

## Deconstruyendo a Kanner

Josep Artigas-Pallarés, Isabel Paula-Pérez

**Resumen.** Kanner, en 1943, y Asperger, en 1944, publicaron sendos artículos que se han considerado las primeras descripciones del autismo. A Kanner se le atribuye el mérito de haber sido el primero en reconocer dicha entidad y a Asperger se le asigna la identificación de una forma de autismo, más leve, que se ha denominado síndrome de Asperger. La publicación de Kanner tuvo una relevancia importante en el desarrollo de la conceptualización del autismo por el hecho de haberse editado en Estados Unidos, donde alcanzó una gran difusión en el campo de la psiquiatría infantil. Por el contrario, el trabajo de Asperger, escrito en alemán durante la época del nazismo, fue prácticamente ignorado hasta pasadas casi cuatro décadas. La recopilación de datos históricos, en gran parte recogidos por Silberman, revela que Kanner conocía de primera mano el trabajo sobre el autismo que Asperger había iniciado diez años antes. Por otro lado, una relectura y análisis de las publicaciones pioneras pone en evidencia que las aportaciones de Asperger son plenamente vigentes, hasta el punto de haber intuido una etiología poligénica compleja y de encajar plenamente con el trastorno del espectro autista del DSM-5.

**Palabras clave.** Asperger. Autismo. Esquizofrenia infantil. Historia del autismo. Kanner. Psicopatía autista. Síndrome de Asperger. Trastorno del espectro autista.

Centre Mèdic Psíncron; Sabadell, Barcelona (J. Artigas-Pallarés). Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación; Universitat de Barcelona; Barcelona, España (I. Paula-Pérez).

**Correspondencia:**

Dr. Josep Artigas Pallarés.  
Centre Mèdic Psíncron. Rambla, 172.  
E-08201 Sabadell (Barcelona).

**E-mail:**

7280jap@comb.cat

**Declaración de intereses:**

Los autores manifiestan la inexistencia de conflictos de interés en relación con este artículo.

**Aceptado tras revisión externa:**

11.01.17.

**Cómo citar este artículo:**

Artigas-Pallarés J, Paula-Pérez I. Deconstruyendo a Kanner. Rev Neurol 2017; 64 (Supl 1): S9-S15.

© 2017 Revista de Neurología

### Introducción

En 1943 se publicó el artículo de Leo Kanner, 'Trastornos autistas del contacto afectivo', que comienza con la siguiente frase: 'desde 1938 me ha llamado la atención una condición que difiere de forma tan marcada y única de algo que ya esté descrito, que cada caso merece –y yo espero que va a recibir– una detallada consideración acerca de sus fascinantes peculiaridades'; y, a continuación, añade: 'estas características conforman un único síndrome, no referido hasta el momento' [1]. Según el discurso más extendido y aceptado por una gran parte de la comunidad vinculada al autismo, Kanner es el 'padre' del autismo y la trayectoria del autismo, tal como hoy lo conocemos, suele considerarse una evolución de las ideas de Kanner. Pero, ¿la versión 'oficial' y el papel atribuido a Kanner se corresponden con la realidad?

### El autismo antes de Kanner y de Asperger

Si Kanner fue, como él afirmaba, el primero en identificar el autismo, ¿dónde acudían antes de 1943 los niños con dicha condición?, ¿no se había apercibido nadie de su existencia?, ¿las personas con autismo abundaban o eran escasas?, ¿o quizá se denomina-

ban de forma distinta?. Y si ya estaban recogidos algunos casos en la bibliografía médica, ¿por qué Kanner no lo mencionó?

El término 'autismo' fue introducido en 1910 por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler como una manifestación ligada a la esquizofrenia. El mismo autor afirmaba que la esquizofrenia rara vez se iniciaba en la infancia, pero matizaba que algunos casos, cualificados como esquizofrenia primaria, aparecían en el primer año [2]. En cualquier caso, el término 'autismo', aplicado a la esquizofrenia, se extendió rápidamente en la bibliografía médica europea.

En Alemania, Künkel (1920) se refirió a un grupo 'autista' de niños esquizofrénicos, inquietos, cerrados y solitarios, con buena capacidad intelectual [3]. No debería sorprender que este autor y los que siguieron consideraran el autismo como una forma de esquizofrenia porque encajaba con el modelo aceptado durante la primera mitad del siglo xx.

Wolff publicó en 1996 un artículo sobre una entidad denominada 'trastorno esquizoide de la personalidad' (TEP) [4], donde incorporaba la traducción del ruso de la aportación de Ssucharewa (1926) [5], psiquiatra rusa que había descrito seis pacientes similares a los que más tarde Asperger daría a conocer. Dicha autora refería que Kretschmer (1922) ya había especulado sobre los límites entre personalidad esquizoide y esquizofrenia, concluyendo que

un sujeto con personalidad esquizoide no desarrolla esquizofrenia por el simple hecho de acumular tales rasgos [6]. Consideraba que la esquizofrenia sólo se manifestaba cuando la transmisión genética del componente esquizoide estaba potenciada por algún factor genético complementario. Más adelante, la propia Ssucharewa, que inicialmente había utilizado el término 'psicopatía esquizoide', lo reemplazó por el de 'psicopatía autista', donde describía el cuadro clínico del autismo.

Wolff mantuvo encendida la llama del TEP, basándose en una casuística extensa que mereció la aceptación de diversos autores hasta fechas recientes. Los criterios diagnósticos eran: aislamiento; falta de empatía y apego emocional; hipersensibilidad, a veces, con ideas paranoicas; rigidez mental e intereses especiales; y estilo de comunicación inusual o extraño con baja capacidad comunicativa, vaguedad y uso extraño de la metáfora.

El motivo por el cual se mantuvo el TEP se debe a que, según los criterios del DSM-IV, algunos pacientes no encajaban en ningún subtipo de trastorno generalizado del desarrollo. ¿Dónde estaba el problema?, ¿en la artificialidad de unas clasificaciones que iban cambiando o en la identificación correcta de los pacientes? El dilema quedó resuelto con el DSM-5, puesto que el TEP fue absorbido por el término 'trastorno del espectro autista'.

Potter (1932) y Despert (1938) describieron niños con problemas de relación afectiva y con mayor interés por la forma de las palabras que por su función comunicativa; no tenían compañeros, hojeaban diccionarios y enciclopedias y sentían fascinación por ciertos temas: matemáticas, arqueología, calendarios y matrículas de coches. Además, mostraban extraños movimientos repetitivos. Se podía concluir que la esquizofrenia en los niños no era tan rara como se creía.

### El autismo de Kanner

El artículo de Kanner [1] se basó en la observación de ocho niños y tres niñas que compartían un cuadro clínico definido por:

- Incapacidad para establecer relaciones.
- Alteraciones en el lenguaje como vehículo de comunicación social (en ocho pacientes el nivel formal de lenguaje era normal o ligeramente retrasado).
- Insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios.
- Aparición, en ocasiones, de habilidades especiales.
- Buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés.

- Aspecto físico normal y fisonomía inteligente.
- Inicio de los primeros síntomas desde el nacimiento.

Dichas características, cuya interpretación debía ser muy estricta, sirvieron de base para el diagnóstico. Kanner siempre había defendido que su síndrome requería la valoración minuciosa de cada síntoma. Solía lamentarse del abuso del diagnóstico, especialmente en Europa, a causa de una relajación en la interpretación de lo que él había descrito. Las manifestaciones 'neurológicas' (por ejemplo, la epilepsia) eran un criterio de exclusión. El autismo se configuró, por tanto, como una entidad monolítica, infrecuente y de diagnóstico difícil.

El inicio de los primeros síntomas desde el nacimiento llevó a Kanner a especular acerca del carácter innato del autismo y sobre los componentes constitucionales de la reactividad emocional; además, esta presunción fue su argumento para descartar la esquizofrenia.

Tuvo la lucidez de identificar entre los progenitores una representación amplia de padres fríos, obsesivos o meticulosos. Sin embargo, sorprendentemente, no relacionó este dato con una etiología genética. Alternativamente, se decantó por atribuir a los padres una influencia psicológica en el cuadro clínico. Más tarde, en esta línea, propuso la teoría de la 'madre nevera' (*refrigerator mother*), la cual resultaría emblemática para la tendencia psicoanalítica.

### El autismo de Asperger

Al margen de lo que ocurría en Estados Unidos, diez años antes de la publicación de Kanner, en un lugar de Europa ya se diagnosticaba el autismo. En 1938, el pediatra austríaco Hans Asperger lo mencionó bajo la denominación de 'psicopatía autista' en una revista local [7]. Cuando Kanner recibió a Donald, su primer paciente, Asperger acumulaba una considerable experiencia.

La unidad de pedagogía terapéutica (*Heilpädagogik*) de la Universidad de Viena, donde acudían niños y adolescentes con diversos tipos de discapacidad, había adquirido gran prestigio. El director era el pedagogo Erwin Lazar, cuyo modelo pedagógico, basado en la idea de que la enseñanza debía partir de la comprensión del individuo, aún se consideraría avanzado hoy día. Asperger entró, como pediatra, a formar parte de su equipo. El modelo pedagógico de Lazar, unido a la circunstancia de que el propio Asperger reunía rasgos de personalidad similares a los de algunos niños atendidos en la

unidad, facilitó la identificación del autismo como un patrón de conducta peculiar, distinto de lo que hasta entonces se conocía.

En 1943, Asperger, que durante más de diez años ya había atendido más de doscientos niños diagnosticados de psicopatía autista, presentó su tesis doctoral cuyos aspectos esenciales fueron publicados un año después con el título de 'Psicopatía autista en la edad infantil' [8]. Defendía que el autismo no era una enfermedad, ni un síndrome, y lo conceptuaba como una condición frecuente, de diagnóstico fácil y evidente a los dos años. Afirmaba: 'cuando sabes lo que buscas, lo encuentras por todas partes.' Consideraba que las personas con personalidad autista podían llegar a ser muy válidas para la sociedad. Pero, no por ello, quedaban excluidos del autismo casos graves asociados a discapacidad intelectual, daño cerebral, epilepsia u otras manifestaciones neurológicas.

También destacaba la frecuente asociación con problemas de atención e hiperactividad. Hizo hincapié en la torpeza motriz y en la híper o hiposensibilidad a sonidos, luces y sensaciones táctiles. Para Asperger, la psicopatía autista integraba a una variedad de niños cuyo nexo común era su relación peculiar con el mundo exterior y los objetos. No tenía sentido proponer límites diagnósticos rígidos donde Asperger contemplaba una condición ubicada en un continuo multidimensional.

Creía que la personalidad autista era muy rara en niñas, de ahí que considerara que el autismo podía estar ligado a un 'cerebro masculino extremo'; o, dicho de otro modo, que el carácter femenino era un factor de protección. En definitiva: en el autismo se incluían una amplia variedad de fenotipos.

Al igual que Kanner, no le pasó por alto que en familiares directos casi siempre se evidenciaban características similares a las de sus hijos, aunque en general más leves. De ahí que afirmara, a pesar de no contar con estudios genéticos, que, 'con toda certeza', el autismo era un problema de carácter poligénico, vinculado a un modelo hereditario complejo. Los conocimientos sobre genética de la época quedaban lejos de poder confirmar tal aseveración.

Estaba convencido de que la intervención se debía basar en el modelo de Lazar, muy alejado del furibundo *marketing* terapéutico actual. Si un educador, amable y cariñoso, se guiaba por los intereses del alumno, trabajaría mejor y obtendría los mejores resultados, incluso en casos difíciles.

Había constatado que los rasgos de personalidad autista permanecían, pero evolucionaban a lo largo de la vida, sin excluir la posibilidad de alcanzar una plena integración laboral y social.

A pesar de su trascendencia, el trabajo de Asperger quedó relegado al olvido por el hecho de haberse escrito en alemán y durante el Tercer Reich. Los archivos de sus pacientes se destruyeron al ser bombardeada la unidad donde se guardaban. El panorama de la posguerra no era, en absoluto, propicio para seguir investigando.

El trabajo de Asperger y sus artículos posteriores, escasos y poco relevantes, apenas fueron citados por otros autores hasta que, en 1981, Wing definió y caracterizó el síndrome de Asperger (SA) [9]. En 1991 se publicó la traducción al inglés del artículo original de Asperger [10].

El SA de Wing coexistió con otras propuestas (Gillberg y Gillberg [11], Szatmari et al [12], Tantam [13], DSM-IV y CIE-10), cada una con criterios diagnósticos distintos. Los aspectos discrepantes eran: la ausencia o no de retraso en el lenguaje, la presencia o no de retraso cognitivo y la consideración del lenguaje pedante como criterio. Había coincidencia para los problemas de interacción social, el espectro restringido de intereses y la torpeza motriz. Obviamente, una misma persona tenía, o no, el SA según los criterios que se le aplicaran. De todos modos, las versiones más aceptadas fueron las del DSM-IV y de la CIE-10, que consideraban como datos diferenciales del autismo la ausencia de retraso en el lenguaje y la capacidad de inteligencia normal.

## El espectro autista

En 1979, Wing y Gould, basándose en un estudio llevado a cabo en un área de Londres, detectaron pacientes con problemas de interacción social, comunicación e imaginación asociados a un patrón de conductas rígidas y repetitivas, que no se ajustaban al perfil kanneriano [14]. Entre los autistas típicos y los que tenían manifestaciones leves no era posible determinar una línea de corte. También vieron que la discapacidad intelectual, presente en un número considerable de pacientes, no era una manifestación propia del autismo, como tampoco lo eran otros diagnósticos médicos o psicológicos (por ejemplo, la epilepsia o la ansiedad). Para abarcar en un concepto unitario la dimensionalidad y la presencia opcional de discapacidad intelectual propusieron el término 'espectro autista'.

## Diferencias entre el síndrome de Asperger y la psicopatía autista

Si bien las diversas propuestas de SA coincidían en

algunos aspectos con la publicación del pediatra vienés, ninguna de ellas se podría identificar con la psicopatía autista.

En referencia al criterio de desarrollo cognitivo normal, Asperger afirmaba: 'un abanico que incluye desde los brillantes genios, pasando por los raros y excéntricos que viven en su propio mundo y conectan muy poco, hasta aquellos que tienen gravemente alterado el contacto: personas con retraso mental, autómatas.'

Con respecto al lenguaje, Asperger no mencionó como característica que el desarrollo tenía que ser normal; sin embargo, se puede deducir que, al menos, los pacientes con discapacidad intelectual deberían tener algún retraso en el lenguaje.

Según el DSM-IV y la CIE-10, para diagnosticar SA no se debían cumplir criterios para otro trastorno generalizado del desarrollo. De la lectura del artículo de Asperger se infiere, sin margen de duda, que los cuatro casos comunicados cumplirían los criterios de algún otro subtipo de trastorno generalizado del desarrollo y, por tanto, no podrían diagnosticarse como SA.

En 1979, Asperger publicó un nuevo trabajo donde, sin duda influido por las opiniones de otros autores, enfatizó el alto nivel de inteligencia y las habilidades especiales en determinadas áreas, si bien solía referirse a este patrón como casos nucleares de la psicopatía autista; es decir, ubicados en el centro de un espectro.

### De Kanner al DSM-IV

En la primera y segunda versión del DSM, publicadas en 1952 y 1968, el autismo se denominaba 'esquizofrenia infantil' y se diagnosticaba bajo unos criterios vagos y contaminados por la fuerza del psicoanálisis en Estados Unidos. El DSM-II describía la esquizofrenia infantil como una condición de aparición anterior a la pubertad, caracterizada por: comportamiento autista, atípico y retraído; fracaso para desarrollar una identidad diferenciada de la madre; y desarrollo general irregular, muy inmaduro e inadecuado. Los defectos del desarrollo podían dar lugar a retraso mental, que también debía diagnosticarse. Al margen de la interpretación psicoanalítica, la descripción del DSM-II permitía incluir en el diagnóstico a la mayor parte de personas con autismo, por lo menos muchas más de las que encajarían con la descripción inicial de Kanner al suponer que las manifestaciones debían estar presentes al nacer.

Con la llegada de la CIE-9 en 1978 y el DSM-III en 1980, el autismo tuvo su reconocimiento en los

manuales diagnósticos bajo la denominación de 'autismo infantil'. Los criterios estaban claramente inspirados en el síndrome de Kanner, si bien se aceptaba que el inicio podía ser anterior a los 30 meses y, además, se establecía que los síntomas propios de la esquizofrenia eran una condición excluyente.

Con la aparición del DSM-III-R, el autismo de Kanner empezó a debilitarse por dos motivos, ninguno de ellos trivial. Por un lado, se cambió la denominación 'autismo infantil' por 'trastorno autista'. Con ello se tomaba cierta distancia del concepto de enfermedad/síndrome para entrar en el ambiguo territorio de los trastornos. Por otra parte, se incorporó una nueva opción: el autismo atípico. Una consecuencia obvia fue un fuerte incremento en los diagnósticos. Variaban las reglas, cambiaba la prevalencia.

El golpe casi definitivo al autismo de Kanner aparece en el DSM-IV al quedar el autismo disgregado en cuatro subtipos, agrupados bajo la denominación de 'trastorno generalizado del desarrollo'. Lo más parecido al síndrome de Kanner era el subtipo 'trastorno autista', aunque los criterios eran bastante más permisivos. Por todo ello aumentó, más todavía, la prevalencia del autismo.

### De Asperger al DSM-5

La descripción de la psicopatía autista de Asperger coincide plenamente con el trastorno del espectro autista tal como está definido en el DSM-5. Para ponerlo en evidencia se ha contrastado, uno a uno, cada criterio de trastorno del espectro autista con observaciones y reflexiones de Asperger sacadas en su artículo:

#### Déficits de la comunicación y de la interacción social

Se muestran en diversos contextos y se manifiestan por los siguientes criterios, presentes en la actualidad u obtenidos a partir de la historia clínica:

#### *Déficits en la reciprocidad social y emocional*

Pueden ir desde una aproximación social anormal y fallo en el *feedback* adecuado a la conversación, a una baja capacidad para compartir intereses, emociones o afecto, hasta un fracaso para iniciar o responder a las interacciones sociales:

- 'Mi principal objetivo ha sido mostrar que la alteración fundamental en las personas con autismo está en las limitaciones en sus relaciones sociales. Toda su personalidad está determinada por esta limitación.'

- 'No era capaz de entrar en la reciprocidad de un intercambio social.'
- 'Su comportamiento en el grupo social es el signo más claro de su alteración y la fuente de conflictos y problemas desde la más temprana infancia.'

#### ***Déficits en las conductas de comunicación no verbal usadas en la interacción social***

Pueden abarcar, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal pobremente integrada, a anomalías en el contacto visual y lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos, hasta una ausencia total de expresiones faciales y comunicación no verbal:

- 'La postura, la mirada, la voz y la manera de hablar hacían evidente desde el principio que la comunicación del niño con el mundo exterior era extremadamente limitada.'
- 'En una interacción diádica habitual son incapaces de utilizar la expresión facial como medio para establecer contacto. También carecen de expresión gestual.'

#### ***Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones***

Pueden abarcar, por ejemplo, desde dificultades para adaptar la conducta a varios contextos sociales, a dificultades para compartir un juego imaginativo o para hacer amigos, hasta una ausencia de interés por los iguales:

- 'Cuando participaban en un juego competitivo, era seguro que Fritz pronto se apartaría del grupo y empezaría a saltar o a golpear.'
- 'Permanecía lejano y abstraído, paseando entre otros niños sin tomar partido en sus juegos. Como mucho, podía insultar a alguien o, de repente, empezar una pelea aparentemente sin ninguna razón o porque alguien se había burlado de él.'

#### **Patrones restringidos o repetitivos de conducta, intereses o actividades presentes en la actualidad u obtenidos a partir de la historia clínica**

##### ***Movimientos estereotipados o repetitivos, o uso estereotipado o repetitivo de objetos o del lenguaje***

- 'En otras ocasiones, es un juego monótono con el cordón del zapato con el que se pasa horas y horas o con un juguete en particular, por ejemplo, una cuerda o una muñeca vieja, la cual es tratada casi como un fetiche. Los niños se divierten con frecuencia con golpeteos rítmicos o alineando sus juguetes, por ejemplo, clasificando sus bloques de acuerdo con el color, forma o ta-

maño; o según alguna otra regla indescifrable, antes que hacer construcciones con ellos.'

- 'A veces repetía la pregunta o una palabra en particular que tal vez le impresionaba. A veces cantaba: «no me gusta decirlo...».'
- 'Existen estereotipias que son características y frecuentes tanto en el caso de niños con autismo como en el de niños con retraso por lesión cerebral; por ejemplo, brincar, manosear, girar, hacer girar los objetos (a menudo con una habilidad sorprendente) o balancearse rítmicamente.'

##### ***Insistencia en la invariabilidad, adhesión inflexible a rutinas o patrones ritualizados de conducta verbal o no verbal***

- 'Para todo lo que hacía, tenía sus propios rituales. Estaba especialmente preocupado por su ropa, no toleraba ni una pizca de suciedad en ella, se lavaba las manos con mucha frecuencia y con mucho cuidado, observaba su cuerpo y su funcionamiento muy de cerca. Su inflexibilidad tiranizaba a toda la casa y en general era muy difícil tratar con él.'
- 'Era muy rígido, ciertas cosas siempre tenían que estar en el mismo sitio y ciertos acontecimientos siempre tenían que ocurrir de la misma manera o, de lo contrario, montaba un gran espectáculo.'

##### ***Intereses muy restringidos, que son anormales por su intensidad o focalización***

- 'Desde muy pronto mostraba un interés por los números y las operaciones. Había aprendido a contar por encima de cien y era capaz de hacer operaciones en esta extensión con gran fluidez.'
- 'Sacaba de la lección sólo esas cosas por las que tenía un interés particular y las procesaba a su modo.'
- 'Un niño de siete años con autismo manifestaba graves problemas en la alimentación porque nunca dejaba de mirar las pequeñas manchas de grasa que flotaban en la superficie de su sopa. Le interesaba excesivamente mirarlas, moverlas de un lado para otro y soplarlas. Aparentemente, los cambios de forma eran vitales y tremendamente significativos para él.'

##### ***Híper o hiporreactividad a estímulos sensoriales o interés desmesurado por aspectos sensoriales del entorno***

- 'Están muy acentuados los gustos y las aversiones. La frecuencia con que este hecho aparece proporciona la mayor prueba de la generalización de este aspecto.'
- 'Intensa y anormal aversión hacia determinadas

sensaciones táctiles, por ejemplo, hacia el terciopelo, la seda, la lana o la tiza. Resulta muy complicado tolerar la aspereza de la ropa nueva o de los calcetines remendados. Cortarles las uñas, con frecuencia, es causa de rabietas. Lavarse con agua puede ser una fuente de sensaciones desagradables’.

### ¿Realmente Kanner identificó un síndrome único, no referido hasta el momento?

¿Estaba Kanner al corriente del trabajo de Asperger? Se sabe que lo mencionó tan sólo en una ocasión y tardíamente, sin el menor énfasis. Asperger, por su parte, hizo especial referencia al autismo de Kanner y a la relación con la psicopatía autista. Se asombró de las similitudes entre ambos cuadros y la elección del mismo nombre, pero señaló que ‘los dos tipos son a la vez tan parecidos y sin embargo tan diferentes’ [9]. Para Asperger, el autismo podría ser el resultado final de una variedad de causas, mientras que el síndrome descrito por Kanner constituiría una forma grave de psicopatía autista.

Resultaría sorprendente que Kanner, que afirmaba haber descubierto ‘una condición que difiere de forma tan marcada y única de algo que ya esté descrito’, no estuviera al corriente del trabajo de Asperger, habida cuenta de que la lengua materna de ambos era el alemán. Además, en varios de sus artículos figuraban citas de la revista donde Asperger había publicado su trabajo. ¿Sería creíble que Kanner no tuviera conocimiento, y a fondo, del trabajo llevado a cabo en Viena?

Por si pudiera quedar alguna duda, Silberman ha aportado recientemente datos contundentes [15]. En 1943, cuando Asperger presentó su tesis, podía haber sido el momento álgido de su carrera profesional y la apertura al mundo científico de sus trabajos; pero, por entonces, la Universidad de Viena había caído en plena decadencia. Más de la mitad del cuadro médico había emprendido el camino del exilio o estaba internado en prisiones o campos de exterminio. Dos íntimos colaboradores de Asperger de origen judío, Anni Weiss y George Frankl, emigraron a Estados Unidos en 1934 y 1937, respectivamente. Weiss había identificado, por primera vez, las características de la psicopatía autista; Frankl era el responsable de llevar a cabo los estudios diagnósticos.

Frankl, merced al soporte de Kanner, fue admitido en el Johns Hopkins Hospital; Weiss participaba en las sesiones clínicas. Más adelante, Frankl y Weiss contrajeron matrimonio. Frankl fue quien llevó a

cabo el estudio de Donald, primer paciente de la serie de Kanner, y así consta en la historia clínica. También está anotado el diagnóstico que sospeché Kanner: ¿esquizofrenia? Otros pacientes que más adelante acudieron a la consulta de Kanner fueron igualmente estudiados por Frankl. Por si pudiera quedar alguna duda de que Kanner estaba al corriente de la procedencia de Frankl, refería en una carta datada en 1939: ‘buena formación en pediatría y en conexión durante once años con la Clínica de Lazar en Viena’. ¿Sería creíble que Frankl no hubiera compartido con Kanner sus conocimientos sobre el autismo?

Kanner, al igual que hizo con Asperger, apenas mencionó a Frankl en sus publicaciones. Pasado un cierto tiempo, facilitó que Frankl y Weiss abandonaran el Johns Hopkins Hospital.

### Conclusiones

- Lo que Asperger había identificado es, sin lugar a dudas, el trastorno del espectro autista tal como se describe en el DSM-5.
- Ni Asperger describió el SA, ni las diversas versiones del mismo coinciden con la psicopatía autista.
- Para Asperger, a diferencia de Kanner, el autismo era una condición frecuente y de diagnóstico fácil.
- Para Asperger, a diferencia de Kanner, el autismo era una condición donde tenía cabida la existencia de manifestaciones neurológicas.
- Aunque Kanner apenas hubiera mencionado el trabajo de Asperger, resulta difícil creer que no lo conociera.
- Para Asperger, algunas personas con autismo podían superar su condición y estar plenamente integrados de forma muy eficiente en el entorno social y laboral. Kanner consideraba que era un síndrome grave.
- Asperger identificó la asociación del autismo con problemas de atención, de aprendizaje y la presencia de problemas de integración sensorial.
- Asperger aludió al cerebro masculino extremo como una posible explicación del autismo.
- Para Asperger, la mejor terapia era la comprensión de la personalidad de cada niño y la alianza pedagógica con sus intereses. Kanner no tomó partido sobre el tipo de intervención y nunca se pronunció firmemente al respecto.
- Asperger no mencionó a los padres como causa, directa o indirecta, del autismo. Kanner atribuyó a los padres una fuerte influencia etiológica de tipo psicológico.

- Asperger identificó, en base a la personalidad de los progenitores, una causa poligénica compleja.

¿Se han perdido siete décadas de investigación? De haberse seguido la trayectoria insinuada por Asperger, ¿tendríamos respuestas a muchas preguntas del presente? ¿Se hubiera impuesto el modelo pedagógico, basado en la comprensión y alianza con la personalidad de cada niño con autismo, como el tipo de intervención básico y necesario?

### Bibliografía

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr* 1968; 35: 100-36.
2. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke; 1911.
3. Kunkel FW. Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen. *Monat Psychiatr Neurol* 1920; 48: 254-72.
4. Wolff S. The first account of the syndrome Asperger described? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1996; 5: 119-32.
5. Ssucharewa GE. Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschr Psychiatr Neurol* 1926; 60: 235-61.
6. Kretschmer E. Constitutional problems in psychiatry. *Klin Wochenschr* 1922; 1: 609-11.
7. Asperger H. Das Psychisch Abnorme Kind. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1938; 49: 1-12.
8. Asperger H. Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1944; 117: 76-136.
9. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981; 11: 115-29.
10. Frith U. *Asperger and his syndrome. Autism and Asperger syndrome*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1991.
11. Gillberg CI, Gillberg C. Asperger syndrome –some epidemiological considerations: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30: 631-8.
12. Szatmari P, Bremner R, Nag J. Asperger's syndrome: a review of clinical features. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 554-60.
13. Tantam D. Asperger's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1988; 29: 245-55.
14. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 1979; 9: 11-29.
15. Silberman S. *NeuroTribes*. New York: Penguin Random House; 2015.

### Deconstructing Kanner

**Summary.** Kanner, in 1943, and Asperger, in 1944, published papers that have been considered the first descriptions of autism. Kanner is acknowledged as having been the first to recognise this condition, while Asperger is attributed with the identification of a milder form of autism which has been denominated Asperger's syndrome. Kanner's paper played an important role in the development of the conceptualisation of autism due to its being published in the United States, where it became popular in the field of child psychiatry. In contrast, Asperger's work, written in German during the period dominated by Nazism, was practically ignored until almost four decades later. A review of the historical data, mostly collected by Silberman, reveals that Kanner had first-hand knowledge of the work on autism that Asperger had begun ten years earlier. Moreover, on re-reading and analysing the pioneering publications it becomes clear that the contributions made by Asperger are still fully valid today, to the point of having intuited a complex polygenic aetiology and that it would fit in perfectly with autism spectrum disorder in the DSM-5.

**Key words.** Asperger. Asperger's syndrome. Autism spectrum disorder. Autism. Autistic psychopathy. Childhood schizophrenia. History of autism. Kanner.