

El Síndrome de Asperger en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, como una manifestación de prácticas enclasantes

Asperger's Syndrome in the diagnostic and statistical manual of mental disorders, as a manifestation of enclosing practices

Mayra K. González-Castillo ^a, A. Ulises Cerón-Martínez ^b, Ramón C. Rocha Manilla ^c

Abstract:

Critical sociology shows that the human being is a born classifier, and that from these classifications made he can be classified sociologically for scientific analysis. In institutionalized social practices the classifications made by them tend to construct the reality that they seek to describe. In this sense, the so-called "mental disorders" are classified in different manuals that guide clinical and psycho-pedagogical practice, with diagnostic criteria that differentiate one disorder from another. These classifications change over time, as the history of classification manuals has shown. An example of this is about Asperger's Syndrome, a condition that presents characteristics such as difficulties for social interaction, stereotyped behavior patterns and without delay in cognitive development. Within the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), Asperger's Syndrome is integrated, along with other conditions with diverse characteristics into the classification group called "Autism Spectrum Disorder". From the theoretical perspective of Pierre Bourdieu, the work presents a reflection on the social effects of these types of classifications officially accepted in the DSM manuals.

Keywords:

Classification, diagnosis, psychiatry, social psychology.

Resumen:

La sociología crítica muestra que el ser humano es un clasificador nato, a partir de las clasificaciones realizadas puede ser clasificado sociológicamente para un análisis científico. En las prácticas sociales institucionalizadas, las clasificaciones tienden a construir la realidad que pretenden describir. En este sentido, los así llamados "trastornos mentales" se encuentran clasificados en diferentes manuales, con criterios diagnósticos que diferencian a un trastorno de otro. Estas clasificaciones se modifican a lo largo del tiempo, como lo ha demostrado la historia de los manuales de clasificación. Un ejemplo de ello es sobre el Síndrome de Asperger, una condición que presenta características como dificultades para la interacción social, patrones de comportamiento estereotipado y sin retraso del desarrollo cognoscitivo. Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), el Síndrome de Asperger se integra al grupo clasificatorio denominado "Trastorno del Espectro Autista". Desde la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu, este ensayo presenta una reflexión sobre los efectos sociales de este tipo de clasificaciones oficialmente aceptadas en los manuales DSM.

Palabras Clave:

Clasificación, diagnóstico, psiquiatría, psicología social.

^a Autora de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4410-6646>
Email: mayrakarenc@gmail.com

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2440-5494> Email: aceron@uaeh.edu.mx

^c Secretaría de Salud., México, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0357-2077>, Email: ramonrocha72@live.com.mx

Introducción

Sobre el uso de las palabras

Antes de comenzar, es necesario acotar que en el desarrollo del texto se utilizan palabras como: clasificar, clasificante, enclasante, clasificatorias, clasificador, clasificados y clasificación, de manera insistente. Esto es debido a que, retomando aspectos teóricos de Pierre Bourdieu, la organización de ideas se define de manera intencional, no refiere a un error de redacción, pues pretende explicitar la interrelación de los conceptos que se encuentran presentes en las prácticas.

Como refiere Favela (2002), Pierre Bourdieu utiliza diversos elementos que implican complejidad en la sintaxis y en el lenguaje, pues busca la expresión idónea que recoja la complejidad de la realidad social.

La utilización repetida de palabras similares, permite evidenciar como los conceptos se implican desde diferentes perspectivas. Que si bien “ser clasificado”, tiene diferentes percepciones en comparación con “ser clasificador” y que reconocerse como un ser “clasificado que clasifica”, será resultado de un proceso de autoanálisis.

Los significados son distintos y permiten observar al fenómeno analizado como una especie de espiral, que implica mayor complejidad de la que se alcanza a explicar por medio del lenguaje escrito.

La noción de normalidad y anormalidad

El ser humano es un ser biopsicosocial, en él pueden existir características que son distintas a las de la mayoría de las personas, lo que puede considerarse entonces como anormalidad. Aristóteles consideraba que el ser humano es el animal más natural que existe, diferenciado de otros animales por vivir en sociedad, orientado por la educación acordada y recibida por los demás (Rodríguez, 2011).

En este sentido, una persona puede tener características específicas pero no exclusivas de todos los seres humanos, y es ahí donde se producen diferencias entre unos y otros. Estas diferencias pueden ser consideradas como normales o anormales, según sea el caso de cada una de ellas. Es decir, la relación del hombre con la normalidad y la anormalidad, así como la conceptualización de estas, que es inherente a la relación que este tiene con la naturaleza, la sociedad, las experiencias y conocimientos que adquiere con su andar y con las prácticas cotidianas.

La lógica de oposición entre aquello que se considera normal o anormal ha sido analizada por diversos autores, así como las implicaciones en las prácticas, por lo que a continuación y de manera introductoria se retoman algunos de ellos.

Comenzaremos por Michael Foucault (2007), quien realizó análisis sobre diversos temas, pero con relación al que nos concierne, hizo énfasis en las relaciones de saber y poder, normalidad y anormalidad. Denomina anormales a aquellos individuos que son considerados “peligrosos”, y define tres figuras: los monstruos, los incorregibles y los onanistas.

El autor pone a consideración los efectos del poder, que se derivan del discurso científico (Foucault, 2001). Es entonces que esta invitación a la reflexión permite someter a la crítica todas aquellas determinaciones que la psiquiatría, la psicología, la sociología u otras disciplinas asumen como único conocimiento “verdadero”.

Es importante resaltar que, para Foucault (1998), el juicio médico es aquel que tiene la facultad de introducir a alguien en el mundo de la locura y determinar entre el hombre normal, el insensato, el criminal, el irresponsable, etcétera.

Por otra parte, para Erving Goffman (2006), la concepción de anormalidad se orienta hacia las características observables (abominaciones del cuerpo, defectos del carácter o estigmas tribales) que identifica como estigma. Lo cual concibe como aquello que es percibido por los otros como algo diverso y en la mayoría de los casos, produce rechazo. Al poseedor del estigma no se le percibe como persona total, se convierte en un ser menospreciado, pues se relaciona con desacredito, defecto y desventaja.

Al determinar que el estigma se genera cuando un individuo está inhabilitado para una plena aceptación social, Goffman (2006) contempla las implicaciones sociales y culturales de la característica. Es decir que será necesario que el estigma sea percibido de una manera negativa y por tanto, implique segregación en algunos aspectos de la vida cotidiana.

Si bien, estos elementos permiten una aproximación a la temática, se ha elegido la perspectiva teórica de Bourdieu, por lo que se encontrará mayor presencia de este autor, que para él, la eficacia de imponer un punto de vista con colaboración del que ha sido sometido a ello, es violencia simbólica. Es por eso que hablar de “normalidad” y “anormalidad” lleva implícita esta imposición, la mayoría de las veces de forma muy sutil, casi imperceptible, y en otras de manera abierta, como las prácticas reguladas por el derecho de cada campo social.

Puesto que el derecho sugiere eficazmente una visión del mundo y del hombre en el mundo, cualquier desviación de ese modelo tiene que ser anormal, antinatural, esto es: extraña a la propia naturaleza (humana y social) quizás porque no es capaz de «comprender» lo más elemental, lo que dice el derecho (García, 1997: 209-210).

Por tal motivo, las nociones de normalidad y anormalidad han evolucionado constantemente: todo está normado, regulado, pero este tipo de regulaciones cambian. No obstante, se debe partir de alguna definición más o menos fija para darse una idea general de la noción. Para la Real Academia Española, lo normal es definido como “todo aquello que por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano”, mientras que lo anormal se define como “todo aquello que accidentalmente se halla fuera de su natural estado o de las condiciones que le son inherentes” (Real Academia Española, 2017). Estas definiciones oficiales aproximan lo “normal” con lo “natural”, lo que es incorrecto, pues, son ontológicamente distintos.

Por otra parte, Báez (2012) retoma las ideas de la biología y define a la normalidad como “lo que es capaz de sobrevivir a las inclemencias de la selección natural, en contraposición a lo anormal que sería lo que no sobrevive”, es decir, que es normal todo aquel ser vivo o ser humano que tiene características físicas que le permiten adaptarse al medio en el que se desarrolla y es anormal todo aquel ser vivo, o ser humano que no logra adaptarse a este. Sin embargo, aquí también persiste la poca distinción entre lo normal y lo natural.

Aunque las definiciones anteriores de normalidad y anormalidad son provisorias, su uso dependerá de la disciplina que los utilice y del por qué y para qué se utilizan. En el caso de este trabajo, la noción que más se acomoda es la social, ya que utiliza criterios estadísticos como herramienta. Para Marietan (2010), el criterio estadístico permite establecer como normal a “la persona promedio”, que por sus características se aproxima a la media aritmética de las características del grupo al que pertenece. Por tanto, aquellos que se encuentran fuera de dichos criterios, son considerados por la sociología como fuera de la norma.

En este sentido, Kendall (citado en Palacio, 2013) aporta una definición desde lo social y dice que lo que justifica las definiciones de normalidad y anormalidad son los resultados estadísticos obtenidos de cierta población por medio de medidas de tendencia central y que equivalen a la existencia, o no, de ciertas características o prácticas, avaladas y establecidas previamente, es decir, es normal todo aquello que tiene una mayor representación y es anormal todo aquello que tiene una menor representación.

Cuando se habla de “representación” se hace desde al menos tres aspectos: el punto de vista teatral, porque en el escenario social, lo “normal” puede objetivarse en prácticas tan cotidianas como el vestido (por ejemplo, el uso o no de sombrero en ciudades urbanas para hombres y mujeres); las relaciones familiares (el número de mujeres que pueden ser pareja de un hombre de forma

legal); la educación otorgada por el Estado y sus instituciones (que convergen con la aspiración a una carrera técnica o profesional cuando se tiene acceso al sistema educativo, etc.), en cuyos casos, los agentes sociales se adaptan cada uno en sus disposiciones de forma más o menos exitosa a dicha representación. También se refiere a la *cuasi* presentación de un grupo en un sujeto particular que ha sido designado, delegado, como el caso de los líderes populares, estudiantiles, sindicales, etc., con el derecho de hablar en nombre del grupo representado. Pero, también alude al acto fenoménico de intelección mental de la cosa externa en las estructuras cognitivas de los sujetos sociales (Bourdieu, 2019).

La anterior definición social de lo normal y lo anormal, asociada a la representatividad, es la más retomada por la medicina (Palacio, 2013), pues, a partir de los resultados de la estadística se establecen características físicas, psicológicas y normas de comportamiento social aceptadas por la mayoría de la sociedad, y al presentarse alguna que salga de lo establecido se considera que son anormales, enfermos o que sufren de algún trastorno.

Cabe aclarar que estas definiciones de normalidad y anormalidad estarán sujetas a la persona o grupo de personas que las definen, además del uso que se les da. Por ejemplo, en un juego de fútbol es normal que los jugadores pateen el balón para obtener la victoria, mientras que en un juego de béisbol, esto sería algo anormal, según la definición social de los conceptos, porque, además, es parte de las normas, de las reglas a las que están sometidos los jugadores, en donde la noción de “regla” se remite a una regularidad. En este sentido, lo normal se constituye como tal porque se ajusta a la norma, que se define con base a un tratamiento estadístico que, a su vez, lo arroja en una distribución probabilística normal.

Se habla de una distribución probabilística normal, cuando la campana de Gauss, una herramienta para el análisis de datos, indica mediante el pico de la curva, que ahí se presentan los resultados más comunes, mientras que en los costados se ubican aquellos que son menos probables (Frances, 2013). Sin embargo, conviene siempre un análisis crítico e interdisciplinario, pues los números no nos darán por sí mismos, la definición de normalidad y anormalidad que se construyen en Ciencias Sociales. Puede pensarse, por ejemplo, ¿qué pasaría si la mayoría de la población presentará síntomas de episodios depresivos?, ¿se consideraría sociológicamente como una conducta normal?

De este modo, es posible comprender que un campo, como el médico, no limita su influencia a los aspectos de salud, pues con sus juicios médicos, también ejerce prácticas jurídicas que trascienden los límites de la salud

y es a la vez, una institución jurídica, sin que por ello persiga de forma consciente las prácticas legislantes:

...las instituciones jurídicas contribuyen universalmente, sin duda, a imponer una representación de la normalidad en relación con la cual todas las prácticas diferentes tienden a aparecer como desviadas, anormales, patológicas (especialmente cuando la "medicalización" viene a justificar la "juridicación"). (Bourdieu y Teubner, 2000: 211).

Por ello, también, no es raro que desde la medicina. Gustavo Pittaluga (1954: 9-10), en su teoría de la normalidad, considere que lo "normal" depende de cuatro condiciones:

- a) Un cierto grado de uniformidad tipológica, que tiende a forjar una identidad en la forma.
- b) Un cierto grado de frecuencia, es decir, un ritmo de aparición constante en el tiempo.
- c) Un cierto límite máximo y mínimo de variación de las condiciones anteriores.
- d) Una cierta correspondencia entre el fenómeno, el ambiente en que se manifiesta y el momento de su manifestación.

La identidad de la forma es una alusión ontológica: lo "normal" es una cualidad compartida entre entidades individuales y conglomerados, donde se comparten ciertas características que en principio respetan lo único. La frecuencia de lo que deba considerarse como "normal" siempre se vincula a la dimensión espacio-temporal para consolidarse como tal. Una variación en el espacio o en el tiempo puede imponer otro tipo de "normalidad", pero permitiendo a la vez, cierta variación que guarde la regularidad del conglomerado.

Esto significa que lo normal, para llegar a considerarse como tal, requiere ciertos estereotipos específicos por una forma inherente al individuo particular, pero a la vez, recurrente con los demás individuos de la especie en espacios muy definidos en ciertos periodos de tiempo.

La dimensión social de la normalidad - anormalidad

Es el medio social el que contribuye muy fuertemente a establecer las categorías que se refieren a la normalidad y anormalidad, de acuerdo a cierto contexto histórico y espacial.

Retomando a Pittaluga (1954), todo lo que no esté bajo las cuatro condiciones aludidas, no puede ser considerado como "normal". Ahora bien, al considerar que el factor de frecuencia estadística y su consecuente imposición a los agentes sociales tiende a imponer un tipo particular de "normalidad" que no necesariamente se ajusta a las otras condiciones señaladas por Pittaluga, esto debe llevar a repensar los usos sociales de la estadística, y sus respectivos efectos. Hay una

fetichización de lo numérico, de modo tal que "lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre". La anterior frase, atribuida a Lord Kelvin sintetiza la noción entronizada de lo medible por lo numérico con el fin de mejorar cualquier situación, y es la esencia del Paradigma Positivista de la ciencia: *Voir pour prévoir. Prévoir pour pourvoir*.

Si bien, la objetividad en la ciencia es un valor enunciado y perseguido, no siempre es practicado, por lo que, es más bien una pretensión antes que una práctica. En una confabulación socio-histórica entre ciencia, control y medición de los fenómenos, las prácticas científicas son prácticas objetivantes, al someter bajo su intelección explicativa la descripción de los fenómenos que estudia (Bourdieu, 1985). Pero, las enunciaciones descriptivas del mundo, viniendo de los científicos, tienden a ser prescriptivas a la vez, aun cuando no haya sido la intención original del campo científico, pues sencillamente se tiende a construir lo que se enuncia. Ese es el caso de los juicios médicos y psicológicos.

Entre los mecanismos que usa la sociedad para este fin de dominio, están: el establecer reglamentos, leyes, la creación de instituciones, la conformación de ideales, la imposición de prohibiciones y de objetivos de control social, que permiten la creación de una realidad determinada (Campuzano, 2009). Si esta realidad es creada, ya no es natural, sino artificialmente construida. La perspectiva crítica bien empleada, permite detectar los mecanismos productores de normalidad que tienden a asumirla como natural sin serlo.

Orientados por estos mecanismos, existen conductas o síntomas dentro de la normalidad y otros fuera de ella, por ejemplo, cuando un individuo tiene síntomas físicos fuera de lo que consideramos "normal" y que modifican su funcionalidad, la medicina lo clasifica dentro de una patología. Cada patología tiene una serie de síntomas y características individuales que le darán un nombre, que podrá permitir la generalización de la enfermedad y su tratamiento. Este proceso ocurre también con los trastornos mentales, en donde con base a la psicopatología, se establecen criterios diagnósticos para determinar y nombrar a todas aquellas conductas "anormales", que se clasifican en categorías específicas, para permitir, posteriormente, la generalización.

Permítase el ejemplo del profeta para dilucidar cómo, a partir de haberse establecido lo "normal", como parámetro regulador de las prácticas sociales, todo lo que está por debajo es "anormal" y si está por encima es "extraordinario":

En esta lógica, es necesario plantear la cuestión de las condiciones del éxito del profeta, que se sitúa precisamente en la frontera incierta de lo anormal y de lo

extraordinario, y cuyas conductas excéntricas y extrañas pueden ser admiradas como fuera de lo común o despreciadas como ajenas al sentido común (Bourdieu, 2009: 70).

Bajo estos argumentos, se puede reconocer que una práctica “normal” de los seres humanos es la de clasificar, pues es una de las operaciones individuales de orden superior dentro de la especie. Por ello es que desde su dimensión antropológica, el ser humano es un *homo classificans*, un ser que clasifica de manera natural. Bajo esta óptica, tanto la psicología como la antropología reconocen esta actividad elemental en el ser humano. Y si bien la acción de clasificar es de orden natural, lo que clasifica el individuo y cómo lo clasifica es de orden social, por ser taxonomías sociales interiorizadas de los opuestos sociales: lo que sea bueno o malo, bonito o feo, agradable o desagradable, etc., depende mucho del entorno social donde se desarrolle la clasificación (Bourdieu y Chartier, 2011: 257).

Una de las bondades de sumarse a esta noción de orden más sociológico radica en que:

...no se limita a describir el conjunto de las realidades clasificadas sino que, como las buenas taxonomías de las ciencias naturales, se ocupa de unas propiedades determinantes que, por oposición a las diferencias aparentes de las malas clasificaciones, permiten predecir las demás propiedades y que distinguen y agrupan a unos agentes lo más semejantes posible entre ellos y lo más diferentes posible de los miembros de las otras clases, próximas o lejanas (Bourdieu, 1997: 22).

De esta manera, el clasificador más espontáneo o el más elaborado devela con sus enunciaciones, el origen social de dichas taxonomías, por lo que también pueden ser, a su vez, clasificados si se conoce el origen social de dichas clasificaciones.

Pero a diferencia de las prácticas taxonómicas del científico natural, las del científico social poseen una característica especial: sus entidades clasificadas hablan, tienen una percepción y una concepción del mundo que clasifican, y esas clasificaciones son una forma de externalizar lo que ya antes se ha interiorizado, y hasta pueden resistirse a las clasificaciones a las que son sometidos arbitrariamente en el espacio social, tratando de elegir las mejores clasificaciones posibles:

...los clasificados, los mal clasificados pueden rechazar el principio de clasificación que les impone el peor lugar. De hecho, como la demuestra la historia, ha sido casi siempre bajo la dirección de aspirantes al monopolio del poder para juzgar y clasificar, a menudo seres mal clasificados, al menos en ciertos aspectos, como los dominados han podido escapar a la atadura de la clasificación legítima y transformar su visión del mundo al liberarse de esos límites incorporados que

son las categorías sociales de percepción del mundo social (Bourdieu, 1990: 44).

Estas son prácticas enclasantes, cuyos resultados son enclasamientos legítimos (jerarquizaciones arbitrarias) por contraste con las que no lo son, porque no son aceptadas como tales por los que ocupan las posiciones dominantes. La acumulación de buenas o malas clasificaciones jerarquizantes en el espacio social hacia un agente particular constituye la totalidad de su capital simbólico, ese recurso que le permite posicionarse en las diferentes posiciones asequibles dentro de su espacio social, ya sean favorables o desfavorables.

En este sentido, los límites de lo que está por encima o por debajo de lo normal tienden a ser un espacio de lucha, que en términos bourdieanos, en los campos de la salud física y mental, con sus enjuiciamientos y clasificaciones, lo que hacen es promover una lucha de enclasamientos, es decir, una tensión de fuerzas por permanecer en cualquiera de los tres subespacios mencionados (normalidad, anormalidad o de lo extraordinario), dependiendo de los intereses tanto del campo en cuestión, como los de los agentes en lucha. El llamado *Síndrome de Asperger*, como ha sido definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM), es un claro ejemplo de esta lucha enclasante. Síndrome de Asperger, la definición de una nueva patología

Leo Kanner y Hans Asperger fueron considerados como pioneros en la investigación de la condición del autismo y del *Síndrome de Asperger*. Sin embargo, se observan antecedentes en el siglo XVI, con Johannes Mathesius, quien relata la historia de un joven que corresponde con los rasgos que ahora se consideran como autismo. Otro caso, es el de Fray Junípero Serra, quien ejemplifica síntomas como: no comprender claves sociales o lenguaje pragmático, no detectar la intencionalidad del comportamiento de los demás y tener serias dificultades para comprender el lenguaje no verbal. Sin embargo, la palabra autismo fue utilizada desde 1911, por Paul Eugen Blumer, para identificar a una alteración de la esquizofrenia sobre una tendencia de aislamiento de la realidad externa (Artigas y Paula, 2011).

Leo Kanner, médico originario de Austria, realizó investigaciones sobre psiquiatría infantil, identificando que algunos niños se caracterizaban por tener pautas repetitivas de ruidos y movimientos, así como falta de reacción ante el lenguaje verbal e incapacidad para relacionarse socialmente, mostrando aislamiento extremo y adherencia a rutinas. Utilizó el término autismo para describir esta condición, desvinculando estas características de la esquizofrenia, como inicialmente se había planteado por Eugen Blumer.

El significado actual del autismo se deriva de la publicación *Autistic disturbances of affective contact*, realizada por Kanner, en 1943, en Estados Unidos. Los casos documentados por Leo Kanner sirvieron de guía para la definición de los criterios diagnósticos: aislamiento profundo, deseo obsesivo de preservar la identidad, relación intensa con los objetos, conservación de una actitud inteligente y alteraciones en el lenguaje, relacionadas con mutismo o por falta de sentido comunicativo (Artigas y Paula, 2011).

En 1944, en Viena, el pediatra Hans Asperger documentó varios casos de niños con capacidades sociales y cognitivas inusuales, para lo que utilizaba el término “Psicopatía autista”. Las características eran identificables alrededor de los dos años y formaban parte de la persona hasta la vida adulta, por lo que Asperger orientó sus investigaciones hacia el diseño de estrategias para que estos niños se adaptaran a la sociedad (Cererorls, 2010). Hans Asperger y Leo Kanner no generaron ningún tipo de contacto entre sí. Actualmente, podemos identificar que la diferencia principal entre los casos documentados, en ambos trabajos, se sitúan con relación a que los niños “Asperger” manifiestan un lenguaje estructurado y un desarrollo cognitivo considerado “normal” o en algunos casos clasificado como “superior al promedio”.

Posteriormente, Lorna Wing retoma las investigaciones de Hans Asperger y denomina a este conjunto de características como “Síndrome de Asperger”, en un artículo publicado en 1981. Wing identifica que las características aparecen en los pacientes a edades muy tempranas, posteriormente, desarrollan un lenguaje fluido, falta de empatía, interacción ingenua y unilateral, habla pedante y repetitiva, pobre comunicación no verbal, posturas extrañas, movimientos torpes y un inusual interés en temas específicos (Atwood, 2009). Al definir estas características, a partir de las investigaciones de Hans Asperger, se hace evidente que la “psicopatía autista”, mostraba características específicas que la diferencian del autismo clásico, por lo que son dos patologías completamente diferentes. Sin embargo, en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, versión V, emitido en 2013 (DSM-V), se ha planteado que la creación de espectros es necesaria, debido a que los límites entre patologías son permeables.

No obstante, la condición patológica se convertirá en “existente” hasta que sea reconocida por las instituciones que orientan las prácticas en el área de la salud mental. Es en 1993, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye el término “Síndrome de Asperger” en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* y un año después, se incluye en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM-IV (en español, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (Cererorls, 2010).

Cuando se asigna un diagnóstico a una condición, se nombra también a los cuerpos que la presentan, esto es, a las personas con las características establecidas por el manual. Lo que es mencionado por Bourdieu (2005), como el reconocimiento del cuerpo a partir de la institución; se convierte en existente, le brinda a la persona la forma en la que será percibida por otros en el contexto social. Por ejemplo, un estudiante con Síndrome de Asperger será atendido en el contexto escolar bajo criterios específicos con relación a la inclusión educativa, será un trato distinto al de otros compañeros y se realizarán adecuaciones curriculares, de acuerdo a lo que los manuales indican, determinándolo así a un proceso de enclasmiento.

El Síndrome de Asperger en los manuales DSM como lucha enclasmiente

La psicopatología es la encargada de delimitar conceptos, con validez universal en cuanto a las patologías mentales, esto en la búsqueda por generalizar las condiciones psicológicas, psiquiátricas o neurológicas. Esta disciplina se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los trastornos (Vallejo, 2011). Los criterios diagnósticos se establecen en diversos manuales, utilizados de manera general en el ámbito de la psicología o la psiquiatría, orientando las prácticas clasificatorias de los agentes a los que se les imponen esos esquemas de clasificación.

Las primeras clasificaciones de los trastornos psicológicos provienen de Grecia en el siglo IV a.C., en donde Hipócrates realiza una clara distinción entre manía y melancolía. En 1899, Kraepelin elaboró un esquema clasificatorio de acuerdo a síntomas que constituían un síndrome, tomando en cuenta causas orgánicas de carácter hereditario, metabólico o alteraciones cerebrales, por ello es considerado el padre de la clasificación de los trastornos mentales (Del Barrio, 2009). Fue tras la Segunda Guerra Mundial que surgieron repercusiones en la salud mental de una gran cantidad de personas, por lo que fue necesario establecer un lenguaje común clasificatorio y es entonces cuando nace el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), que por su nombre en inglés es conocido con las siglas: DSM, seguido de letras y/o números que indican las diferentes versiones.

Con tal surgimiento, es clara la necesidad de establecer un lenguaje común clasificatorio con relación al contexto real que se vivía en ese momento, situaciones de carácter social provocaron modificaciones conductuales en las personas que participaron en la guerra o que perdieron

familiares en ella, así como vivir en un panorama incierto con relación al empleo e ingresos económicos.

Para los profesionales de la salud mental y de la salud en general, resultó una necesidad apremiante brindar atención a estos casos, sin duda, a pesar de que cada persona ha vivido historias diversas, será fundamental identificar rasgos comunes para poder generar estrategias generalizadas. Cada persona tiene un nombre, sin embargo, sus pensamientos, sentimientos y conductas, recibirán una misma palabra que simplificará

la clasificación de la realidad individual inmediata. El primero de estos manuales aparece en el año 1900, seguido de las versiones DSM-I en 1952, DSM-II en 1968, DSM-III en 1980, DS M-III R en 1987, DSM-IV en 1994, DSM-IV-R en 1998, DSM-IV-TR en el año 2000 (Del Barrio, 2009), y por último el DSM-V publicado en 2013 (Cía, 2013).

En la tabla 1, se identifican las ideas principales sobre las luchas que se relacionan con la elaboración de manuales DSM.

Tabla 1. *Elaboración de manuales DSM.*

Manual	Año	Psicopatologías incluidas	Principales participantes	Número de páginas	Número de categorías psicopatológicas
DSM-I	1952	<ul style="list-style-type: none"> Surge a partir de la necesidad de poseer un lenguaje común clasificatorio para la población en Estados Unidos, tras la segunda Guerra Mundial. Es criticado de manera contundente por Spitzer. 	<ul style="list-style-type: none"> Meyer Menninguer Presencia de psiquiatras pertenecientes al ejército de Estados Unidos. 	130	106
DSM-II	1968	<ul style="list-style-type: none"> Se orienta bajo la influencia del psicoanálisis y la perspectiva neokrapeliana. 	<ul style="list-style-type: none"> Meyer Menninguer 	134	182
DSM-III	1980	<ul style="list-style-type: none"> Es utilizado de manera generalizada por diversos países. Tuvo como objetivo que el manual pudiera ser utilizado por diversos tipos de profesionales de la salud. Se eliminan algunos términos de carácter psicoanalítico como "neurosis" al transformarse en "trastornos de ansiedad". 	<ul style="list-style-type: none"> Se integra como líder del grupo de trabajo Spitzer, quien generó críticas al primer manual. Diversas academias estadounidenses de psiquiatría 	494	265
DSM-III-R	1987	<ul style="list-style-type: none"> Se refiere a la revisión del manual DSM-III, se reorganizan las categorías sobre trastornos afectivos e hiperactividad. Esta revisión produce un uso generalizado del DSM. 	<ul style="list-style-type: none"> Grupo liderado por Spitzer. 	567	292
DSM-IV	1994	<ul style="list-style-type: none"> Se busca que los criterios sean breves y con un lenguaje claro, así como una descripción explícita de los constructos. Se incorporan los trastornos de la alimentación, así como los trastornos cognitivos y los trastornos del desarrollo severos, entre ellos el Síndrome de Asperger. 	<ul style="list-style-type: none"> Allen Frances Harold Alan Pincus Participación de grupos internacionales, quienes tomaron en cuenta las orientaciones de clasificación utilizadas en Europa. 	886	297
DSM-IV-TR	2000	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza la revisión de la versión DSM-IV, clarificando las categorías diagnósticas. Son incluidas mayores especificaciones para los trastornos generalizados del desarrollo. Incluye aspectos diferenciales sobre el Síndrome de Asperger. 	<ul style="list-style-type: none"> Allen Frances Grupos de profesionales sobre cada área. 	943	297

DSM-V	2013	<ul style="list-style-type: none"> Se integra al Síndrome de Asperger dentro de una nueva categoría denominada "Trastorno del Espectro Autista" Ha sido criticado por la inclusión de condiciones que refieren a la patologización de comportamientos de la vida cotidiana, como por ejemplo el trastorno disfórico premenstrual. Criticado por Allen Frances por considerar que se orienta hacia una inflación de diagnósticos. 	<ul style="list-style-type: none"> David Kupper Darrel Regier <p>69% del Comité directivo se encuentra relacionado con la industria farmacéutica.</p>	947	216
-------	------	---	---	-----	-----

Fuente: Elaboración propia con base en Del Barrio (2009); Caponi (2016); García (2011).

Cada uno de los manuales respondieron a las necesidades clasificatorias de los trastornos detectados de acuerdo a la época en la que fueron publicados, y se han modificado constantemente, incluyendo o retirando patologías, así como estableciendo distintas categorías y criterios diagnósticos. El contexto histórico en el que fue creado el DSM 1, así como las características de lo que la sociedad considera normal y anormal, es completamente distinto al actual, por ello, las condiciones y patologías establecidas en dichos manuales son diversas.

Uno de los cambios más controversiales sobre los diagnósticos en los manuales DSM, fue la modificación de la homosexualidad como psicopatología, esto, a partir de 1973, en donde únicamente se conserva la condición de "homosexualidad egodistónica", haciendo referencia a las personas que no se encuentran de acuerdo con percibirse como homosexuales. Esta acción fue seguida por el manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) al eliminarla también. Si bien fue una modificación en un texto, ello implicó diversas transformaciones en la vida social, desde cuestiones orientadas sobre derechos humanos, búsqueda de ajustes en la normativa existente, situaciones de carácter económico e incluso utilizado a favor del marketing en diversas empresas. Esta modificación en los manuales de clasificación es un ejemplo de los efectos que se producen en la vida social, a partir de sus nomenclaturas. Es necesario reconocer la importancia que tiene el capital simbólico, que Bourdieu (1999) define como aquellos elementos de reconocimiento o de consagración, honor, prestigio, reputación, etcétera. Por ejemplo, el ser un científico reconocido en el campo de la psicopatología, la psicología o la psiquiatría, permite que sus postulados tengan valor para otros profesionales. Esto porque el capital simbólico de los grupos de profesionales que se encuentran detrás de los manuales de clasificación, les brinda el reconocimiento en el campo de la salud mental. Por tanto, sus definiciones y clasificaciones se establecerán como verdades absolutas, incuestionables.

Por lo que resulta imprescindible cuestionar, ¿quiénes determinan qué profesionales pueden formar parte de estos selectos grupos?, ¿cuáles son los criterios para considerar la inclusión o la exclusión de las personas que elaboran los manuales?, ¿cómo influye la comunidad científica en la toma de decisiones para la inclusión o la exclusión de psicopatologías en los manuales?

Las personas involucradas en la toma de decisiones y elaboración de los manuales de clasificación es un tema que llama peculiarmente la atención, como se observa en la tabla anterior. Durante la elaboración del manual DSM I, se contó con la presencia de psiquiatras del ejército de Estados Unidos, cuya perspectiva estaría necesariamente relacionada con el contexto de la guerra, donde surge la necesidad de un manual clasificatorio para población estadounidense, al no concordar con las nomenclaturas europeas. El desacuerdo en las nominaciones manifiesta la lucha de clases o de enclasmientos, como se ha abordado anteriormente.

En el manual DSM II se identifica una clara orientación psicoanalítica, lo que puede referir a que las personas implicadas en la coordinación del manual coincidían con esta corriente. Hay que recordar que el psicoanálisis ha sido duramente criticado por la sociología y la filosofía. En el caso de la psicología, se considera como un precedente para la atención en salud mental, sin embargo, su carácter subjetivo impide el acercamiento a la generalización. En psicología existen actualmente diversas corrientes que orientan la práctica clínica, la utilización de una u otra depende del momento histórico, las tendencias, la formación académica del profesional de la salud mental y el área geográfica. Ejemplo de ello es que en México, la mayoría de los protocolos de atención psicológica en las dependencias de gobierno federal y estatales se realizan bajo la corriente cognitivo conductual, lo que significa una lucha de enclasmientos científicos, reconvertida en luchas políticas al imponer una visión científica hacia las instituciones por parte de esa perspectiva psicológica y desde las instituciones a los que ocupan una posición dominada respecto a ellas.

Otra de las luchas que podemos observar, en la historia de la elaboración de los manuales, corresponde a los líderes de los grupos de trabajo. Es el caso de Robert Spitzer, quien criticó las versiones anteriores de los manuales para luego integrarse a la elaboración de los mismos en las versiones DSM III y DSM III R, en donde existió una amplia presencia de asociaciones estadounidenses de psiquiatría, desligando la perspectiva psicoanalítica.

Los manuales DSM III y DSM III R fueron criticados por Allen Frances, quien se convierte en líder de las siguientes versiones del manual DSM IV y DSM V TR, en estas ediciones se contemplan aspectos de las clasificaciones europeas, siendo una decisión clave para la generalización del uso de los manuales. Para la elaboración del manual DSM-V, Allen Frances ya no forma parte del equipo de elaboración, por lo que ha generado fuertes críticas al respecto debido a la controversial participación de integrantes vinculados con la industria farmacéutica.

No es posible desligar la subjetividad de los profesionales que forman parte de la elaboración de los manuales DSM, ya que la práctica se encuentra permeada de las influencias sociales. Es el yo el que comprende en la práctica el espacio físico y el espacio social (Bourdieu, 1999). Los investigadores entonces, se encuentran inscritos e implicados en contextos que los orientan a determinar lo que es normal y anormal. En este sentido, los criterios del DSM, en todas sus formas, son subjetividad impuesta, o mejor dicho, intersubjetividad consensuada por un grupo selecto, e impuesta hacia una colectividad pasiva.

En el caso del Síndrome de Asperger, se observan diversos cambios relativamente recientes con relación a su aparición en los manuales, y posteriormente, su modificación en la nomenclatura utilizada para clasificar a las personas que manifiestan los criterios diagnósticos.

Lorna Wing, en 1981, acuñó el término de *Síndrome de Asperger*, orientándose bajo los precedentes de Hans Asperger y como se observa en la tabla 1, este Síndrome ingresa al manual DSM IV en 1994, como Trastorno de Asperger. Los aspectos diferenciales se definen en el manual DSM IV TR, en el cual se establecen los elementos para un diagnóstico "más preciso".

Dentro del manual DSM IV, el denominado "Trastorno de Asperger" se establece como una alteración grave y persistente de la interacción social, con desarrollo de patrones de comportamiento repetitivos y actividades restrictivas. Se consideraba que el trastorno podía dar lugar a un deterioro en las actividades sociales y laborales. Uno de los criterios diferenciales sobre el trastorno autista consideró que en este trastorno no existirían retrasos significativos en el desarrollo

cognoscitivo ni de lenguaje. Para distinguirlo de otras condiciones, se apunta en el diagnóstico diferencial que no se cumplirá con esta categoría si existe esquizofrenia, lo que es importante de retomar, debido a que la característica "autista" era evaluada como un síntoma de esquizofrenia. Dentro del apartado referente a la prevalencia se indica que la información disponible era limitada, pero parece ser más frecuente en varones (APA, 1995).

Actualmente, la práctica clínica se orienta sobre la utilización del manual DSM-V, el cual se realizó durante varias etapas, a partir de 1999. Para ello, se recopilaban notas técnicas sobre avances neurocientíficos en psicopatología y psiquiatría, analizando las expresiones de cada trastorno con relación a la función del ciclo vital, el sexo y características culturales. Sin embargo, en comparación con el comité directivo del DSM-IV, el equipo del DSM-V contó con un número limitado de psicólogos clínicos considerados "de prestigio" (Sandín, 2013). Con esta afirmación, surge nuevamente el cuestionamiento sobre quiénes o qué atributos se consideran para determinar que un profesional de la salud mental es o no "de prestigio". Se asegura que el equipo de colaboradores para la elaboración del DSM-V se encontró compuesto por un 69% por personas relacionadas con la industria farmacéutica.

El DSM-V estuvo precedido por una gran expectativa y provocó gran controversia entre los investigadores de la salud mental, debido a las modificaciones realizadas, enfocadas a la aparición de nuevos trastornos y la clasificación por espectros.

Uno de los principales cambios que tuvo el manual DSM-V fue la construcción de "espectros" de diagnóstico, para lo cual se integraron dos tipos de parámetros: a) los espectros o equivalentes dimensionales para diagnósticos y, b) las evaluaciones dimensionales. Entre estos cambios se incluye al Síndrome de Asperger, dentro del "Trastorno del Espectro Autista".

Al concebir al Trastorno del Espectro Autista, como un grupo que engloba a diversos trastornos, es necesario mencionar las especificaciones sobre las dimensiones (espectros) clínicamente relevantes. Se consideran a algunos grupos o conjuntos de síntomas que pueden implicar múltiples categorías diagnósticas para un grupo de trastornos mentales. Los elementos externos, que son sugeridos para la creación de un grupo compartido de trastornos, se refieren a sustratos neurológicos, biomarcadores, antecedentes comportamentales, procesos cognitivos y emocionales, factores de riesgo genético, factores de riesgo ambiental, similitud de síntomas, altas tasas de comorbilidad entre trastornos a partir de las definiciones actuales, evolución de la

enfermedad y respuesta a los tratamientos (Sandín, 2013).

Actualmente, el Síndrome de Asperger es diagnosticado como “Trastorno del Espectro Autista”, especificando detalles como: con o sin déficit intelectual, con o sin deterioro del lenguaje, asociado a una afección médica, asociado a otro trastorno del neurodesarrollo y catatonía (APA, 2014).

Es decir, los trastornos que se engloban dentro del espectro autista fueron unidos en una misma clasificación, debido a que se piensa que cuentan con similitudes o comorbilidades. Sin embargo, estas posibles coincidencias se refieren a cuestiones generales y no a las peculiaridades de las condiciones, lo que desdibuja la noción de la condición que ha sido considerada como tal durante años. El autista clásico tiene características que no serán comparables con la persona que presenta el Síndrome de Asperger. Es necesario considerar que el proceso diagnóstico en la práctica clínica de la salud mental, regularmente se encuentra orientada por un trabajo colaborativo entre profesionales de la salud mental, que se orientarán por los manuales de clasificación, tomando estos parámetros como única verdad, clasificando a las personas dentro de estas categorías.

Discusión y Conclusiones

Contar con un diagnóstico de Síndrome de Asperger tendrá implicaciones específicas en diversos ámbitos de la vida de cada persona así clasificada. Por ejemplo, en el campo de la salud, y tras la sospecha de otro, será necesario acudir a valoración psicológica y neurológica. Por otra parte, en el área educativa se considerará la implementación de estrategias para facilitar el aprendizaje de acuerdo a las características neurológicas que se presentan.

La inclusión del Síndrome de Asperger, en los manuales de clasificación, ha producido efectos en las instituciones, a partir de la generación de ordenamientos jurídicos en respuesta a la existencia de la condición. Ejemplo de ello es la existencia de la Ley General de Protección a Personas con la condición del Trastorno del Espectro Autista (2015), aprobada en México. Este documento promueve, como el nombre lo indica, la protección de los derechos y necesidades fundamentales de las personas que se encuentran consideradas con estas características.

El cuerpo de la persona clasificada con Síndrome de Asperger se constituye de formas determinadas a partir de la institucionalización del reconocimiento del cuerpo por parte de los otros (Bourdieu, 1999). Esta institucionalización se produce a partir de la clasificación recibida desde de los manuales, ya sea que las

características sean nombradas como Síndrome de Asperger, Trastorno de Asperger o Trastorno del Espectro Autista, y la connotación será favorable o desfavorable para la persona en los diversos campos en los que se encuentra inserto.

Actualmente, algunas personas clasificadas con autismo o Síndrome de Asperger consideran que no es un trastorno sino un estilo cognitivo diferente a lo que denominan “neurodiversidad”, diferenciando a la mayoría de la población como “neurotípicos”. Por ello, a partir de esta percepción, existe un rechazo a las terapias o “ayudas” para modificar las conductas que se consideran fuera de la “normalidad” (Quintero, 2020). Este Movimiento Asperger se conforma de personas que presentan las características de éste y se autoproclaman “Aspies”, en contra de las nominaciones oficiales, declarando que no están enfermos y no necesitan ser curados (Osteen, 2010). En esto se manifiesta la lucha de los sujetos por no ser clasificados en clasificaciones degradantes y adoptan otras nominaciones menos agresivas en su autodefinición.

El Síndrome de Asperger ha sido considerado como una condición y busca evitar ser denominado con el mote de “discapacidad”. Las personas con Síndrome de Asperger presentan características que pueden ser, incluso, no perceptibles de manera inmediata. Es importante retomar que la percepción de la condición se deriva de la noción de cuerpo, lo que Bourdieu denomina (1999) institucionalización de los cuerpos. El yo que comprende en la práctica el espacio físico y el espacio social se encuentra determinado no necesariamente por el sujeto, sino por un sistema de disposiciones que si son duraderas serán denominadas *habitus* (Bourdieu, 1999). Es decir, que el cuerpo no se considera por sí mismo como poseedor del Síndrome de Asperger o de alguna otra condición, sino que es una construcción que se determina a partir de las disposiciones que corresponden al espacio social en el que se encuentra inserto, a partir de la imposición a ser o no clasificado así por el otro, que siempre es un agente externo, social.

Detrás de la pretensión de separar al Asperger de las clasificaciones de los trastornos mentales, se puede inferir una búsqueda de reconstruir el capital simbólico, aquel capital de cualquier agente dotado de características de percepción, cuando se es conocido y reconocido como natural (Bourdieu, 1990) que rodea actualmente a una persona clasificada con estas características. Al encontrarse descrito dentro de los manuales, junto con diversas patologías, la connotación social percibida resulta negativa, por lo que considerarse fuera de ella posiciona al sujeto en una nueva clasificación.

Las distinciones son el producto de la aplicación de esquemas de construcción, como lo son los adjetivos empleados para enunciar (Bourdieu, 1985) a alguien como “enfermo”, “no enfermo”, “trastornado” “no trastornado”, “asperger”, “no asperger”, “neurodiverso” “neurotípico”, lo que produce en sí una posición y un capital simbólico asignado.

Las palabras utilizadas para nombrar a una condición o patología, resultan herramientas para clasificar a los agentes, brindan propiedades que distinguen y agrupan con relación a las semejanzas y diferencias. Así como en las clases sociales, dentro de los “trastornos mentales”, que se definen en los manuales, existen también niveles o jerarquías que posibilitan o imposibilitan a los agentes para su participación en los campos. Por ejemplo, para ingresar a un espacio laboral, los reclutadores de recursos humanos, determinarían si una persona que presenta rasgos que pudieran poner en riesgo la vida de los otros, seguramente sería rechazada para ser contratada. Sin embargo, en el caso del Síndrome de Asperger, podrían destacarse las habilidades para la organización o para actividades que no impliquen el desarrollo de relaciones sociales complejas. Presentando este par de ejemplos, es posible identificar que la clasificación de cada uno de ellos será particularmente distinta, así como las posiciones que ocuparán en el espacio social.

Las transformaciones de la sociedad, las características comunes de la vida y las problemáticas sociales existentes producen la aparición de nuevas condiciones en los seres humanos, entre lo que se considera normal o anormal entre la mayoría de las personas, por lo que esta clasificación será siempre moldeable de acuerdo al contexto histórico y geográfico. Resulta probable entonces, que lo que actualmente se encuentre considerado como psicopatología o condición fuera de la normalidad, al paso de unos años se modifique para considerarse como parte de una “diversidad” o “neurodiversidad”, como actualmente es propuesto por la comunidad Asperger para evitar la discriminación.

Las reclasificaciones y las actualizaciones del DSM están estrechamente vinculadas a los intereses de grupos específicos o de las posiciones dominantes en los grupos. La tabla 1 permite detectar parte de estos intereses e identificar que las modificaciones son resultado de la lucha de enclasmientos, dado que en el campo científico la enunciación de una verdad socialmente construida, su reconocimiento y aceptación, favorecen a una tasa de reconversión de otros beneficios sociales tales como distinción, fama, mayores emolumentos económicos y la posibilidad de mejorar la posición social actualmente ocupada por el científico enclasmante, entre otros posibles.

Las definiciones legítimas son las que tienden a imponer también la percepción del mundo que pretende describir. La ciencia no está exenta de ser considerada como un campo de luchas, y en este caso, las variaciones de los casos que amparan a ciertas enfermedades en diversos manuales DSM y son excluidas en otros, no son sino una manifestación de esa lucha enclasmante, lo que pone en cuestionamiento la tan pretendida objetividad con la que actúan los científicos.

En investigaciones previas, Pierre Bourdieu (2003) develó cómo el campo científico es un campo como cualquier otro, con sus posiciones dominantes y dominadas, con una distribución desigual de los recursos ahí producidos y circundantes, donde las mejores posiciones obtienen los beneficios de esos recursos. El desarrollo de los manuales del DSM es un caso particular donde las tensiones entre lo que debe y no ser considerado como una patología muestran que, más que un sistema de criterios patológicos, son manuales con carácter jurídico, capaces de convertir a alguien como “normal” o “anormal”, como “sano” o “enfermo”.

La historia de la ciencia devela cómo el cambio de la explicación geocéntrica por la heliocéntrica produjo efectos dentro del campo científico de la astronomía, arrebatando primero del capital simbólico al primero al quitarle credibilidad a ese sistema explicativo y adjudicándose al segundo. No sólo eso, también los beneficios derivados de este cambio de concentración de este tipo de capital simbólico se reconvierten en otro tipo de capitales: económico, social y cultural, retraducidos en dinero, fama y relaciones sociales así como producción informacional del nuevo sistema explicativo.

Los manuales DSM son el resultado de convenciones y conveniencias de los grupos sociales detrás de ellos, que operan, no por el amor a la ciencia por la ciencia misma, sino por otros intereses estrechamente ligados a los beneficios antes mencionados. Los manuales no hacen sino objetivar una verdad sobre el mundo de las patologías en el campo de la salud mental, una verdad sesgada por intereses no detectables a primera vista.

La cronología de los manuales es, a la vez, la objetivación de las luchas científicas por definir e imponer qué es “normal” de lo que no lo sea a lo largo del tiempo. Este breve ejercicio, si bien no revoca las enunciaciones legítimamente aceptadas en una formación social o en un campo, sí permite ver grosso modo cómo lo que es rechazado o ignorado en un momento dado, puede ser aceptado y reconocido en otro, lo que permite vislumbrar cómo las definiciones legítimas no son eternas, sino que obedecen al tiempo y al espacio en las que fueron elaboradas, evitando así el concebir dichas clasificaciones como esencias, como si

tuviesen vida propia, olvidando su nexo social, pues como señala Bourdieu (1990: 48), “Si hay una verdad, esta es que la verdad es un objeto de lucha”, donde las verdades científicas en términos de salud y normalidad no son la excepción.

Referencias

- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (1995). *DSM –IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders TR*. Arlington: Masson.
- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington: Editorial medica panamericana.
- Artigas, José.& Paula, Isabel. (2011). Asperger 70 años después de Hans Asperger y Leo Kanner. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16534/16374>
- Atwood, Tony. (2009). *Una guía para padres y profesionales*. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/49737066/sindrome-de-asperger-una-guia-para-padres-y-profesionales-tony-attwood>
- Báez, Jairo. (2012). Normality, abnormality, and crisis. *Tesis Psicológica*, 7(2), 134-145. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/tesis-psicologica/articulo/normalidad-anormalidad-y-crisis>
- Bourdieu, Pierre & Teubner, Gunther. (2000). *La fuerza del derecho*. Siglo del Hombre. Colombia: Ediciones Uniandes.
- Bourdieu, Pierre, & Chartier, Roger. (2011). *El sociólogo y el historiador*. Madrid: Abada editores.
- Bourdieu, Pierre. (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.
- Bourdieu, Pierre. (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, Pierre. (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. (2003). *El oficio de científico Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. (2009). *La eficacia simbólica: religión y política*. Buenos Aires: Biblos.
- Bourdieu, Pierre. (2012). *Bosquejo de una teoría de la práctica*. Buenos Aires: Prometeo libros.
- Bourdieu, Pierre. (2019). *Curso de sociología general*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Campuzano, Mario. (2009). La postmodernidad y su influencia en los individuos, los conjuntos sociales, la psicopatología y el psicoanálisis. *Vínculo-Revista do NESME*, 6(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1394/139412684007/>
- Caponi, Sandra. (2016). La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. *Metatheoria*. Disponible en: <https://www.metatheoria.com.ar/index.php/m/article/view/179/217>
- Cererorls, Ramón. (2010). *Descubrir el Asperger*. Disponible en: <http://www.psicodiagnosis.es/downloads/asperger-espa.pdf>
- Cía, Alfredo. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5): Un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, volumen 76 (4), páginas 210-217. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3720/372036946004/>
- Del Barrio, Victoria. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, volumen 30 (2), 81-90. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36354633/Dialnet-RaicesYEvolutionDelDSM-3043153.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500592451&Signature=kgHowj%2Fto9C7vhWP5QloPwoYN%2Fs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRaices_y_evolucion_del_DS_M.pdf
- Diccionario de la Lengua Española. (2017). *Real Academia Española..* <https://www.rae.es>
- Favela, Margarita. (2002). *Análisis de la acción social en Bourdieu. Ensayos sobre Bourdieu*. México: Plaza y Valds.
- Foucault, Michael. (1998). *Los anormales*. Madrid: Akal.
- Foucault, Michael. (2001). *Defender la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michael. (2007). *Historia de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frances, Allen. (2013). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Barcelona: Ariel.
- García, Andrés (1997). *La violencia de las formas jurídicas*. Barcelona: Cedecs editorial.
- Goffman, Erving (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista. (2015). Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAPPEA_270516.pdf
- Marietan, Hugo. (2010). Sobre los conceptos de salud/ enfermedad-normalidad/anormalidad. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. https://dcb073d0d.cbaul-cdnwnd.com/b771309f95a1cc27e03612be84eee2f6/200000018-bd40ebd861/Alcmeon%202%20-Sobre%20los%20conceptos%20de%20salud_enfermedad-normalidad_%20anormalidad.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Osteen, Mark. (2010). *Autism and representation*. Nueva York: Routledge
- Palacio, Lina. (2013). Sobre el concepto de Anormalidad. *Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*, 5(7). Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/artic/e/viewFile/20331/17171>
- Pittaluga, Gustavo. (1954). *Temperamento, carácter y personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quintero, Lilian. (2020). El autismo: relaciones peculiares con el ambiente y con las personas. *Reaxxion Ciencia y Tecnología Universitaria*. Disponible en: http://reaxion.utleon.edu.mx/Art_Autismo_Lilian_Quintero.html
- Rodríguez, Monclus. (2011). La naturaleza humana en Aristóteles. *Fragmentos de filosofía*, 9, 119-146. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3804860.pdf>
- Sandín, Bonifacio. (2013). DSM-V: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, volumen 18(3), páginas 255-286. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12925/11972>
- Vallejo, Julio. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier masson. Medwyn Goodall – Hospitality