del *DSM-4* al *DSM-5*, poniendo en evidencia el cambio de paradigma teórico e ideológico subyacente entre ambos. Rastrea históricamente los fundamentos de los *DSM*, para distinguir luego en tres niveles (el teórico, clínico y técnico), algunas consecuencias del diagnóstico de TEA.

Palabras clave: crítica al diagnóstico de TEA; consecuencias del diagnóstico clasificatorio; espectro autista; sujeto psíquico/sujeto biológico.

CONSIDÉRATIONS SUR CERTAINES CONSÉQUENCES DU DIAGNOSTIC DU TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE. LE DÉPLACEMENT DES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES DU *DSM-IV* AU *DSM-V*

Résumé

L'article propose d'analyser les conséquences que le diagnostic du Trouble du spectre autistique (TSA) produit sur les enfants et leur famille, ainsi que les évolutions dans les catégories et les critères diagnostiques du *DSM-4* et *DSM-5*, mettant en évidence le changement sous-jacent du paradigme théorique et idéologique entre ces derniers. On retrace historiquement les fondements du *DSM*, pour ensuite identifier certaines conséquences du diagnostic du TSA sur trois niveaux (théorique, clinique, et technique).

* Psicólogo Psicoanalista. Profesor Titular en la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de UCES (en convenio con APBA). Secretario Académico de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Adolescentes de UCES. Codirector de LUPAA (Laboratorio UCES sobre Problemáticas Actuales en la Adolescencia). Coautor del libro *Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes* (compilado por Janin, B. y Kahanshy, E., Noveduc, 2009). Compilador y coautor del libro *Culturas adolescentes. Subjetividades, contextos y debates actuales*. Buenos Aires, Noveduc, 2015 y *Problemáticas adolescentes. Intervenciones en la clínica actual*. Buenos Aires, Noveduc, 2017. E-mail: gabdonzi@fibertel.com.ar

Mot-clés: critique au diagnostic du TSA; conséquences de la classification diagnostique; spectre autistique; sujet psychique/sujet biologique.

CONSIDERATIONS ON CERTAIN CONSEQUENCES OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDER. THE SHIFTING OF DIAGNOSIS CATEGORIES FROM *DSM-IV* TO *DSM-V*

Abstract

The article intends to analyze the consequences that the diagnosis of Autistic Spectrum Disorder (ASD) brings upon children and their families, as well as the shifting of diagnosis categories and criteria from *DSM-4* to *DSM-5*, highlighting the underlying theoretical and ideological change of paradigm between the two. We track the historical foundations of the *DSM*, in order to identify in 3 levels (theoretical, clinical, and technical) various consequences of ASD diagnosis.

Key-words: criticism of ASD diagnosis; consequences of the diagnostic classification system; Autistic Spectrum; psychical subject/biological subject.

CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. O DESLOCAMENTO DAS CATEGORIAS DE DIAGNÓSTICO *DSM-IV* PARA *DSM-V*

Resumo

O artigo tem como objetivo analisar as consequências do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), sobre as crianças e seus familiares e os deslocamentos de categorias e critérios diagnósticos do *DSM-4* para o *DSM-5*, destacando a mudança no paradigma teórico e ideológico subjacente entre os dois. Ele historicamente traça os fundamentos dos *DSMs*, e depois distingue em três níveis (teórico, clínico e técnico), algumas consequências do diagnóstico de TEA.

Palavras-chave: críticas ao diagnóstico de TEA; consequências do diagnóstico de classificação; espectro do autismo; sujeito psíquico/sujeito biológico.

Introducción

Cualquier abordaje clínico que se considere terapéutico debe tener criterios diagnósticos claros. Es decir, que la labor clínica no puede sostenerse sin considerar la importancia y la necesidad de un diagnóstico para evaluar la dirección de un tratamiento y la estrategia más adecuada.

El problema clínico, que será nuestro punto de partida para este trabajo, es la recepción -cada vez más frecuente-, de consultas por niños muy pequeños que han sido diagnosticados dentro de la categoría de Trastorno del espectro autista. Diagnóstico realizado por neurólogos, psicólogos, docentes y a veces los propios padres mediante la aplicación de un cuestionario.

Esto nos lleva a situar, como primer momento de este análisis, el escenario teórico e ideológico imperante en la actualidad sobre qué es diagnosticar, cómo y quién lo realiza.

Historizando las categorías de los DSM

Los *Manuales de clasificación de los trastornos mentales (DSM)* surgen como una necesidad para homologar criterios de clasificación y diagnóstico acerca de los trastornos mentales que permitan a los profesionales “Psi” un lenguaje común. La Asociación Americana de Psiquiatría se proponía como prioridad:

[...] *“proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este Manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Hemos intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.*

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. [...] Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública”. (DSM-IV, 1994/95, pág. 15).

El *DSM-I* se publica en 1952 aunando criterios con la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CEI)*.

En cuanto a los fundamentos históricos escriben:

“A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado

en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. Es más, la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico. Debido a que la historia de la clasificación es demasiado extensa para ser resumida aquí, nos ocuparemos únicamente de aquellos aspectos que han conducido directamente al desarrollo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y a las secciones de «Trastornos mentales» en las diversas ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. Podría considerarse como el primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales el registro de la frecuencia de una categoría, «idiocia/locura», en el censo de 1840. En el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, parestia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el Committee on Statistics of The American Psychiatric Association (en aquella época denominado American Medico-Psychological Association —el nombre se cambió en 1921—), junto con la National Commission on Mental Hygiene, diseñó un plan, adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística. La American Psychiatric Association colaboró con la New York Academy of Medicine en la elaboración de una nomenclatura psiquiátrica aceptable para todo el país, para ser publicada en la primera edición de la American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease. Esta nomenclatura fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

Más adelante, el ejército de Estados Unidos confeccionó una nomenclatura mucho más amplia (modificada por la Veterans Administration) para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial (p. ej., trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad). Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la sexta edición de la CIE, que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I). El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con

utilidad clínica. El uso del término «reacción» en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer¹, por la que los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

En parte debido a la poca aceptación de la taxonomía de los trastornos mentales contenida en la CIE-6 y la CIE-7, la OMS patrocinó una revisión de los sistemas diagnósticos que llevó a cabo el psiquiatra británico Stengel. Se puede afirmar que su trabajo ha inspirado muchos de los avances recientes en la metodología diagnóstica: muy especialmente su énfasis en la necesidad de explicitar definiciones como medio para realizar diagnósticos clínicos fiables². Sin embargo, la posterior revisión, que condujo al DSM-II y a la CIE-8, no siguió las recomendaciones de Stengel. El DSM-II fue similar al DSM-I, pero con la desaparición del término «reacción».

Al igual que el DSM-I y el DSM-II, la confección del DSM-III se llevó a cabo junto a la elaboración de la CIE-9 (se publicó en 1975 y se puso en práctica en 1978); su realización empezó en 1974 y su publicación tuvo lugar en 1980. El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas. Este esfuerzo fue facilitado por el extenso trabajo empírico, realizado en aras a la construcción y validación de los criterios diagnósticos y al desarrollo de entrevistas semiestructuradas. La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, ya que su función primordial era establecer categorías con la finalidad de hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referentes a la salud pública. Por el contrario, el DSM-III se confeccionó con el objetivo adicional de proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores. Debido al desencanto producido por la ausencia de especificidad de la CIE-9, se tomó la decisión de llevar a cabo una extensa modificación para su uso en Estados Unidos, convirtiéndose en CIE-9-MC (modificación clínica).

El uso del DSM-III constató una serie de inconsistencias en el sistema y un número de casos en los que los criterios diseñados no eran del todo claros. Por ello, la American Psychiatric Association sugirió a un grupo de trabajo que revisara el DSM-III y realizara las oportunas correcciones y modificaciones, con lo que se obtuvo el DSM-III-R, publicado en 1987". (pág, 16 y 17).

Respecto del uso del *DSM-IV* en la elección del tratamiento consideran:

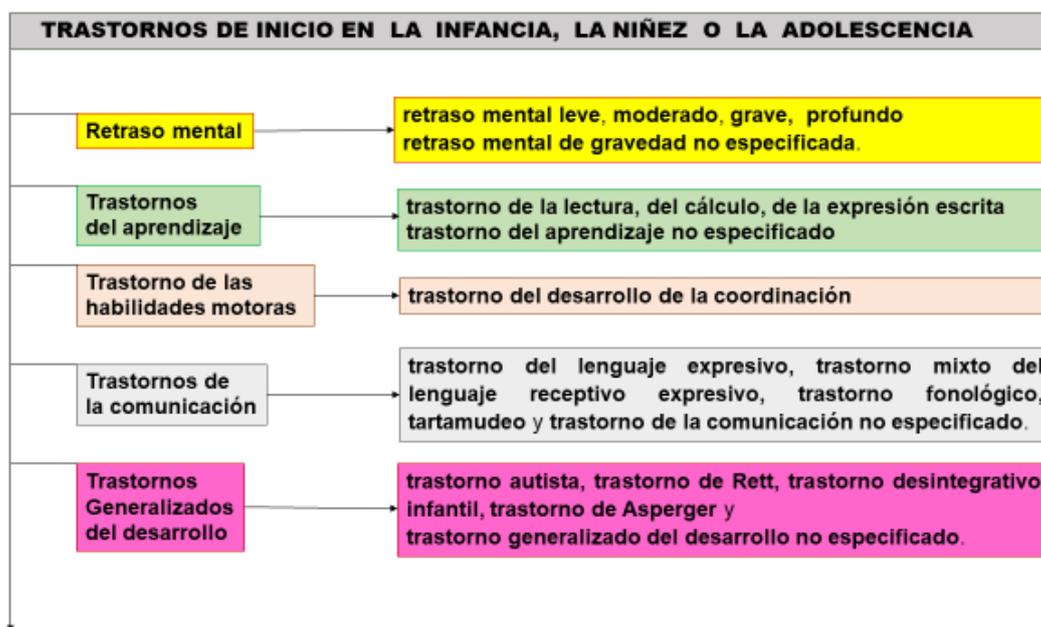
¹ Nota personal: observar la referencia a los criterios e influencias de quienes contribuían a establecer las categorías diagnósticas y la etiología.

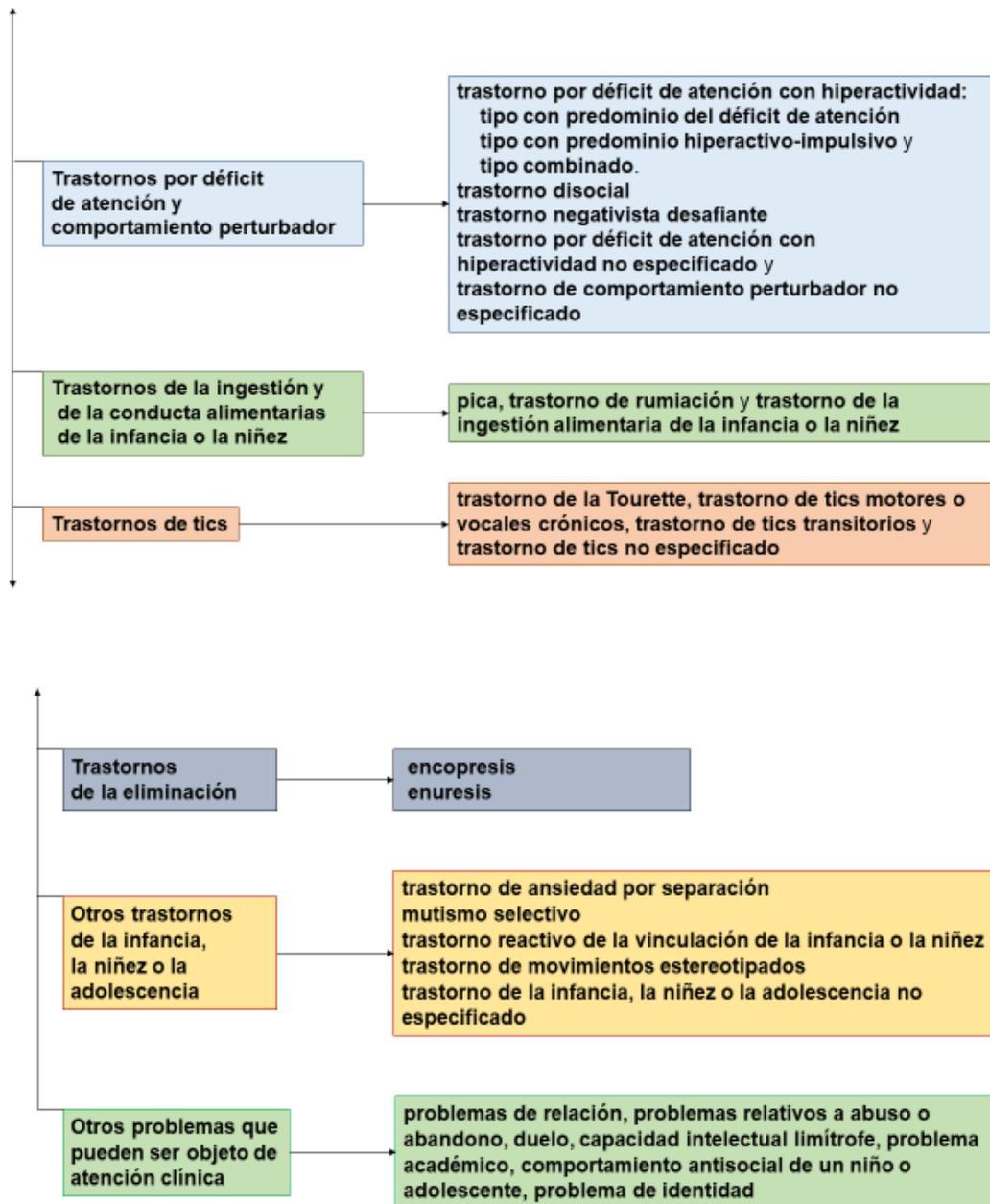
² Nota personal: leer esta oración en relación a la nota precedente.

“Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV.” (pág. 24).

Hasta aquí esta reseña extraída del *Manual* nos permite ubicar las intenciones del mismo, las influencias y los fines que quedan claramente especificados. Lo que puntualizaré a continuación son las categorías diagnósticas que se sostienen en el *DSM-IV* para luego compararlas con las que aparecen en el *DSM-V* y a partir de allí extraer algunas observaciones que nos ilustren el tema de esta comunicación.

Cuadro esquemático de la agrupación de los diagnósticos en el *DSM-IV*





Cuadro esquemático de la agrupación de los diagnósticos en el *DSM-V*

Trastornos del desarrollo neurológico

- Discapacidades intelectuales
- Trastornos de la comunicación
- Trastorno de la comunicación social (pragmático)
- Trastorno de la comunicación no especificado
- **Trastorno del espectro del autismo**
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno específico del aprendizaje
- Trastornos motores
- Trastornos de tics
- Otros trastornos del desarrollo neurológico

Respecto de los criterios de elección de los diagnósticos el *DSM-V* establece:

CRITERIOS

- **A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos (3 ítems)**
- **B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (4 ítems)**
- **C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo**
- **D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas**
- **E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo**
- **Nota:** A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el *DSM-IV* de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo

Los desplazamientos de categorías del *DSM-IV* al *DSM-V*

Si observamos los títulos de ambos capítulos, encontramos en ellos el primer desplazamiento: el nombre del capítulo -que en el *DSM-IV* se delimita como “Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia”-, se cambia en el *DSM-V*

a “Trastornos del desarrollo neurológico”. Esta modificación implica que las afecciones psíquicas pasan a ser del ámbito de lo neurológico. Por lo tanto este desplazamiento de lo “psi” a lo “neuro” ubica a la neurología (y a los neurólogos) como la disciplina concerniente.

Nótese además la diferencia de criterio respecto a la elección de diagnósticos entre el *DSM-IV* y el *V*. En el primero se aclara que *“Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV”*, mientras que en el *V* la suma de ítems es el criterio imperante así como las categorías diferenciales del *DSM-IV* quedan en el *V* subsumidas en una sola entidad: TEA. (Ver la Nota en el cuadro “Criterios”).

De este modo una primera consecuencia es el aplanamiento de las diferencias etiológicas y del diagnóstico diferencial.

Para continuar con el análisis de las consecuencias de estos diagnósticos, establezcamos ahora un punto de acuerdo: el diagnóstico es imprescindible para establecer la dirección de un tratamiento y evaluar la estrategia terapéutica más adecuada. El problema es cómo están pensados ciertos criterios diagnósticos.

Consecuencias del diagnóstico nosográfico en la práctica actual

Ya planteamos al principio que en la clínica actual observamos la frecuencia, cada vez mayor, de consultas por niños muy pequeños (2 ó 3 años) que llegan con diagnóstico de TEA.

Lejos de sostener que se trata de una “nueva epidemia” (Vasen, 2011), creemos que se debe a una infiltración del ámbito de la neurología en la clínica psicológica.

Pero ello no es sin consecuencias. Pasaremos entonces a puntualizar algunas de ellas.

Podremos agrupar tres niveles donde observar las consecuencias del diagnóstico de TEA: problemas teóricos, clínicos y técnicos.

Nivel teórico

Los fundamentos de una práctica:

La clínica psicoanalítica desde sus orígenes se basó en una teoría que daba cuenta de la formación sintomal a la par de la creación de una nueva teoría de la construcción del psiquismo humano. La clínica psicológica infantil subrayó aún más lo imprescindible que es el conocimiento de la estructuración subjetiva para comprender y evaluar tanto el desarrollo normal como el patológico (Anna Freud, 1965; Spitz, 1965; Winnicott, 1965; Lebovici, 1983 y 1989; Stern, 1989, etc.). En los *DSM* no subyace ninguna teoría de la constitución psíquica que enmarque los factores coadyuvantes en el desarrollo anímico en los niños. El interés es clasificatorio. Y una consecuencia es que se aplanan la génesis del armado del psiquismo.

Esto se enlaza con el siguiente ítem.

El diagnóstico por signos:

Una teoría de la formación sintomal se enlaza profundamente con la de la constitución psíquica permitiendo ante **una misma manifestación conductual** (lo observable: ansiedad, letargo, hiperactividad, desconexión, etc.), la distinción de la diversidad de etiologías. El nivel semiológico es condición necesaria ante la evaluación y diagnóstico de una patología pero **no es condición suficiente**. El diagnóstico basado **sólo** en signos no permite una etiología diferencial que es un tema eminentemente teórico.

Los niveles de diagnóstico en la infancia:

A los fines diagnóstico la teoría del psicoanálisis con niños articula el nivel fenomenológico con el nivel de lo intrapsíquico y el de lo intersubjetivo. Aquél repara en los mecanismos psíquicos disponibles y los operadores simbólicos internalizados como parte de una estructura psíquica ya “interna”, mientras que el siguiente estudia el interjuego de subjetividades en el contexto familiar y epocal que influyen en el niño. Los cuadros que distingue el *DSM-V* al planTEAR “espectros diagnósticos”, torna la complejidad en algo general e inespecífico. Es necesaria la distinción de lo singular para los diagnósticos diferenciales e individuales ya que, por ejemplo, no es lo mismo un autismo que otro, autismo que psicosis, que simbiosis, que Asperger, etc., como no es lo mismo esos trastornos graves en una familia que en otra.

Nivel clínico

Teoría y clínica se imbrican una con la otra. Nuestro bagaje teórico organiza nuestro quehacer clínico.

Observamos niños cada vez más pequeños que llegan ya con diagnóstico de TEA, realizado a veces por la escuela (psicólogos o médicos) y basados en conductas desconociendo que una misma conducta puede deberse a causas muy diversas.

Un efecto epocal arrastra a encontrar en Internet criterios de psicopatología. Esto denota cómo las lecturas ideológicas imperantes sobre lo que se considera que es un niño pequeño y qué se espera de ellos, generan respuestas que no se adecuan a su nivel de estructuración psíquica o desarrollo evolutivo. (Por ej.: quejas porque un niño de dos años no comparte los juguetes o no juega en grupo, cuando a esa edad –por su egocentrismo- no es lo esperable; o que deba hablar al año al menos diez palabras, etc., sin tomar en cuenta el tipo de interacción familiar o la cultura de pertenencia, o simplemente que el psiquismo de un niño está en pleno proceso de estructuración).

El impacto de las búsquedas en Internet acerca de algún cuadro, puede producir sobre los padres efectos nocivos ya que los llevan a significar a su hijo en un lugar de enfermedad o anormalidad. Uno de aquellos es el enlace a preexistentes fantasmas parentales inconcientes que se cristalizan en lo que denomino "*significaciones aberrantes*". Las significaciones que los padres donan hacia su descendencia son necesarias y estructurales para la constitución subjetiva (Aulagnier, 1975); pero las significaciones aberrantes cristalizan en el niño un sentido patológico de su ser que coagula cualquier otro posible y toda la relación con él queda sellada por esa significación y no por las necesidades y potencialidades del pequeño. Se confirma la creencia previa de tener un hijo con problemas, taras heredadas, un autista, un loquito, etc.

También puede producirse una ruptura del *proyecto identificador* hacia el hijo (Aulagnier, 1975) en aquellos padres que no pensaban en su hijo como autista, pero les es inyectada una significación inesperada y traumática. (Ante el diagnóstico de autismo dado por el colegio, el padre de un niño de dos años y medio me preguntaba con angustia: ¿llegará a la universidad?).

Otra consecuencia que observamos en la clínica es que las explicaciones circulantes acerca del padecimiento psíquico, al plantear una etiología orgánica, genética o neurológica dejan al niño desgajado de una historia y un linaje. Todo queda explicado por causa del "espectro", (una madre interpretaba el llanto desconsolado de su hijo como "esto es por el Asperger"). Todo resulta ser orgánico y genético, lo que es un retroceso epistemológico a la teoría de la etiología de la "tara nerviosa hereditaria" pre freudiana.

Nivel técnico

Otra consecuencia del diagnóstico de TEA lo observamos en el nivel técnico. La formación en el área específica del psicoanálisis con niños, exige ante la técnica criterios claros pero flexibles. Con los niños y sus familias debemos adaptar nuestros principios técnicos a las singularidades de cada caso poniendo en juego

la creatividad del analista a la par de su coherencia teórico-clínica. Podemos recurrir al juego, al dibujo, a las entrevistas a padres, vinculares, familiares, etc. Vale decir, podemos ser flexibles pero no hacer cualquier cosa.

El diagnóstico es siempre en transferencia, en un determinado contexto y ante cierto malestar o padecimiento.

El *DSM-V* propone técnicamente seleccionar sobre un inventario de ítems, sin tomar en cuenta la especial situación que se produce cuando un sujeto, niño o adulto, debe enfrentarse a su dolor psíquico. Observamos que aquella técnica de diagnóstico está basada en cuestionarios previamente establecidos que pueden ser administrados por psicólogos escolares, maestros o aún los propios padres. Una consecuencia es que los roles se superponen y/o confunden como si un docente fuera un psicólogo o un padre pudiera ser juez y parte del proceso.

El discurso, gestual, corporal o verbal observables en una entrevista, quedan excluidos de lo computable a la hora de diagnosticar.

Como efecto de lo diagnosticado, también son consecuentes las indicaciones terapéuticas. Es lo más frecuentes que lleguen a la consulta niños con un combo de tratamientos (algunos recientes, otros de larga data), que incluyen fonoaudiología, terapia ocupacional o grupal, integración sensorial, psicomotricidad, psicopedagogía, psiquiatría, psicología cognitivo-conductual (ambulatoria y/o domiciliaria), acompañante terapéutico o escolar y maestra especial (obviamente posibles mediante la tramitación del Certificado Único de Discapacidad y pagados por las obras sociales o sistemas prepagos de salud). ¿Cuántas transferencias pueden sostener los niños y sus familias? La vida familiar gira en torno a esos tratamientos y terminan todos agotados, o con un sentimiento de fracaso. Muchas veces tantos profesionales simultáneos evidencian miradas incompatibles o interferentes con la nuestra.

El diálogo con profesionales con perspectivas tan disímiles hace muy difícil compartir criterios clínicos o metas del tratamiento, generando un tironeo sobre la “posesión” del paciente, con las consecuentes alteraciones contratransferenciales.

Algunas viñetas clínicas ilustrativas

Una madre cuyo hijo pequeño ha sido diagnosticado con TEA, concurre a una marcha en reclamo por la sanción de una ley protectora de los niños autistas. Al ver a varios niños afectados por esta dolencia, reconoce que su hijo no tiene ninguna de las características que evidencian los niños presentes. Este impacto la lleva a preguntarse por el diagnóstico de su hijo y puede comenzar a verlo y a pensarlo de un modo distinto. La mirada amorosa materna, sobre la mirada patologizante fue un factor de progreso en este caso.

En contraste, otros padres enarbolan la causa del autismo, erigiéndose en “padres de autistas” y confirmando que sus hijos son autistas porque es un problema genético. Les resulta doloroso poder incorporar en la historización de sus dos hijos la cantidad de traumas y duelos vividos que les limitaron el caudal libidinal necesario en los primeros años de vida de aquéllos. El trabajo en este caso se vio dificultado por las premisas sostenidas (el autismo genético) por el resto del equipo tratante de filiación cognitivo-conductual.

Otra consulta por un pequeño de dos años y ocho meses (con diagnóstico de TEA realizado por su gabinete escolar y confirmado por una Institución de estudios neurocognitivos), puso de manifiesto el fuerte apego que el niño aún mantenía con su madre y que le hacía vivir como peligrosa (o imposible) la separación de ella. El efecto transformador del análisis de este caso fue asombroso al centrarse en el vínculo simbiótico madre-hijo.

Para concluir: las psicosis en la infancia existen en sus diversas presentaciones y modalidades; no es eso lo que entra en la discusión sino los efectos, las

consecuencias que sobre algunos casos producen la aplicación de categorías diagnósticas, como el TEA, de un modo global desconociendo lo histórico, lo singular de cada caso y adjudicando el padecer anímico al campo de lo biológico.

Asistimos a un cambio en el paradigma respecto al lugar del sujeto y del conflicto psíquico. Eva Tabakian escribe:

El peligro mayor es que la psicofarmacología permite a todos los médicos, especialmente a los clínicos, tratar de la misma manera toda clase de afecciones sin que se sepa a qué causas y por lo tanto a qué tratamiento responde. De esta manera, psicosis, neurosis, fobias, depresiones se abordan del mismo modo y ya no importa cuál es la etiología sino sólo el síntoma a tratar. Y del mismo modo en que se igualan los cuadros se igualan los pacientes y se postula otra vez un individuo más que un sujeto, un individuo que no se destaque ni por su padecer ni por sus conflictos con la sociedad ni por la búsqueda de nuevos horizontes.

Este es el individuo que la neurobiología, que el discurso cientificista y la farmacología han propuesto para reemplazar, para "superar" y para oponer al sujeto del inconciente de estirpe freudiana. (En Roudinezco, p. 9).

Sostenemos una ética del análisis con niños. En palabras de Elizabeth Roudinezco (1999). "(...) *para luchar contra las pretensiones oscurantistas que apuntan a reducir el pensamiento a una neurona o confundir el deseo con una secreción química*" (Roudinezco, p.11).

Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Asociación Americana de Psiquiatría. *Actualización de la Codificación del DSM-5. Suplemento del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta edición. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, marzo de 2014. Versión digital: <http://dsm.psychiatryonline.org/DSM5CodingSupplement>

Aulagnier, P. (1975) *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.

del Barrio, Victoria: Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 2009, vol. 30, núm. 2-3 (junio-septiembre) 81-90. Publicacions de la Universitat de València. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión electrónica, 1995. Barcelona: Masson, 1995. (Primera publicación en inglés: 1994).

Freud, A.: (1965) *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós, 1975.

Lebovici, S.: (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.

Lebovici, S.; Weil-Halperin, F.: (1989) *La psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI, 1999.

Roudinezco, E.: (1999) *¿Por qué el Psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós, 2015.

Spitz, R.: (1965) *El primer año de vida del niño*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1985.

Stern, D.: (1989) *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós, 1991.

Vasen, J.: *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc, 2011.

Winnicott, D.: (1965) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 1996.