

Problemas nosológicos y psicodinámicos en el autismo infantil temprano

Leo Kanner (Traducción de Nora Cecilia Carbone^{1*} y Gastón Pablo Piazzese¹)

¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata (UNLP, Argentina)

*Correspondencia: carbonenc@yahoo.com.ar

Recibido: 16 nov. 2022 | 1ra decisión: 30 dic. 2022 | Aceptado: 30 dic. 2022 | Publicado: 18 may. 2023

Resumen

Este artículo apareció por primera vez en 1949 en la revista *American Journal of Orthopsychiatry* con el título de “Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism”. En 1973 se publicó en *Childhood psychosis: initial studies and new insights* (pp. 51-62), editado por V.H. Winston & Sons Inc. en la ciudad de Washington, D.C. La presente traducción al español corresponde a esta última fuente y estuvo a cargo de Nora Carbone y Gastón Piazzè. Los autores de la misma obtuvieron el permiso correspondiente de carácter no exclusivo para esta publicación electrónica por parte de John Wiley & Sons. Copyright © 1973 V. H. Winston & Sons, inc. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: autismo, Kanner, psicogénesis.

Problemas nosológicos e psicodinâmicos no autismo na primeira infância

Resumo: Este artigo apareceu pela primeira vez em 1949 no *American Journal of Orthopsychiatry* sob o título “Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism”. Em 1973 foi publicado em *Childhood psychosis: initial studies and new insights* (pp. 51-62), editado por V. H. Winston & Sons Inc. na cidade de Washington, D. C. A presente tradução para o espanhol corresponde a esta última fonte e foi realizada por Nora Carbone e Gastón Piazzè. Os autores dela obtiveram a permissão não exclusiva correspondente para esta publicação eletrônica da John Wiley & Sons. Copyright © 1973 V. H. Winston & Sons Inc. Todos os direitos reservados.

Palavras-chave: autismo, Kanner, psicogênese.

Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism

Abstract: This article first appeared in 1949 in the *American Journal of Orthopsychiatry* under the title “Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism”. In 1973 it was published in *Childhood psychosis: initial studies and new insights* (pp. 51-62), edited by V. H. Winston & Sons in the city of Washington D.C. The present translation into Spanish corresponds to the latter source, and was carried out by Nora Carbone and Gastón Piazzè. They obtained the corresponding non-exclusive permission for this electronic publication from Wiley & Sons.

Copyright © 1973 by V. H. Winston & Sons, Inc. All rights reserved.

Keywords: autism, Kanner, psychogenesis.

En 1943, bajo el título *Perturbaciones autísticas del contacto afectivo*, publiqué 11 casos de psicosis infantiles detectadas ya en los dos primeros años de vida. Desde entonces, he visto más de 50 niños con tales peculiaridades, y la información sobre muchos otros me ha llegado de psiquiatras y pediatras de este país y del exterior. A fin de satisfacer la necesidad de contar con una identificación terminológica de esta condición, he llegado a referirme a ella como “autismo infantil temprano”.

En resumen, los rasgos característicos consisten en un profundo retraimiento del contacto con las personas, un deseo obsesivo por la preservación de la invariabilidad de las cosas, un manejo diestro e incluso afectuoso con los objetos, la conservación de una fisonomía inteligente y pensativa, además de mutismo o un tipo de lenguaje que no parece destinado a servir al propósito de la comunicación interpersonal. Un análisis de este lenguaje reveló una peculiar inversión pronominal, neologismos, metáforas y comentarios aparentemente irrelevantes que cobraron sentido en la medida en que pudieran rastrearse sus vínculos con experiencias pasadas del paciente y sus implicaciones emocionales.

El síndrome de autismo infantil temprano está bastante bien establecido en la actualidad y es comúnmente aceptado como un patrón psicopatológico. En la mayoría de los casos, la combinación de síntomas garantiza una formulación diagnóstica inequívoca. Tras el primer impacto por el síndrome, mi primer interés apuntó a su observación y a su descripción.

En los albores de la psiquiatría científica bastaba con la delimitación de un síndrome comportamental patológico. Se extraía cierto tipo de mosaico de síntomas del terreno de la vaguedad diagnóstica y se le daba un nombre específico, que era considerado como la designación de una entidad mórbida. Esto ocurrió, por ejemplo, con la hebefrenia de Hecker y con la catatonía de Kahlbaum.

Hoy en día, el estudio de un patrón psicótico impone dos obligaciones principales. Kraepelin introdujo una de ellas al enfatizar la necesidad de establecer semejanzas y diferencias entre los cuadros clínicos. Fue capaz de encontrar un común denominador para la hebefrenia, la catatonía y otros fenómenos aparentemente heterogéneos.

Ahora que el autismo infantil temprano tiene una sintomatología bien definida y que el síndrome como tal puede ser reconocido con relativa facilidad, está listo para solicitar un lugar en la nosología psiquiátrica. Al aceptar esta solicitud, estoy menos interesado en la cuestión terminológica que en la naturaleza intrínseca de esta condición y en sus eventuales relaciones con la naturaleza intrínseca de otras condiciones.

Experiencias recientes con la enfermedad de Heller han puesto de relieve la importancia de esta necesidad. La enfermedad de Heller o *dementia infantilis*, fue descrita por primera vez en 1908. Un niño se desarrolla con normalidad por un período de dos años aproximadamente, luego pierde la habilidad de hablar, ya no tiene interés en sus juguetes, y se deteriora rápidamente al extremo de la idiocia. Habitualmente se asignaba a la enfermedad de Heller un lugar entre las formas de la esquizofrenia infantil. En Italia, Corberi hizo una biopsia de tejido cortical en dos casos y encontró áreas extendidas de degeneración de las células ganglionares y disminución de los procesos celulares. Esto fue completamente corroborado en dos

casos de mi propia observación. Por consiguiente, es apropiado separar la enfermedad de Heller de la esquizofrenia y alinearla con los trastornos degenerativos orgánicos afines al grupo de la enfermedad de Tay-Sachs.

El autismo infantil temprano no presenta ninguna semejanza con la enfermedad de Heller ni con ninguna otra condición orgánica. La enfermedad de Heller tiene un comienzo definido: el observador tiene la impresión de que el niño se siente y está enfermo. De hecho, Zappert incluía este malestar inicial, o *Krankheitsgefühl*, entre los rasgos esenciales de la enfermedad de Heller; el mismo fue reportado en los pocos casos que tuve la oportunidad de estudiar y era una de las pautas para el diagnóstico. Nuestros niños autistas no atraviesan tal estadio prodrómico. Es verdad que no he considerado una biopsia de tejido cerebral en ninguno de los pacientes autísticos. Ni los hallazgos neurológicos clínicos, ni los electroencefalogramas, ni el desarrollo subsiguiente parecen justificar dicho procedimiento. Incluso aquellos pacientes cuyo retraimiento llega a la idiocia funcional o la imbecilidad muestran oasis residuales de actividad mental planificada —especialmente en su comportamiento con los rompecabezas y juegos de encastre— que deberían disuadirnos de pensar en un proceso degenerativo orgánico.

Algunos autores han sugerido que el autismo infantil temprano es básicamente un fenómeno afásico relacionado con la llamada sordera verbal congénita. Esta presunción puede ser entendida si se tiene en cuenta el mutismo de muchos de los niños y la falta de respuesta de todos los pacientes a los actos comunicativos verbales. Pero la semejanza se detiene en ese punto. Por supuesto, es lícito imaginar que los niños afásicos, aislados del contacto lingüístico con el entorno, puedan encontrar dificultades para conectarse también en otros aspectos. He visto niños con sordera verbal que eran tímidos, aprehensivos, carentes de espontaneidad, patéticamente desconcertados e inseguros. Pero todos ellos respondían inmediatamente a los gestos, eran muy sensibles a las fisonomías y tenían una particular relación con sus madres, en su mayoría de férrea dependencia. Ninguno mostró el aislamiento, la obsesividad ni la fragmentación de intereses típicos del autismo infantil temprano. Ciertamente, hay muchos niños autistas con un vocabulario sorprendentemente amplio; uno de mis pacientes, traído de Sudáfrica, podía hablar inglés, francés y afrikaans. Incluso algunos de los niños mudos han sorprendido a sus padres al pronunciar oraciones bien formadas en situaciones de emergencia. Un niño de 5 años de edad, a quien jamás se lo había oído pronunciar una sola palabra en toda su vida, se sintió muy incómodo cuando la cáscara de una ciruela se le adhirió al paladar. Exclamó con claridad, “¡Quita esto de allí!” y luego recobró su mutismo. Otro niño mudo, de 4 años de edad, se molestó por el contacto físico al ser examinado en el consultorio pediátrico. Gritó “¡Quiero ir a casa!” Un año después, internado en un hospital por una bronquitis, se lo escuchó decir “¡Quiero regresar!”. Estos y otros ejemplos son prueba convincente de que incluso los niños autistas mudos no sufren de afasia sensorial ni motora. Aquellos que eventualmente comienzan a hablar aportan evidencia de que, durante el período silencioso, acumularon una reserva considerable de material lingüístico disponible con facilidad.

El extremo aislamiento emocional con respecto a los demás, que es la característica más importante del autismo infantil temprano, es tan parecido al retraimiento

esquizofrénico que los vínculos entre ambas condiciones merecen una consideración seria. Mis primeras observaciones me impactaron dadas las diferencias con las experiencias corrientes y el concepto de esquizofrenia infantil. El segundo de los nueve criterios presentados por Bradley como resultado de su revisión de la literatura postulaba: “el trastorno mental [de estos niños] debe haber aparecido sin una causa conocida u obvia luego de un período de vida anterior en el que estaban comparativamente libres de trastorno mental”. Este criterio no puede aplicarse al autismo infantil temprano. El trastorno, aunque por lo común es juzgado al principio erróneamente, es evidente ya en el segundo año de vida. Estos niños parecen inusualmente apáticos, no reaccionan al acercamiento de las personas, fracasan en la asunción de la postura anticipatoria que prepara al hecho de ser alzado y, cuando son alzados, no ajustan su postura a la persona que los carga. Se alejan de todo lo que los invade en su aislamiento: de las personas, de los ruidos, de los objetos que se mueven e, incluso, a menudo rehúsan la comida que se les ofrece. Parecen estar más felices cuando se los deja solos. La falta persistente de respuesta alimenta dudas sobre su capacidad auditiva. Cuando se vuelve obvio que la audición como tal no está comprometida, el bajo rendimiento en las pruebas lleva a pensar en una debilidad mental innata. Esta sucesión de un primer diagnóstico de sordera y un segundo diagnóstico de deficiencia mental es casi una constante en la anamnesis de los casos de niños autistas. Ella indica que ya tempranamente los padres han reconocido en su hijo una perturbación de las relaciones. No hay período en el desarrollo del niño en el que haya habido una adaptación comparativamente normal.

Ante este modo de inicio del cuadro clínico, surge la pregunta: ¿debemos asumir que el autismo infantil temprano representa un síndrome sin ninguna relación con los patrones psicopatológicos conocidos hasta ahora, o está justificado que correlacionemos los rasgos esenciales del síndrome con aquellos de la condición que más se le parece, es decir, la esquizofrenia?

Tras la publicación de mi primer informe, recibí una carta muy reflexiva de la Dra. Louise Despert. Me gustaría citarla. Escribió:

Si, dejando de lado la cuestión etiológica, estamos de acuerdo en la definición descriptiva de la esquizofrenia como un retiro del afecto de la realidad, entonces, ¿dónde vamos a trazar la línea divisoria?, ¿en la adolescencia?, ¿durante los años de la preadolescencia?, ¿durante la niñez?, ¿en los años de la primera infancia? Obviamente, los síntomas que son una expresión del retiro del afecto pueden variar según la edad, de acuerdo con el nivel de desarrollo y la estructura de la personalidad. No puede ser accidental que los mismos síntomas descritos por usted tengan una similitud palabra por palabra con los síntomas que yo he descrito, por ejemplo, en relación con los signos y con la función del lenguaje, el temor a los ruidos, los actos compulsivos, la necesidad de que las cosas no cambien, etc.

En una carta posterior, igualmente reflexiva, la Dra. Despert afirmaba:

Ciertamente, usted ha definido con claridad y concisión una entidad clínica que desconcertó a muchos observadores. [Su artículo] contribuirá en gran medida a clarificar y ordenar la masa confusa de enfermedades mentales de

los años más tempranos de la vida. Si las semejanzas con la esquizofrenia infantil previamente descrita existen o no, eso debería ser resuelto con posterioridad por estudios adicionales.

Los nuevos estudios han suscitado las consideraciones siguientes:

1. El autismo infantil temprano es un síndrome bien definido, fácilmente reconocible en el transcurso de los dos primeros años de vida del paciente por un observador experimentado.
2. La naturaleza básica de sus manifestaciones está tan íntimamente relacionada con la naturaleza básica de la esquizofrenia infantil al punto de ser indistinguibles, en especial en los casos de inicio insidioso comentados por Sukhareva, Grebelskaya-Albatz y Despert.
3. Sin embargo, difícilmente pueda hablarse de un inicio insidioso en el autismo infantil temprano, a excepción tal vez del primer semestre de vida. Para ese momento o un poco más tarde, el retraimiento, el desapego, la incapacidad para relacionarse con las personas ya son hechos consumados. Lo que puede haber es un reconocimiento tardío por parte del observador de lo que implican los comportamientos del niño, pero la condición como tal ya está allí incuestionablemente.
4. El autismo infantil temprano puede entonces ser considerado posiblemente como la manifestación más temprana de esquizofrenia infantil. Como tal, por la edad al momento del retraimiento, es un cuadro clínico con características propias, tanto al inicio como en el curso del desarrollo posterior. He intentado hacer justicia a esto incluyendo la discusión sobre el autismo infantil en el capítulo dedicado a la esquizofrenia de la edición revisada de mi manual de psiquiatría infantil (publicado en 1948), al mismo tiempo en que reconocí sus rasgos especiales al abordarlo en un apartado con un subtítulo especial.
5. No creo probable que, en el futuro, el autismo infantil temprano tenga que ser separado de las esquizofrenias, como sucedió con la enfermedad de Heller o el de muchos casos de la denominada *dementia praecocissima* de De Sanctis.
6. Por lo tanto, desde el punto de vista nosológico, la gran importancia del grupo que he denominado autismo infantil temprano, reside en que corrobora la impresión de que, comparativamente, el desarrollo de la esquizofrenia debe ser precedido por un período de adaptación normal. Más aún, este grupo atestigua que el retraimiento esquizofrénico puede comenzar y comienza ya en la primera infancia. También confirma las observaciones más recientes llevadas a cabo por muchos autores según las cuales la esquizofrenia infantil no es tan rara como se pensaba hace sólo veinte años atrás.

Estos puntos deberían tomar en consideración el primero de los dos postulados relativos al síndrome psicopatológico, es decir, su ubicación nosológica. El segundo postulado exige una orientación etiológica.

Ninguno de los 55 pacientes estudiados tuvo en su infancia enfermedad o lesión física a las que pudiera atribuirse el cuadro clínico. Solo uno comenzó a presentar convulsiones a los 4 años de edad, asociadas a un electroencefalograma anormal.

Todos los demás se mantuvieron saludables desde el punto de vista físico, excepto por resfríos, enfermedades infecto-contagiosas infantiles y dolencias menores. No se detectó nada que pudiera ser interpretado como índice de una encefalitis o de alguna otra enfermedad cerebral. La función endocrina estaba indemne. No había ninguna anormalidad física congénita. En conjunto, eran niños bien formados, bien desarrollados, bastante esbeltos y bien parecidos. La ausencia de alergias, asma, urticarias y erupciones cutáneas eccematosas puede ser casual, pero es digna de mención.

La búsqueda del componente hereditario en las esquizofrenias es habitual. Tal investigación sobre los antecedentes familiares de los niños autistas es enteramente infructuosa si uno limita la pesquisa a los parientes abiertamente psicóticos u hospitalizados. Es realmente notable que, con excepción de la tía paterna de uno de los niños, no haya historia familiar de psicosis, o al menos de un trastorno mental significativo, en ninguno de los ascendientes de estos niños. No hay ningún caso de esquizofrenia, de psicosis maníaco-depresiva o, incluso, de psicosis senil entre los padres, abuelos, tíos y tías de los niños autistas.

Es aún más remarcable que casi todos los parientes adultos han sido bastante exitosos en las carreras que eligieron. Los padres son científicos, profesores universitarios, artistas, clérigos, ejecutivos de negocios; hay algunos psicólogos y psiquiatras entre ellos. Muchos de los padres, abuelos y tíos están registrados en las compilaciones del *Quién es quién* o en *Hombres americanos de ciencia*. A excepción de cinco, el resto de las madres de los 55 niños asistió a la universidad. Salvo una, todas tuvieron actividad laboral antes del matrimonio —y algunas también después—, como científicas, técnicas de laboratorio, enfermeras, médicas, bibliotecarias o artistas. Una de las madres que no tenía título universitario era una agente teatral muy conocida y con mucho trabajo en la ciudad de Nueva York. Una que tenía un doctorado colaboraba en la publicación de un diccionario inglés de la Edad Media. Otra aseveró:

Me especialicé en zoología y podría haberme especializado en música. Toco el órgano, el piano y el chelo. Quería ser doctora, pero mi familia carecía de los recursos necesarios. Lo he lamentado a menudo. Enseñé en una escuela durante dos años, luego trabajé en un laboratorio endocrinológico.

Mi búsqueda de niños autistas con padres menos sofisticados no ha tenido éxito hasta la fecha. Este hecho asombroso ha suscitado curiosidad sobre las personalidades de los padres, sus actitudes y el comportamiento resultante hacia los pacientes, así como sobre la posible relación entre estos factores y la presencia y estructura de las manifestaciones psicopatológicas de los niños. Es cierto que el intento de presentar una caracterización sintética de cualquier grupo de individuos es una empresa riesgosa. Siempre habrá variaciones y fluctuaciones al interior del grupo, y, en agudo contraste, una persona u otra quedará fuera, a tal punto que la aplicación uniforme de cualquier aseveración general se verá comprometida. Esta ha sido siempre la pesadilla de muchos abordajes estadísticos en la evaluación de los rasgos de personalidad.

Sin embargo, aparte del nivel de inteligencia indiscutiblemente alto, la vasta mayoría de los padres de los niños autistas tienen rasgos en común que sería

imposible soslayar. Los notorios atributos pueden ser sintetizados del modo siguiente:

Uno se sorprende una y otra vez por lo que yo llamaría una mecanización de las relaciones humanas. La mayoría de los padres declaran rotundamente no sentirse cómodos en compañía de las demás personas; prefieren leer, escribir, pintar, componer música, o solo “pensar”. Aquellos que se dicen sociables tienden a matizar esto diciendo que no son buenos para las conversaciones banales. Son, en general, personas corteses y dignas, respetuosas de todo lo que sea “serio” y que desprecian todo aquello que indique frivolidad.

Se describen a sí mismos y a sus cónyuges como no demostrativos. Esta caracterización y todo lo que ella implica no es ofrecida a modo de disculpa por el progenitor en lo que atañe a él o a ella, ni es una crítica en ningún sentido cuando se refiere a su pareja. A menudo los padres de otros niños traídos a la consulta por problemas emocionales se quejan con cierta amargura de la falta de demostración de afecto del esposo o de la esposa. A los padres de los niños autistas no parece importarles. La vida matrimonial es un asunto bastante frío y formal. No hay atisbos de romance en el cortejo premarital, ni de impetuosidad en los primeros tiempos de casados. Por otra parte, no hay grandes animosidades. Ha habido solo una separación o divorcio en las 55 parejas. Los padres se tratan entre sí con un respeto impecable, hablan las cosas con calma y seriedad, y dan la impresión de una mutua lealtad. Hasta donde se pudo precisar, no hay relaciones sexuales extramaritales. Un padre, que cedió a los atractivos de una actriz *amateur*, tras un gran trabajo de persuasión por parte de esta última, de repente se encontró sexualmente impotente; volvió a su casa, le contó a su esposa, y fue ella quien, sin rencor, me pidió consejo mediante una llamada de larga distancia.

Para apreciarlo en su justa medida, el comportamiento de los padres hacia los niños debe ser observado cuidadosamente. A menudo, la falta de afecto genuino por parte de la madre es notoria en la primera visita a la clínica. Mientras suben las escaleras, el niño se arrastra tristemente detrás de su madre, quien no se molesta en mirar atrás. La madre acepta la invitación a quedarse en la sala de espera mientras que el niño se sienta, se queda parado o deambula a cierta distancia. Ninguno hace un movimiento hacia el otro. Más tarde, en el consultorio, cuando se le pide a la madre con algún pretexto que cargue al niño en su regazo, por lo común lo hace de un modo obediente y artificial, manteniendo al niño derecho y usando sus brazos únicamente para el propósito mecánico de mantenerlo en su posición. Sólo he visto a una madre de un niño autista abrazarlo afectuosamente y acercar su rostro al de él. Un tiempo atrás fui a ver a un niño autista, hijo de un abogado brillante. Pasé una tarde con la familia. Donald, el paciente, se sentó junto a su madre en el sofá. Ella se alejó de él como si no tolerase la proximidad física. Cuando Donald se le acercó un poco más, finalmente su madre le dijo con frialdad que fuera a sentarse en una silla.

Muchos de estos padres apenas conocen a sus hijos autistas. Son exteriormente amistosos, amonestan, enseñan, observan “objetivamente”, pero rara vez descienden del pedestal de seria adultez para disfrutar del juego infantil. Un padre, cirujano competente y muy ocupado, tenía tres hijos. La primera era una niña dócil, sumisa y no daba motivo de preocupación a sus padres. El segundo, un varón, era

muy inseguro y tartamudeaba mucho. El tercero, George, era un niño autista típico, extremadamente aislado. El padre, quien en una ocasión me dijo orgulloso que nunca perdía tiempo hablando con los familiares de sus pacientes, no veía que nada anduviera mal en George; sostenía que “sólo era más lento” y que, con el tiempo, superaría su retraso. Dado que nada parecía conmover la sonriente impassibilidad de este hombre, intenté despertar su enojo preguntándole si podría reconocer a cualquiera de sus hijos si se los cruzaba en una calle transitada. Lejos de estar molesto, pensó durante un rato y contestó, igualmente impassible, que no estaba seguro de poder hacerlo. Esta aparente objetividad sin emociones, aplicada a sí mismo y a los demás, es una expresión frecuente de la mecanización de las relaciones humanas en los casos de padres de autistas.

El vacío que deja la ausencia de un interés empático en las personas es ocupado por una devoción hacia la responsabilidad. La mayoría de los padres son, en cierto sentido, bígamos. Están casados con sus trabajos casi tanto como lo están con sus esposas. De hecho, el trabajo tiene prioridad. Muchos padres hacen recordar la imagen popular del profesor distraído, tan absorto en elevadas abstracciones que no deja lugar para los detalles menores de la vida diaria. Gran parte de los padres y la mayoría de las madres son perfeccionistas. El apego obsesivo a las reglas establecidas funciona como un sustituto del disfrute de la vida. Estas personas, ellas mismas criadas severamente en refrigeradores emocionales, encontraron a muy temprana edad que sólo podían ganar la aprobación del entorno si se rendían a los estándares de perfección. Es interesante el hecho de que, a pesar de su alto nivel de inteligencia, ninguno de los padres había demostrado habilidades creativas genuinas. Son buenos maestros, en el sentido de que pueden transmitir lo que han aprendido. Son esencialmente tradicionales repetidores de lo que se les ha enseñado. Esto no es totalmente cierto en el caso de los abuelos, algunos de los cuales habían establecido negocios florecientes, expuesto teorías originales o producido ficciones u obras de arte bastante exitosas. Un abuelo, cuya autobiografía recientemente publicada testimoniaba una rara versatilidad, había sido en diversos momentos de su vida médico misionero, profesor de medicina tropical, decano de una gran escuela de medicina, curador de un museo de arte, ingeniero en minas de manganeso, novelista, pintor que exhibía en París, representante de una firma de máquinas de coser y —si esto pudiese ser considerado también un logro— virtualmente un donjuán. Uno de sus hijos es un novelista muy leído, otro, autor de historias de aventuras y de horror y un tercero, comentarista radial de noticias. Su hija es cantante. El padre de nuestro paciente, el segundo de cinco hijos, es fitopatólogo, un científico concienzudo y confiable.

La obsesividad de los padres de los niños autistas fue una verdadera bendición para mí en lo que atañe a la anamnesis de los casos. Pocos niños han sido observados por sus padres con una precisión tan minuciosa. Hasta el mínimo detalle del desarrollo, de los dichos y de las actividades del niño había sido registrado en voluminosos diarios o era recordado de memoria. Los padres recordaban el número preciso de rimas infantiles que el niño podía recitar, o el peso exacto de su hijo en distintos períodos. Incluso el cirujano que no estaba seguro de poder reconocer a sus hijos si se topaba con ellos en la calle podía dar puntual y correctamente todos los datos concernientes al desarrollo del paciente.

Pero la misma obsesividad era una contribución central a la relación impersonal, mecanizada con los niños. Los padres, aparentemente incapaces de disfrutar de ellos tal como eran, se esforzaban por convertirlos en niños dóciles, buenos, tranquilos, que comieran bien, que controlaran esfínteres lo más tempranamente posible, que tuvieran un gran vocabulario y logaran hazañas memorísticas. Un padre tenía la ambición de que su hijo caminase solo a la edad de tres meses; sostenía parado al bebé y movía sus piernas hacia delante. Otro le dio la *Enciclopedia Compton* a su hijo de tres años y notó con orgullo que mientras que el niño se iba aislando progresivamente del contacto con las personas, podía identificar todas las imágenes del libro por su nombre.

El niño es esencialmente el objeto de un experimento interesante y puede ser dejado de lado cuando no es necesario para ese propósito. Mientras que en la mayoría de los casos los padres justificaban su conducta sobre la base de alguna forma de racionalización, una pareja llevó a cabo con su hija un experimento de manera consciente y deliberada. El padre era gerente de una empresa, de él su esposa dijo: “es la mejor persona que pueda encontrarse; solo se interesa en el trabajo”. La madre era enfermera diplomada. Cuando tuvieron dos hijos, un varón y una mujer, sintieron que habían hecho lo que debían por la sociedad y la posteridad. Un tercer embarazo “accidental” llegó para gran molestia de la pareja. El pensamiento fugaz de la madre de inducirse un aborto fue contrarrestado por la firme determinación de criar “una niña perfecta”. Ella decidió esto y, para alcanzar su objetivo, dejaría a Patricia sola, sin más atención que la considerada necesaria para una alimentación e higiene reguladas de manera obsesiva. La bebé pareció premiarla completamente. Tras unas primeras semanas de intenso charloteo, lloró muy poco, no dio más problemas, tomaba su mamadera mecánicamente y se sometía con pasividad a la manipulación. No mostraba una reacción anticipatoria al hecho de ser alzada (algo que sucedía muy rara vez). Los padres advirtieron que algo no andaba bien al regresar de un viaje que los tuvo fuera de casa durante varios días cuando la niña tenía 13 meses de edad. Al acercarse, Patricia no los miró y, cuando la tocaron, estaba “rígida e indiferente”. Cuando la vimos en nuestra clínica, a los 5 años y medio de edad, estaba extremadamente aislada, tenía una memoria fenomenal para los nombres, “era maravillosa con los bloques”, obsesiva, y podía, según refirió su madre, identificar diez de los cincuenta discos que tenía su padre. Ellos ponían un disco en la vitrola y la niña decía: “Scheherezade-Rimsky-Korsakoff”. No usaba el lenguaje con el propósito de la comunicación. Había una inversión pronominal típica. Los padres concluyeron de mala gana que su experimento no había funcionado.

Puede decirse que solo algunos de los niños fueron rechazados, en el sentido en que este término se entiende comúnmente. En su mayoría, no habían sido niños buscados: el embarazo como tal no era bienvenido. Tener hijos era una parte aceptada de la concepción parental del matrimonio. No se tomaban precauciones anticonceptivas y no había siquiera una idea fugaz de abortar. Los hijos eran, tal como suele decirse, “planeados y buscados”. Sin embargo, los padres no parecían saber qué hacer con ellos cuando los tenían. Carecían de la calidez que los niños necesitaban. Estos no parecían encajar en su esquema de vida establecido. Las madres se sentían obligadas a cumplir al pie de la letra las reglas y las regulaciones que les habían dado sus obstetras y los pediatras. Estaban ansiosas por hacer un

buen trabajo, pero a la manera de la atención mecanizada que brinda un empleado de estación de servicio demasiado puntilloso.

Una madre de Nueva Inglaterra, hija única de un ministro metodista, que había estudiado psicología infantil y se había especializado en inglés y en música, daba clases en una escuela antes de casarse, pero estaba disconforme porque era un establecimiento progresista y ella era una firme creyente en la disciplina. Compartía con el difunto George Apley¹ un interés por los “pájaros”. Nunca había tenido un pájaro en sus manos. Ella hacía “recorridos” y tomaba notas, refiriéndose a sus excursiones como “viajes de observación”, ordenadas por número y por fecha. Se casó con un químico graduado en Harvard quien, con una blanda sonrisa, se describía como introvertido. Decidieron que lo más apropiado era tener un hijo. La madre dijo en la clínica: “Sentí que era mi deber tener un hijo, y planificamos tenerlo. No me gustan mucho los niños, me molesta cuando lloran; quizás tenga cortado un nervio simpático. Estoy más interesada en mis pájaros que en las personas”. La llegada del niño redujo el número de sus excursiones ornitológicas y debido a ello “sintió resentimiento” hacia él, aunque agregó: “por supuesto, siempre me agrada verlo cuando vuelvo de mis viajes”. Satisfizo minuciosamente las necesidades materiales del bebé y se hizo cargo del resto leyéndole libros con historias de aves. Cuando lo vi en la clínica a sus 2 años y medio, el niño era indiferente respecto de las personas, pero manejaba los bloques con habilidad, era asombrosamente diestro en hacer girar objetos y repetitivo en sus actividades. Parecía feliz y meditabundo cuando se lo dejaba a solas, pero se molestaba mucho cuando se hacía el más mínimo intento de interferir con su privacidad.

Me he extendido un poco sobre las personalidades, las actitudes y el comportamiento de los padres porque parecería arrojar una luz considerable sobre la dinámica de la condición psicopatológica de sus hijos. Muchos de los pacientes habían sido expuestos desde el comienzo a la frialdad y a la obsesividad parentales, así como a una atención mecánica dedicada solamente a satisfacer sus necesidades materiales. Eran objeto de observación y experimentación llevadas a cabo con el ojo puesto más en un rendimiento fraccionario que en el calor y el disfrute afectivo genuinos. Se los mantenía prolijamente en refrigeradores sin descongelar. El retraimiento de estos niños parece ser un acto de toma de distancia de tal situación, en pos de hallar confort en la soledad.

Creo que las proezas memorísticas, la preocupación obsesiva con los nombres, relojes, mapas o calendarios representan una demanda de aprobación parental. Los niños, que tienen buenas capacidades cognitivas, advierten que sus padres alientan dichos logros. ¿De qué otro modo un niño de 3 años sería capaz de nombrar a todos los presidentes y vicepresidentes, de recitar 37 rimas infantiles (contadas por los padres) o 25 preguntas y respuestas del catecismo presbiteriano a una edad en la que estas cosas no tienen ningún valor semántico para él? Al mismo tiempo, la obsesividad parece cumplir otra función. Mientras que un adulto obsesivo intenta luchar por sí mismo contra sus rumiaciones, los niños autistas, quienes por otra parte tienen poco trato con los padres, fuerzan a estos a participar en sus esquemas obsesivo-compulsivos —en ocasiones muy elaborados— con la tiranía de sus estallidos de cólera. Me parece que esto sirve como una oportunidad —la única disponible— para la retaliación.

En conclusión, desearía insistir en el hecho de haber presentado un cuadro sintético, compuesto a partir de las historias clínicas y las observaciones de 55 niños y de sus padres. Ha habido muy pocas excepciones, pero la existencia de estas es desconcertante. Uno está habilitado para preguntarse de qué modo algunos de estos padres han sido capaces de criar otros niños que no se aislaron. Más aún, he visto parejas que cumplían en su totalidad con la caracterización brindada anteriormente cuyos hijos, lejos de aislarse autísticamente, respondían con una agresividad incansable. No es fácil explicar esta diferencia en las reacciones. Es también muy tentador especular sobre las relaciones psicodinámicas entre el autismo infantil temprano, la esquizofrenia de la segunda infancia y el “hospitalismo” estudiado por Goldfarb. Más aún, ¿acaso las personalidades de los padres no indican que hay grados más leves de desapego y obsesividad que permiten a una persona funcionar e incluso obtener cierto tipo de logros en una existencia no psicótica? Estas son preguntas muy importantes que aguardan mucho más estudio y reflexión.

Nota de los traductores

¹Personaje de la novela homónima de John P. Marquand, publicada en 1938.

Referencias

- Corberi, G. (1926). Sindromi di regressione mentale infantogiovanale. *Revista di Patologia Nervosa e Mentale*, 31, 6-45.
- De Sanctis, S. (1925). *Neuropsychiatria infantile*. Stock.
- Despert, J. L. (1938). Schizophrenia in children. *Psychiatric Quarterly*, 12, 366-371. [HTTPS://PSYCNET.APA.ORG/DOI/10.1007/BF01566197](https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01566197).
- Goldfarb, W. (1945). Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *American Journal of Psychiatry*, 102(1), 18-33. [HTTPS://DOI.ORG/10.1176/AJP.102.1.18](https://doi.org/10.1176/AJP.102.1.18)
- Grebelskaya-Albatz, E. (1935). Zur klinik der schizophrenie des frühen kindersalters. *Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 35, 30-40.
- Heller, T. (1930). Über dementia infantilis. *Archiv für Kinderheilkunde*, 37, 661-667.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. (1944). Early infantile autism. *The Journal of Pediatrics*, 25, 211-217. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/S0022-3476\(44\)80156-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(44)80156-1)
- Kanner, L. (1946). Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *American Journal of Psychiatry*, 103(2), 242-246. [HTTPS://DOI.ORG/10.1176/AJP.103.2.242](https://doi.org/10.1176/AJP.103.2.242)
- Ssucharewa, G. (1932). Über den Verlauf der Schizophrenien im Kindersalter. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 142, 309-321.
- Zappert, J. (1938). Dementia infantilis (Heller). *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 4, 161-169.