



UNR Universidad
Nacional de Rosario

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Ensayo

¿Diagnósticos o clasificaciones? Prácticas subjetivantes y prácticas medicalizadoras en las infancias.

Autora: Antoun, Paula Sofía

Legajo: A-5292/2

Docente responsable: Bertaccini, Alicia

-2020-

Índice

Resumen.....	3
Introducción a la problemática.....	4
Paradigmas de diagnóstico e intervención.....	8
Acerca del diagnóstico.....	12
Juego como apuesta en la clínica con niños.....	15
Los derechos de los niños en juego.....	19
Reflexiones finales.....	21
Referencias bibliográficas.....	23

Resumen

En el presente Ensayo, se buscó poner en cuestión a las prácticas medicalizadoras y patologizantes que se imponen en nuestros tiempos, en la comprensión y tratamiento de los conflictos que manifiestan los niños. Tales prácticas se sostienen en una lógica clasificatoria que definen modalidades de intervención en la clínica y otras prácticas con la infancia, basadas en postulados organicistas que dejan de lado la singularidad del sujeto y su historia. Se abordó el análisis desde una perspectiva psicoanalítica, entendiendo que sus desarrollos teóricos intentan dar cuenta de los procesos constitutivos del psiquismo y la subjetividad, como también acerca de la producción de los conflictos y trastornos, en relación a la complejidad de las tramas socioculturales en las que los sujetos se constituyen. Tales teorías determinan modos consecuentes de prácticas que las fundamentan y generan efectos en los sujetos de dichas prácticas. Se propuso al juego como principal técnica de trabajo en la clínica con niños, sostenida desde el paradigma de la complejidad, con una base epistémica psicoanalítica. Se llevó a cabo un recorrido sobre los principales referentes teóricos que han sido fundamentales para pensar al juego como intervención posible. Por último, se arribó a reflexiones que lejos de ser finales, contribuyan al campo de reflexión sobre las prácticas psicológicas con la infancia, sostenidas en un paradigma de derechos, y distanciadas del paradigma medicalizador.

Palabras clave: Medicalización - Psicoanálisis - Diagnóstico - Juego - Derechos.

Introducción a la problemática: medicalización en las infancias

“Lo esencial es invisible a los ojos”.

Antoine de Saint-Exupéry

Allá por 1943 el autor del gran aclamado *El principito* nos regalaba esta frase que resulta tan apropiada para reflejar el espíritu del presente ensayo. Actualmente, vivimos en una cultura que prioriza aspectos como la imagen, la inmediatez, el rendimiento, la eficacia, las soluciones rápidas, entre otros. Ante este panorama, el presente escrito se propone poner en cuestión dichas valorizaciones, que se engloban en la lógica de la medicalización, dentro de un paradigma, que, basándonos en los planteamientos de Juan Vasen (2011b), podemos llamar *clasificadorio* o *categorial*.

Tal paradigma desembocó en una tendencia patologizante y medicalizante, se enfocó en crear nuevas etiquetas diagnósticas, desconociendo el contexto y la historia de los sujetos que padecen, y concibiendo los problemas de la vida como enfermedades. El paradigma medicalizante centra su atención en lo que se presenta como observable en los individuos con los que trabaja, en lo manifiesto, en síntomas perceptibles. Es la clasificación de conductas visibles la que genera el nacimiento de nuevos cuadros como el Desorden de Déficit de Atención (de aquí en adelante ADD), o con el agregado de hiperactividad (ADHD); Trastorno Generalizado del Desarrollo (de aquí en adelante TGD) que a su vez incluye otros cuadros tales como el Síndrome de Asperger, el Síndrome de Disociación Infantil, el Síndrome de Rett, y el TGD no especificado; Trastornos de ansiedad; Trastorno límite de la personalidad o borderline; Trastornos Oposicionistas y Desafiantes; Bipolaridad, y así podríamos seguir nombrando la abrumadora multiplicidad de clasificaciones presentes en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (de aquí en adelante DSM). En el presente ensayo, nos ocuparemos de poner en cuestión estos diagnósticos.

Cabe preguntarnos como profesionales de la salud mental, ¿podemos desplegar nuestra labor basándonos, exclusivamente, en lo manifiesto y aparente? O, en cambio, deberíamos ser capaces de disponer nuestra escucha para que el sujeto pueda acceder a lo que escapa a su consciencia, a lo desconocido de sí. Recurriendo a las soluciones rápidas e ilusorias que prometen los psicofármacos ¿se garantiza la cura? ¿o sólo se acalla momentáneamente el síntoma? Sabemos por Sigmund Freud que lo reprimido subsiste en el inconsciente, y mediante formaciones sustitutivas buscará expresarse de alguna forma. Volviendo nuestra mirada a la célebre frase del Principito, viene al caso para interrogarnos sobre la especificidad de las prácticas psicológicas ¿nuestra tarea se trata de acudir a soluciones inmediatas? o bien, ¿deberíamos poder sostener los interrogantes para adentrarnos en lo que es invisible a los ojos pero esencial?

Para el psicoanálisis, la palabra es primordial. Sigmund Freud, en *Pueden los legos ejercer el análisis?* (1992c) revaloriza el poder de la palabra, ya que sostiene que es un poderoso instrumento, y la cura en el tratamiento analítico se centra en la particular relación transferencial que se establece entre el analizante y el analista, siempre con mediación de la palabra.

Es a partir de la palabra que podemos ingresar al mundo singular del sujeto, es a través de ella que podremos construir un saber sobre su padecimiento abriendo perspectivas que den sentido a los síntomas y habiliten nuevas formas de tramitación de lo inconsciente.

Estos planteamientos son propios del quehacer del campo de la subjetividad, a diferencia del quehacer de la medicina que dirige su atención, principalmente, a manifestaciones orgánicas susceptibles de comprobación objetiva, más allá de lo que el sujeto pueda decir acerca de su padecer.

El problema que queremos resaltar aparece cuando se quiere dar respuesta a conflictos que no tienen que ver con lo orgánico, mediante la administración de psicofármacos. La medicina quiere abarcar problemáticas psicológicas y existenciales buscando el sustento corporal de las perturbaciones anímicas, porque para esta disciplina, la etiología es orgánica, y aquí reside la diferencia principal con el psicoanálisis.

Este modo de convertir a los problemas humanos en objeto de la medicina, la conducta, la existencia y el cuerpo, incorporados a una red de procedimientos técnicos, sanitarios y farmacológicos cada vez más abarcadora, es lo que se denomina *medicalización*. En la época actual, ya no hay nada que no se considere medicalizable, ni se concibe la existencia de una práctica corporal, la higiene, la sexualidad, etc., como no codificadas y controladas por la medicina, por ello, la medicina actual lo abarca todo.

Para comprender el término *medicalización*, recurrimos a Foucault, quien en *La vida de los hombres infames* (1996) realiza un recorrido histórico y político que nos permite comprender el concepto. El autor plantea que a partir del siglo XVIII, en Europa, la medicina se expande hacia otros campos que van más allá de los enfermos y las enfermedades. Se convierte en una práctica social (ya no individual) que se posiciona en la sociedad como autoridad, ubicando al hospital como aparato de medicalización colectiva. En el siglo XX, la medicina desborda su campo tradicional y deja de tener un campo exterior, produciéndose así una medicalización indefinida. El autor describe tal fenómeno expresando que: "En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado" (Foucault, 1996:78).

Actualmente el uso del DSM para regular las prácticas en salud mental, es el dispositivo que pone de relieve el nivel de deshumanización que ha alcanzado este criterio medicalizador de la vida humana. Francis Allen, director del DSM-IV, afirma que el nuevo DSM-V, difundido a partir del 2013, se ha transformado en una caja de Pandora, y que nos espera una pandemia de trastornos mentales (Allen, 2012).

Desde que los profesionales comenzaron a implementar el DSM- I (106 desórdenes), hasta la publicación del DSM- IV (357 desórdenes) se registra un aumento extremo en el diagnóstico de trastornos. Los estudios epidemiológicos realizados en la sociedad que se toma como modelo, Estados Unidos, reflejan que la mitad de los estadounidenses podrían presentar criterios para ser incluidos en un trastorno presente en el DSM-IV en algún momento de sus vidas (Vasen, 2011b). Estos estudios reflejan la clara expansión diagnóstica que se está desarrollando en las sociedades actuales. Un dato no menor es la correlación existente entre el diagnóstico de un trastorno, y la consiguiente administración de psicofármacos.

Este panorama actual nos exige cuestionar las prácticas medicalizadoras en las infancias, que han ido minando el terreno de la salud y la educación ejerciendo un dominio normalizador sobre los cuerpos y la vida, y un poder disciplinador sobre los niños, que por ser considerados hombres del mañana, se convierten en un blanco preferencial de intervenciones.

Podemos situar algunas razones que han sido determinantes en la intromisión de la medicina en la infancia. Según Foucault (2007), la relevancia que se le otorgó a la sexualidad autoerótica infantil y a cualquier manifestación de ella, ha sido un factor determinante. La medicina, ha ubicado a la masturbación infantil como causa de enfermedad, y ha culpabilizado a los padres que (ya sea por negligencia o por ignorancia) han permitido tales comportamientos; sosteniendo que podría esperarle un destino nefasto al niño que realiza estas prácticas. Se situó a sí misma como capaz de brindar los remedios a estas problemáticas. La medicina produjo un paralelismo entre masturbación

infantil e impulsividad, y en consecuencia, entre niño y futuro delincuente, logrando hacer de la infancia un objeto más de la psiquiatría.

La medicina se convierte así en una maquinaria capaz de vigilar y controlar las conductas, y el médico en un juez que cuestiona los comportamientos considerados anormales, que de no ser tratados, devendrían enfermedades.

En contraposición a esta representación construida por el discurso médico sobre la sexualidad infantil, ubicamos al discurso del psicoanálisis. Las ideas que desarrolla Sigmund Freud en *Tres ensayos para una teoría sexual* de 1905, le otorgan a la sexualidad infantil un lugar constituyente del sujeto.

Un niño transgresor no es un futuro delincuente, ni un niño introvertido con dificultades en sus vínculos quedará necesariamente fuera del mundo. Es imperioso sostener el carácter incógnito de las conductas infantiles, abrir interrogantes sobre las mismas, y darle tiempo al niño para que, con nuestro acompañamiento, advenga a nuevos modos que superen los impases conflictivos.

El poner en cuestión la problemática de la patologización y medicalización de las infancias no significa criticar los avances y desarrollos que ha logrado el campo de la medicina, cuestionarlo sería absurdo, ya que, a partir de dicho crecimiento, se pueden por ejemplo detectar enfermedades cada vez más tempranamente, y así posibilitar una mejor calidad de vida a los sujetos. Tampoco se trata de cuestionar los desarrollos de la industria farmacológica que permite aliviar grandes padecimientos; sino que a lo que apuntamos es a poner en cuestión el abordaje y las intervenciones que se realizan en la infancia desde esta perspectiva, ubicando bajo la lupa del discurso médico problemáticas que no son de su incumbencia.

Es de interés interrogarnos acerca del abuso que se realiza en las sociedades actuales del consumo de psicofármacos, como modo de aliviar rápidamente el malestar psicológico. Es decir que ponemos en cuestión la medicalización, y no el uso del medicamento cuando es necesario. El uso indiscriminado de psicofármacos bajo una lógica mercantil perjudica a las infancias.

La medicalización en las infancias es una tendencia hegemónica en las prácticas de salud que se extiende a la educación y la vida en general. Afecta la singularidad de los niños, dado que las intervenciones que se llevan a cabo desde este enfoque se basan en realizar una lectura biológica conductual de los signos, dejando de lado las características contextuales, vinculares, familiares e históricas, que determinan y condicionan al niño y a los adultos que lo rodean.

La patologización de la vida y la medicalización, implica una ampliación de las fronteras de la enfermedad, lo cual también conlleva el desarrollo y crecimiento de la industria farmacéutica para dar respuesta a estas nuevas enfermedades que se construyen. En este sentido, podemos pensar que el sistema de salud se ha ido convirtiendo en una maquinaria comercial que se rige con los principios del mercado, y podríamos plantear la expresión que se ha desarrollado en el último tiempo: *Disease Mongering*, traducida como promoción o tráfico de enfermedades, cuyo objetivo es la explotación económica a partir de la promoción de nuevas enfermedades.

La industria farmacéutica tiene un lugar de prominencia en lo que respecta a la medicalización de la vida, colaborando en la transformación de algunas situaciones normales en patológicas, y produciendo los fármacos dirigidos a curar esa nueva enfermedad que construyó. De este modo, toma como objeto y dirige su atención a aquellos sectores de la población que considera vulnerables y maleables, uno de estos sectores señalados son los niños y púberes.

Podemos aplicar el concepto de *Disease Mongering*, en el caso concreto de padecimientos subjetivos. En los últimos años, ha acrecentado el número de sujetos que son diagnosticados de fobia social. Diagnosticar una supuesta patología a partir de una

escala de medición en la que se evalúan características de la personalidad de un sujeto, como la timidez y la introversión, resulta absurdo. ¿Cómo sería posible determinar cuándo se supera el umbral de la timidez normal y pasa a ser un estado patológico? Ejercer una práctica psicológica desde esta perspectiva implica convertirse en un técnico que desconoce toda especificidad de la singularidad

Paradigmas de diagnóstico e intervención

El presente trabajo se propone identificar modalidades de abordaje y diagnósticos posibles en la clínica con niños.

Los enfoques diagnósticos se diferencian por el lugar en que se ubica al sujeto, las intervenciones que se llevan a cabo, el marco conceptual desde el que se sostienen sus prácticas, y su postura ética en general. El considerar las problemáticas infantiles como algo que se debe acallar o como algo susceptible de análisis, diferencia absolutamente dos paradigmas. La noción de diagnóstico que sostienen se contraponen: en un caso concebido como clasificaciones definidas por un criterio biológico - estadístico de conductas inadecuadas o deficitarias y en otro, como lectura de una historia subjetiva singular. La primera establece rótulos a los niños desde pequeños asimilándolos a su identidad y marcando un destino invalidante. La segunda, crea herramientas que permiten guiar el tratamiento y dirigir la cura, evitando poner sobre el niño un mote difícil de borrar.

Las problemáticas infantiles desde el paradigma de la complejidad (Vasen, 2011b) son pensadas desde la singularidad de una historia, evitando la serialización, teniendo en cuenta todas las aristas que se van entretejiendo para originarla, considerando los factores familiares y contextuales que hacen al conflicto. Tal perspectiva, elabora las intervenciones en relación a un sujeto único, dirigidas a la problemática que se presenta, considerándola específica y contingente. Apuesta a establecer un lazo con el niño que será determinante para la cura. Desde este abordaje, se direcciona la mirada y escucha al sujeto, o a un sujeto en constitución y abierto a la posibilidad de cambios. Desde esta perspectiva, no hay un niño universal, por lo tanto, los diagnósticos no pueden ser idénticos en todos los casos, así como las estrategias de intervención no podrían dar los mismos resultados en la diversidad de situaciones que se presentan. No considera que existe la infancia, sino que plantea a las infancias, comprendiendo su pluralidad y diversidad, y en este sentido, que los diagnósticos deben ser sostenidos en suspenso y reformularse según los tiempos de la terapia, teniendo en cuenta además el contexto social, cultural, económico y familiar en el que cada niño crece y se desarrolla.

La otra modalidad de abordaje en infancia, el paradigma biologicista clasificador, basa sus intervenciones en la reeducación y la medicación, sosteniendo su práctica desde una lógica simplificadora y reduccionista de las problemáticas psicopatológicas, generando como efecto el borramiento de la complejidad de los procesos subjetivos. Busca soluciones rápidas a problemáticas complejas, recurriendo a los psicofármacos como propuesta para resolver conflictos, interpretados desde una concepción biológica, pretendidamente científica y anulando al sujeto y a su capacidad de decir algo acerca de lo que le acontece. Desde esta perspectiva, el diagnóstico que se elabora no es una construcción única y particular dirigida al niño que se presenta, sino que se trata de una aplicación de indicadores que permiten al profesional diagnosticar un trastorno acudiendo al DSM. Este manual define a las patologías según el conjunto de síntomas observables que reúne y clasifica según su recurrencia estadística en las poblaciones estudiadas.

Las intervenciones que se proponen desde esta perspectiva son reeducativas o rehabilitadoras, acompañadas por psicofármacos que aplacan los signos del síntoma, pero aplacar no significa resolver. Cabe destacar los efectos estigmatizantes que producen estas modalidades de intervención, en tanto imprimen al niño un rótulo diagnóstico, y el pronóstico resulta "invalidante o discapacitante, frente a la que solo cabe, en dosis diversas, reeducación, medicación, adaptación y resignación" (Vasen, 2011b:15).

Debemos, como profesionales de la salud mental, cuestionarnos acerca de los efectos que genera en los niños estos tratamientos, en momentos de constitución

subjetiva, ya que las intervenciones que se lleven a cabo producirán marcas en sus trayectorias de vida.

Desde este paradigma, serán diagnosticados como portadores de un trastorno aquellos niños que presentan comportamientos que los diferencian de sus semejantes, y se desvían de lo sostenido socialmente como normal. Por medio de la medicación se buscará silenciar aquellas manifestaciones, y disciplinarlos para que cumplan con lo esperado.

Silenciar el padecimiento no implica solucionar los conflictos que lo originan. En este punto resulta pertinente recurrir al concepto de *represión* de Freud. El autor plantea que lo reprimido no desaparece, sino que subsiste en el inconsciente, y mediante formaciones sustitutivas encontrará los medios para expresarse (Freud, 1992b). En este sentido, algo análogo ocurre con los síntomas que son silenciados por el consumo de psicofármacos, en la medida en que por no ser resueltos, quedarán latentes hasta que se manifestarán de alguna u otra manera.

Debemos comprender que todo niño es un sujeto que “está en vías de constitución, de crecimiento y que los modos en que se manifiesta y actúa son resultado de múltiples determinaciones, tanto internas como externas” (Janin, 2016:1). Así como el psicofármaco no resuelve las problemáticas, tampoco modifica el entorno del niño y su dinámica, que en la mayoría de los casos es allí donde se origina el conflicto, y si no lo consideramos puede insistir en que la problemática resurja.

En los últimos años, la institución educativa se ha convertido en el lugar donde mayormente se detectan indicadores de los principales trastornos que se diagnostican a los niños en la actualidad, como el ADD o TGD. Los docentes a cargo reconocen rápidamente en un niño características que difieren de los otros. En algunos casos, pueden derivar en problemas de aprendizaje o conducta que no pueden afrontar y debido a esto los derivan a profesionales de la medicina con la intención de que encuentre una solución.

Esta cuestión nos remite a considerar el uso de un nuevo término, la *biomedicalización*, al que se está apelando actualmente para comprender el giro que ha dado la medicalización en las sociedades en los últimos años. La biomedicalización refiere a la “internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los mismos individuos” (Dueñas, 2019:5). El término resulta pertinente porque discursos y prácticas como la biomedicalización han penetrado en la vida de las familias y en las instituciones educativas, capturando a padres y docentes, generando como efecto:

Una especie de “estado de alerta” permanente ante potenciales riesgos e indicios que puedan derivar en una patología, de modo que, con frecuencia, y apelando para esto a toda la información disponible en Internet y otros medios que se encuentran al servicio de padres y maestros, ya no requieren necesariamente de la intervención médica para proceder a “auto diagnosticarse”, e incluso a “diagnosticar” a sus hijos o alumnos. (Dueñas, 2019:5)

En consecuencia, será señalado aquel niño que presentan modos de ser y habitar el mundo, de jugar, comunicarse y aprender diferentes a lo esperado por una sociedad que coarta la libertad en muchos aspectos. Aquellos niños que sean más revoltosos o expansivos, serán identificados como portadores de un déficit o trastorno. En este sentido vemos como hoy en día la medicalización extiende sus fronteras más allá del campo propio de la medicina y la labor de los médicos, a partir de dispositivos de control, prácticas y discursos que se introducen en la vida cotidiana de los sujetos.

Un niño que no acata las normas, que es escandaloso, o al contrario, que no habla, y por estas características se diferencia de lo establecido como normal, nos está

diciendo algo con su comportamiento, ya sea con su silencio o con su expansividad, algo que debemos escuchar y no acallar (Janin, 2016). Además, es importante comprender que todo niño es un sujeto que “está en vías de constitución, de crecimiento y que los modos en que se manifiesta y actúa son resultado de múltiples determinaciones, tanto internas como externas” (Janin, 2016:1).

El nuevo giro que ha dado la medicalización a la biomedicalización, ha sido impulsado en gran parte por los intereses de algunos sectores del Mercado, principalmente los de la Industria Farmacéutica, instalando nuevas patologías que necesariamente deben ser identificadas, para que luego sean curadas mediante el consumo de los psicofármacos producidos por aquellas.

Este discurso ha logrado imponerse mediante un complejo dispositivo del que forman parte la ciencia, la tecnología, el mercado, los medios de comunicación, etc. adecuado a la nueva sociedad de consumo. Este poder produce nuevas subjetividades e identidades acordes a la época. Las nuevas tecnologías y el mercado, asociados al discurso médico tienen actualmente el poder que tuvieron la pedagogía, la pediatría y la religión en la conformación de los sujetos infantiles.

Si en la modernidad la subjetividad era producida por Instituciones del Estado, como la escuela, la familia, la iglesia y la fábrica, hoy en día, los medios de comunicación son referentes en la producción subjetiva, moldeando nuevos modos de ser y habitar el mundo. En la contemporaneidad, aquellas Instituciones del Estado pierden la fuerza que tenían, por el debilitamiento del lugar del Estado en las sociedades de consumo, a causa del poder que ha ganado el mercado. Actualmente, participan en la producción de subjetividad las nuevas tecnologías, el marketing, los medios masivos de comunicación, entre otros.

La producción subjetiva es una producción histórica, que varía según las sociedades y la época. La subjetividad es producida por las Instituciones imperantes de cada momento histórico, y por los centros de poder vigentes, que se encargan de producir individuos adaptados a la sociedad de la que forman parte, en pos de que la perpetúen (Bleichmar, 2005).

El disciplinamiento y control de los individuos para que no se desvíen de lo esperado y supongan por ello un peligro para la organización social, empieza por la infancia por ser reconocida como la encargada de perpetuar a la sociedad, por ser los niños los hombres del mañana. Por esto se identifica, disciplina y reeduca a aquellos niños que presentan características diversas a lo establecido como normal.

Así como en cada momento histórico se produce una subjetividad particular, también se manifiestan nuevos problemas psicológicos, visibilizando los males de época. Los niños de hoy no son idénticos a los de períodos anteriores, ya que los cambios sociales impactan en las formas de ser y habitar el mundo, y dejan huellas en nosotros produciendo efectos en nuestra constitución psíquica (Janin, 2014). Así mismo, no existe la infancia, sino que cabe hablar de las infancias, porque no hay una forma universal de atravesar ese momento vital, sino que existen diversas formas de recorrerlo, y eso hace a la singularidad de cada niño.

En contraposición a la perspectiva que toma en cuenta la historia y la cultura, desde el paradigma de la medicalización se llevan adelante prácticas y diagnósticos desubjetivantes, tal como lo expone Dueñas (2019):

La medicación aparece como la solución a un déficit orgánico portado desde el nacimiento, opera, como se anticipaba, a modo de “obturador” de toda relación e interrogación que habilite la posibilidad de poder “escuchar” al niño, niña u adolescente, invisibilizándose incluso, de esta manera y en no pocas ocasiones, diferentes situaciones que le ocasionan sufrimiento psíquico. Es

por todas estas razones que consideramos que este tipo de intervenciones constituyen operaciones fuertemente desubjetivantes. (p.7)

Son desubjetivantes, porque se borra al sujeto, se lo desoye, inhabilitándolo como capaz de decir algo acerca de lo que le acontece y de su padecimiento, considerándolo un ente pasivo.

Desde esta perspectiva, podríamos pensar que los profesionales llevan adelante prácticas tecnocráticas, debido a que, en palabras de la autora:

En la medida que les restan posibilidades de escuchar, pensar, preguntarse e intentar entender los problemas ante los cuales se ven interpelados cotidianamente tanto desde la clínica como desde las aulas, y frente a los cuales, sólo parecen saber responder de manera “protocolizada”, de acuerdo a las indicaciones provistas por el famoso Manual DSM, a quienes muchos refieren que hoy parece haberse transformado en una especie de “Biblia” en el campo de la Salud Mental. (Dueñas, 2019:8)

El DSM, establece criterios clasificatorios a partir de reunir un conjunto de signos reconocibles en una patología. Considerando que se presentan invariablemente de un niño a otro, se deja de lado la singularidad, lo contextual y lo vincular. La clasificación de trastornos es una técnica que se guía por lo observable y aparente, y agrupa aquellos signos en una serie.

Es importante poner en cuestión el ejercicio de estas prácticas que, en palabras de Juan Vasen (2011b), son tecnocráticas, autoritarias y mercantilistas.

Tecnocráticas, porque las técnicas que se ponen en juego requieren del recorte de un objeto, y en el caso de las infancias, el objeto que será mensurado es la subjetividad infantil. Ahora, podemos preguntarnos en qué medida es posible mensurar algo tan particular como la subjetividad, que puede ser pensada como una forma de ser singular de habitar el mundo y relacionarse con los que lo rodean, que variará dependiendo de la época y la organización social de la que se forme parte.

Autoritarias, porque actualmente las intervenciones consisten en técnicas reeducativas de los comportamientos y administración de psicofármacos en pos de lograr que el niño se adapte a los requerimientos de la sociedad actual, que sea eficaz, exitoso, etc.

Por último, se trata de prácticas mercantilistas porque no podemos obviar la correlación existente entre la administración de psicofármacos y el lucro que obtiene la Industria Farmacéutica.

Ahora bien ¿hace a la especificidad de nuestra profesión ejercer este tipo de prácticas? Producir efectos desubjetivantes, podría considerarse opuesto a lo que sí es inherente a nuestro campo, es decir habilitar al sujeto y la producción de subjetividad.

Acerca del diagnóstico

Existe una confusión muy común en la utilización del término diagnóstico. Es menester aclarar que la lógica de la clasificación no es equivalente al diagnóstico, se tratan de prácticas diversas (Vasen, 2011b). El DSM sostiene la primera lógica, el clasificar nuevas patologías deteniéndose en los signos observables de los trastornos, para incluirlo dentro de una serie. El psicoanálisis no guía su praxis según clasificaciones, porque considera la complejidad de las problemáticas de los sujetos, que escapan a la serialización.

Desde la lógica clasificadora se elaboran diagnósticos invalidantes e incapacitantes, porque se confunde el *ser* con el *estar*. El uso de estas nomenclaturas lleva a designar a los niños por la denominación. Se lo llama por ejemplo, niño ADD. De esta manera se identifica su ser con un determinado padecimiento. Si se considera que un niño es ADD y no que padece algún sufrimiento psíquico, su nombre propio y su singularidad se opacan, ya que el verbo *ser* define una esencia de la identidad, a diferencia del verbo *estar*, que alude a una situación que se está atravesando, en un momento vital.

Podemos pensar que si un niño presenta dificultades en su atención, o se comporta impulsivamente, puede tratarse de la forma que encuentra para manifestar el padecimiento que está atravesando en ese momento de su vida. Es a partir del trabajo clínico que podemos adentrarnos en la causa de tal padecimiento, prestando nuestra escucha y entendiendo que ese niño no es un rótulo diagnóstico.

Hoy en día, la práctica diagnosticadora se extiende y generaliza. Con la información que circula en internet y en los medios, padres y maestros diagnostican (desde el desconocimiento) a los niños por sus conductas. Además, asumen que aquellos saberes difundidos son científicos, porque son confirmados por la opinión hegemónica de neurólogos y médicos. Esta lógica propone dudosas soluciones inmediatas para aliviar la incertidumbre no tolerada en estas épocas.

El diagnóstico, según el psicoanálisis, no opera como una nomenclatura que detiene la angustia frente a lo desconocido, sino que abre interrogantes. En este sentido, Alicia Bertaccini (2012) expresa que:

Cuando el diagnóstico no es una lectura clínica centrada en el sujeto y su historia singular, y por el contrario se reduce a una actividad estereotipada de aplicación de un nomenclador, se transforma en práctica iatrogénica. El agravante es que el poder de estos diagnósticos estandarizados tiene la fuerza de la lógica del mercado y se instalan con fuerza de verdad en la sociedad haciendo que los sujetos los asuman con docilidad. (p.359)

Es interesante poner el foco en las nomenclaturas del DSM para advertir la amplitud de signos que engloban los trastornos y el modo de clasificación que se pone en juego. Como ejemplo, podemos pensar en el TGD, que al ser tan abarcador, casi todos los sujetos pueden presentar alguna característica que sea considerada dentro del síndrome. Pero a su vez, por la misma razón, no hace al diagnóstico de ningún sujeto en particular. Otro ejemplo es el Espectro Autista, que al ser tan amplio cualquier niño con problemas para vincularse podría ser diagnosticado como tal. Este es uno de los motivos que consideramos causa del aumento del número de niños portadores de síndromes presentes en esta famosa Biblia de los diagnósticos.

En el contexto actual, nuestro desafío es pesquisar la singularidad, para evitar la serialización, sosteniendo una lectura clínica centrada en el sujeto.

Sobre el proceso diagnóstico, me parece interesante tomar la diferenciación que plantea Silvia Bleichmar (1988) sobre el síntoma y el trastorno. La producción de

síntomas es posible en un aparato psíquico constituido, donde funciona la represión que hace que las mociones pulsionales sean modificadas en función de las tensiones conflictivas de las instancias psíquicas que tienen cierto grado de desarrollo. Los trastornos, en cambio, dan cuenta de déficits más o menos graves en la constitución del aparato psíquico. Muchas manifestaciones de la conducta de los niños pueden confundirse en apariencias, y solo una profundización en la historia singular del sujeto permite diferenciar el cuadro diagnóstico.

Las formas fallidas de estos procesos constitutivos del narcisismo aparecen en la clínica, bajo formas que el DSM describe como diversos síndromes entre los que se incluye el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, tan en boga. Pero a si a nivel fenoménico, trastornos narcisistas de la constitución subjetiva se pueden confundir con síntomas neuróticos o procesos de duelo o simples impases existenciales que reclaman ser escuchados para tramitarse, es imprescindible distinguir el significado de los signos y de los síntomas. (Bertaccini, 2015:57)

Lo que define la búsqueda en el proceso diagnóstico es preguntarnos quién sufre y por qué (Bleichmar, 1988) y para este fin debemos centrarnos en el decir del niño y de sus padres, considerando los vínculos primordiales con sus figuras parentales.

Para el psicoanálisis el diagnóstico no es sólo un momento previo de la dirección de la cura, implica plantear diferentes momentos. El diagnóstico inicial se va revisando a la par de los atravesamientos singulares que va presentando cada sujeto. Si bien es fundamental elaborar un diagnóstico inicial, útil para direccionar la cura, su revisión permanentemente es también fundamental para rever el diagnóstico, son dos caras de la misma operación que se van tramando entre sí (Fernández Miranda, 2019b). ¿Por qué pensarlo así? Porque a medida que transcurre el tratamiento psicoanalítico, nos vamos acercando a lo singular de cada sujeto, que generará inevitablemente, una incongruencia entre el diagnóstico y la categoría nosográfica.

El diagnóstico es estrictamente singular, no idéntico a la categoría clasificatoria. Pensándolo como momentos durante el trabajo analítico, Fernández Miranda (2019b) expresa que: “El diagnóstico está compuesto por los sucesivos recortes sincrónicos, fotogramas que van indicando los puntos de detención y de inflexión en una cura, puntos en que la teoría se trama con práctica y produce un necesario efecto de lectura” (p.138).

El diagnóstico va marcando el movimiento de la cura. Al respecto, Rodolfo (2017) afirma que el diagnóstico debe ser formulado y olvidado, ya que debe permanecer en suspenso, estando y no estando a la vez, emergiendo en algunos momentos, siendo confrontado por la experiencia, hasta que finalmente... cae.

Siguiendo con la misma línea de ideas, Beatriz Janin sostiene que:

Los niños y adolescentes desbordan las nosografías y las prácticas convencionales y trabajar con ellos implica siempre apelar a la creatividad... En principio, los niños nos patean el tablero. Cada vez que intentamos organizar lo que les pasa en cuadros, rompen los cuadros. Cada vez que tratamos de ubicarlos en una 2 estructura, muestran una faceta que desestructura todo y nos desestructura. (Janin, 2014:1-2)

Considerando estos planteamientos, ¿cómo sería posible rotular con una categoría clasificatoria a niños que desbordan toda nosografía? Es imperante comprender que diagnóstico no es idéntico a categoría clasificatoria (Fernández Miranda, 2019b).

Etiquetar trastornos desde el DSM, implica una práctica reduccionista que se opone a la complejidad de la vida psíquica de los sujetos. Debido a esta

complejidad es que niños y adolescentes desbordan toda nosografía, porque su vida psíquica se resiste a ser ubicada en tal o cual cuadro. El psiquismo se va constituyendo en un movimiento de estructuraciones y re-estructuraciones que es imposible de frenar (Janin, 2014).

Hoy en día, es muy común que los niños lleguen a la consulta psicológica con un diagnóstico previo basado en este discurso generalizado. Así que nos enfrentamos de entrada con un sello que se pone sobre el niño que no es inofensivo porque deja marcas en el sujeto, debido a que:

un niño se constituye a partir de la imagen que los otros le devuelven, que los otros son espejos en los que se refleja y son los que le brindan una imagen que lo captura y le otorga el “ser”. Entonces, tenemos que ser muy cuidadosos para no fijar como estable un tipo de funcionamiento que puede ser transitorio o que podemos modificar con el trabajo analítico. (Janin, 2014:4)

La subjetividad se va construyendo en un intercambio constante con los otros, que lo libidinizan, le transmiten ideales, normas a seguir, le brindan modelos de identificación. Si esos otros primordiales lo consideran portador de un déficit, se reflejará en el vínculo con ese niño y en cómo es mirado y hablado (Janin, 2014). Prematuramente se lo pensará como un discapacitado, como un desviado, y esa será la imagen que le devuelvan de sí mismo como reflejo.

Como profesionales de la salud mental, estamos obligados a poner en tensión aquellas certezas iniciales con las que acuden tanto los padres como en el niño mismo. A partir de un movimiento que permita generar preguntas y dudas allí donde estaban obturadas, podremos posibilitar una transformación en la imagen que tiene el niño de sí mismo, construida, como dijimos, a partir del reflejo que los otros le devuelven de sí (Janin, 2014).

Juego como apuesta en la clínica con niños

A partir del recorrido teórico realizado, vemos que los paradigmas analizados sostienen concepciones de psiquismo y de sujeto contrapuestas, de las que derivan modos diferentes de establecer diagnósticos y proponer métodos de terapias.

Si pensamos tanto a la constitución psíquica como a la producción subjetiva ligada al otro y a la cultura, nos planteamos a un sujeto de lenguaje al que nos proponemos escuchar para poder acceder a su realidad interior que excede a su conciencia. La palabra es la herramienta fundamental para hacerlo posible.

Justamente por esta posibilidad de expresarse a través de la palabra, desde la concepción psicoanalítica, el psicoanálisis con niños fue un terreno que tempranamente despertó interrogantes de si era o no posible, y si lo era, de qué manera.

En el análisis de Juanito, expuesto en *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* de 1909, Freud profundiza en la construcción de los síntomas, estableciendo su relación con la conflictiva edípica, a través de una comunicación epistolar con el padre del niño, pero el análisis de niños pertenecía aún a un campo oscuro e inexplorado. Sin embargo, esta experiencia fue un referente que posibilitó pensar que el psicoanálisis podía ser aplicado a niños pequeños.

Fueron Anna Freud y Melanie Klein quienes incursionaron tempranamente en el desafío de psicoanalizar niños. Pero debemos a Klein el haber postulado al juego en la sesión analítica con niños, como el equivalente del sueño y la asociación libre en el análisis de adultos. Klein afirmaba la posibilidad de acceder de este modo al inconsciente infantil.

Freud ya se había enfocado en el juego de un niño (su nieto) para pensar los procesos psíquicos, y en esa observación descubre una actividad simbolizante, el juego del fort-da.

En *Más allá del principio de placer* (1979), Freud expone el relato de una observación que realizó de un niño de 18 meses. Aquel pequeño, según el autor, tenía un molesto hábito: arrojar lejos de sí objetos pequeños, todos los que encontraba a su alcance. Al final, Freud cayó en la cuenta de que se trataba de un juego, que consistía en arrojar objetos para que desaparezcan de su vista, enunciando en ese momento: o-o-o-o, que en verdad era una expresión de *fort* (se fue). Cuando el niño arrojaba los objetos, éstos se iban. Al indagar con más profundidad, notó que el juego del pequeño se trataba de, además de hacerlos desaparecer, que luego aparezcan: el niño jugaba con un carretel de madera atado a un piolín, los arrastraba para hacerlos desaparecer, para luego tirar del carretel, que aparezca, y exclamar *Da* (acá está) saludándolo.

Este juego, que fue fabricado por el niño, entrañaba una satisfacción: el recuperar al juguete luego de que había desaparecido. Así, el niño estaba asumiendo una posición activa ante una situación que vivía pasivamente y le generaba malestar: la despedida de su madre y la separación de ella, de este modo se aprecia una acción simbolizante. A partir de este juego se hacía tolerable la ausencia materna, se resarcía de aquella partida escenificando por sí mismo ese desaparecer y regresar. El repetir dicho juego, una y otra vez, le permitía volver a lo mismo, y hacer activamente lo que sufrió pasivamente, elaborando así aquella situación que para el niño era traumática. Pero la finalidad del juego del fort-da no termina aquí, ya que Freud pudo observar una escena en que la madre retornó de su partida, y el niño la recibió exclamando: bebé o-o-o!. El autor comprendió en ese momento que el niño durante la ausencia de la madre había encontrado por sí mismo medios para desaparecer, jugando con su imagen en un espejo, desapareciendo y apareciendo en ella. ¿Qué ocurrió aquí? El niño trastocó, a partir del juego, la posición pasiva que tenía ante la partida de su madre, por una activa en la cual

él mismo es quien deja a la madre, de manera tal que este juego expresa un trabajo de representación.

Melanie Klein le dio al juego un lugar fundamental en la clínica con niños y elaboró una técnica del psicoanálisis infantil: la técnica del análisis de juego (1977), que sustituyó a la asociación libre (técnica psicoanalítica primordial para el trabajo con adultos). Comprendió que el juego es la forma que tienen los niños de expresarse naturalmente, y que además, puede ser utilizado como medio de comunicación entre analista-analizante, por eso lo situó como recurso principal en la clínica con niños.

El niño expresa su mundo interno, sus conflictos, preocupaciones, fantasías y deseos, de un modo simbólico por medio de juguetes y juegos (Klein, 1977). En la clínica con niños, podremos comprender el lenguaje del juego si nos acercamos a él como nos acercamos al lenguaje de los sueños, tal como Freud nos ha enseñado. Los niños se expresan en el juego mediante un hacer, un actuar, en lugar de hablar, siendo la acción lo más importante de su comportamiento total.

La autora sostuvo que en el psicoanálisis de niños se pueden lograr los mismos objetivos que en el análisis de adultos: hacer conscientes los conflictos inconscientes, prestando especial atención a la transferencia. La diferencia entre el análisis de niños y el de adultos, para la autora, es puramente técnica y no de principios (ya que se ajustan a las mismas normas del método analítico, y se llegan a los mismos resultados).

M. Klein situó al juego en el centro de la escena analítica con niños, “en el seno de una discusión con Anna Freud sobre los fundamentos de la clínica con niños en 1927” (Fernández Miranda, 2019a:1). En las tensiones y desacuerdos entre las autoras, situamos las coordenadas fundantes del análisis de niños.

Uno de los principales puntos de discusión que existieron entre M. Klein y Anna Freud, es sobre la transferencia, fenómeno que merece ser considerado debido a su relevancia en el análisis. La primera sostenía que en el análisis con niños se producía la neurosis de transferencia (es la transferencia del paciente al analista de sentimientos y fantasías que corresponden a la relación con sus padres), afirmando que no es la relación con los padres reales lo que se transfiere al analista, sino que se trata de la relación fantaseada con ellos, figurada internamente. En contraposición, Anna Freud no creía posible la transferencia con niños, fundamentándose en el hecho de que se encuentran aún en estado de dependencia con sus padres, y éstos no dejaron de ser objetos de amor en la vida real para el infante.

Resulta pertinente considerar la caja de juegos que elaboró M. Klein para llevar adelante su técnica, como ejemplo práctico del que podemos hacer uso en la clínica con niños. Contenía diversos juguetes pensados en detalle, como muñecos y muñecas, carros, automóviles, trenes, animales, cubos y casas, papel, tijeras y lápices. Para ella era importante que los juguetes sean variados en sus características y utilidades, y simples para hacer posible una diversidad de juegos representativos.

Si pensamos en el juego en la clínica con niños, debemos mencionar a un pensador referente en la temática, discípulo de Melanie Klein: Donald Winnicott, quien construyó una notable teoría del juego. En su libro *Realidad y juego*, publicado en 1971, realiza un desplazamiento del *play* al *playing*, en otras palabras, del juego como producto o contenido, al jugar como actividad, proceso y experiencia. Proceso que se desarrolla en un espacio particular, una zona intermedia entre la realidad subjetiva y la objetiva, o interna y externa, llamada por el autor *espacio transicional*, lugar donde ocurren los fenómenos transicionales, como son el jugar y la experiencia cultural.

Sobre la clínica con niños, Winnicott propone que: “La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta” (Winnicott, 1992:61). La psicoterapia se trataría de dos personas que juegan juntas, y nuestra tarea sería conseguir que los niños logren jugar, en caso de que no puedan. El niño debe

disponer de un espacio y un tiempo para poder jugar, ya que, tal como afirma el autor, el jugar es un hacer, y ese hacer, lleva tiempo.

Para que el juego sea posible, debe producirse un espacio potencial entre el bebé y la madre, que es una zona hipotética, un espacio de separación entre yo-no yo, que el bebé/niño/adulto, llenarán creativamente de juego. Este espacio no podrá existir sin una madre lo suficientemente buena, que en principio se encuentra adaptada casi totalmente a las necesidades del hijo y se va adaptando paulatinamente de forma menos completa, en simultáneo a la adquisición de capacidades del niño que le permiten soportar ese retiro materno.

Jugar permite establecer un vínculo signado por la confianza y el descubrimiento, atravesado por la espontaneidad propia del infante que nos va a posibilitar abrir caminos a lo novedoso, a la exploración, siempre que nos dejemos llevar por el juego auténtico y singular del niño.

El juego permite al niño trocar trauma en elaboración, pasividad en actividad, metabolizar problemáticas que se le presentan en su cotidianidad. Lo más característico y propio de un niño es su capacidad de jugar. Pero esta habilidad no es innata ni espontánea, sino que es efecto de un trabajo que el niño realiza. Debemos saber que no toda actividad que el niño realice es jugar, y que hay niños que no logran desplegar un momento lúdico (Baraldi, 2018).

Ricardo Rodulfo, exponente en la clínica con niños en Argentina, afirma que existen funciones del jugar anteriores al fort-da que se llevan a cabo el primer año de vida y son relativas a la constitución libidinal del cuerpo: "Puede decirse que, a partir del jugar, el chico se obsequia un cuerpo a sí mismo, apuntalado en el medio" (Rodulfo, 1993:122). El medio puede facilitar u obstruir esos procesos de construcción que el niño realiza. Sin embargo, aunque el entorno no sea el óptimo e intervenga obstaculizando, el jugar permite al niño ir curándose por sí solo puntos potencialmente traumáticos.

Es interesante, por otro lado, la perspectiva clínica del autor, dado que cuestiona las expresiones que refieren a que es el analista quien analiza al paciente, sosteniendo lo opuesto: es el paciente mismo quien se analiza a través del analista, usándolo, con la transferencia mediante. Dicha formulación posiciona al analizante como sujeto activo, aseverando que, a su vez, el niño es activo en todo lo que hace desde el comienzo, y no un sujeto pasivo.

Arminda Aberastury, psicoanalista pionera del análisis de niños en nuestro país, a partir de su vasto trabajo con niños y adolescentes, afirma que todo niño que es llevado a análisis sabe que está enfermo y comprende y acepta, o no, el tratamiento (Aberastury, 1986). Comprendemos que desoír al niño se distancia de lo más propio de nuestra disciplina. Debemos estar dispuestos a brindar nuestra escucha, y a ponernos en juego para acompañar al niño en la elaboración de sus problemáticas, habilitando un espacio en que se transforme en protagonista de lo que le ocurre.

La observación de la primer hora de juego diagnóstica se convirtió en un método diagnóstico de las neurosis infantiles (Aberastury, 1986). La autora resalta la importancia del juego en la clínica con niños, ya que a partir de la técnica de juego se visibilizan conflictos fundamentales y alteraciones del esquema del cuerpo. Podrá pensarse un tratamiento apropiado para el niño luego del primer momento diagnóstico, puesto que en el diagnóstico será tenido en cuenta su contexto, vínculos, problemáticas, historia, etc.

Sosteniendo el trabajo desde el paradigma de la complejidad, con una base epistémica psicoanalítica, se elaboran las intervenciones ubicando al juego como primordial, como una apuesta del analista a establecer un vínculo particular con el analizante, teniendo como base el establecimiento de una relación transferencial, sin la cual nada podría gestarse.

En contraposición, las prácticas medicalizantes consideran a los niños como sujetos pasivos, receptores de psicofármacos que garantizan el alivio de las manifestaciones sintomáticas. Dichas prácticas, como dijimos previamente, inhabilitan al niño como sujeto capaz de participar activamente de su propio tratamiento, y desestiman su capacidad de decir algo acerca de su padecimiento.

Los derechos de los niños en juego

Pensar al juego como actividad fundamental en la infancia, amerita considerar su valor más allá del que tiene como herramienta en la clínica psicoanalítica.

Requiere ser pensado en el marco del paradigma de la Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes. El juego es un derecho que debe ser garantizado, en tanto se trata de una práctica que no es secundaria, sino constitutiva del psiquismo. Anteriormente nos hemos referido a los procesos psíquicos que son posibles por el juego.

El juego permite al niño tomar una posición activa sobre las circunstancias que lo rodean, tramitar conflictos y acceder al universo simbólico. La trascendencia del jugar en la vida del niño va más allá de su utilización como técnica en la clínica, ya que “no hay ninguna actividad significativa en el desarrollo de la simbolización del niño que no pase vertebralmente por aquel” (Rodulfo, 1993:120).

Todo niño cuando juega se convierte en creador literario, porque crea un mundo propio, insertando las cosas de su mundo en un nuevo orden al que toma muy en serio, porque emplea en él grandes cuotas de afecto (Freud, 1992a). Un punto en común a destacar en los planteamientos de Donald Winnicott y de Sigmund Freud sobre el juego, es que ambos enfatizan en la creatividad, y sostienen que los niños al jugar son creadores, porque crean un orden diferente a la realidad interna y la externa.

Es en el juego donde el niño vuelca su mundo interno, sus deseos y frustraciones. El juego corresponde a la salud, por ello lograr que el niño juegue es, según Winnicott (1992), una psicoterapia. Lo lúdico facilita el crecimiento, conduce a relaciones interpersonales, a formar vínculos, y se convierte en una forma de comunicación en psicoterapia. Como analistas, nos permite acceder a lo desconocido del sujeto, ignorado también por él mismo, porque el juego de los niños lo contiene todo.

Existen procesos que impactan negativamente en la posibilidad de jugar de los niños. Algunos de ellos se originan por la coyuntura actual de desigualdad económica y social en la que vivimos, que genera una realidad social de precariedad y vulneración de derechos, repercutiendo en los procesos de constitución psíquica y subjetiva de los niños.

Circunstancias como trabajo infantil, pobreza, desnutrición, deserción escolar, entre otras, impactan en aquellos procesos de constitución.

Winnicott destacaba la importancia de que el niño disponga de un espacio y tiempo para jugar, porque el jugar es un hacer y lleva tiempo. ¿Qué condiciones se les brinda a los niños para que puedan disponer de un momento destinado a jugar, al vivir en las circunstancias recientemente nombradas, y con preocupaciones de esas magnitudes?

Frente a este panorama, nuestra función como psicólogos se trata de restaurar derechos allí donde son vulnerados. Debemos habilitar el momento lúdico que muchos niños, por su contexto o circunstancias, no logran desplegar. Conseguir que los niños jueguen, es en sí mismo una práctica sanadora, entendiendo con Winnicott (1992) que el juego es una experiencia creadora, una forma básica de vida.

Reflexionando acerca de los obstáculos que dificultan que el juego de los niños sea posible, además de situaciones de precariedad como las que nombramos previamente, debemos pensar en las nuevas Tecnologías de la Comunicación y la Información, que invaden y monopolizan el tiempo de los niños. A partir de estos progresos tecnológicos se generan cambios que repercuten en las formas de jugar de los niños, y en la posibilidad de vincularse con otros, que cada vez es más de índole virtual.

Hoy en día, el espacio virtual se transformó en un lugar privilegiado en el que los jóvenes juegan. Los debates actuales se centran en cuestionar estos avances, su impacto y la limitación que generan en la imaginación de los niños, la creatividad y el contacto con los otros.

Se han expuesto anteriormente las ideas de Freud sobre el jugar del niño, y la realidad particular que crea en el momento lúdico, diferente a la exterior. Ante estas consideraciones, es posible pensar que actualmente se agregaría una tercera realidad: la virtual, que se diferencia a su vez de la efectiva y de la elaborada por el niño en su jugar. En este sentido, podemos situar un punto en común entre la realidad que crea el niño cuando juega y la virtual: ambas implican una ganancia de placer, que es uno de los principales fines del jugar.

Pensando en las prácticas que se promueven desde el paradigma clasificador y medicalizador, podemos considerar que las intervenciones que se planteen desde esta perspectiva ponen en jaque los derechos de niños y jóvenes.

Todo hace pensar que este tipo de procedimientos reduccionistas (biologicistas-innatistas) no buscan “curar” [...] sino “amansar”, legitimando a través de este tipo de prácticas “diagnósticas” -cada vez más usuales entre profesionales de la salud mental- el uso generalizado de psicofármacos en la población infanto-juvenil de la misma manera que se vino haciendo con anterioridad entre los adultos. (Dueñas, 2011:236)

El uso de psicofármacos para tratar problemas de malestar infantil es otro proceso que vulnera los derechos de los niños, entre los que se ubica el juego, pero no es el único. El derecho a la salud es vulnerado por la patologización y medicalización de las infancias. ¿Por qué? Porque son intervenciones sobre los cuerpos infantiles que buscan acallar sufrimientos subjetivos mediante fármacos. Suponen una forma de violencia que los adultos ejercen sobre los niños.

Desde esta lógica, como hemos expuesto anteriormente, el niño pasa a ser un rótulo diagnóstico tal como ADD, TGD, etc. Su nombre propio es borrado, y en este sentido es vulnerado el derecho a la identidad.

Ejercer este tipo de prácticas va en contra de nuestra especificidad en tanto psicólogos que velan por los derechos de los niños. Es menester comprender que:

Nuestra prioridad siempre y en todo momento, desde la clínica como desde las aulas, debería ser “escuchar” al niño u adolescente, cómo éste pueda expresarse, de modo de poder “entender” lo que le puede estar pasando y así “atenderlo” como se merece, respaldándonos para esto en toda la nueva legislación vigente a nivel nacional cuyo paradigma, lejos ya de considerarlos como “objetos de tutelaje”, hoy los reivindica y de manera privilegiada como “Sujetos de Derechos”. (Dueñas, 2019:10)

A partir de la medicalización y la patologización en las infancias, el Paradigma Tutelar renueva sus ropajes de manera enmascarada y encubierta, arrasando el lugar de sujetos de derechos que le asigna el nuevo Paradigma de Protección Integral, para el cual los niños dejan de ser objetos de tutela pasivos y pueden participar activamente en lo que respecta a sus deseos, decisiones y libertad.

Reflexiones finales

Estas reflexiones no son finales, sino sólo un tiempo de concluir que aspira haber abierto caminos de pensamiento sostenidos en las reflexiones de otros, para continuar explorando otros nuevos. Entiendo que estas reflexiones son posibilitadoras de nuevas ideas y nuevas construcciones en la búsqueda de fundamentos teóricos - prácticos para abordar las complejidades que se anudan en una práctica profesional que vislumbro como horizonte.

El recorrido realizado nos ha permitido apreciar que la problemática de la patologización de los padecimientos infantiles es una peligrosa faceta de las prácticas medicalizadoras que se imponen en nuestros tiempos, en los que parecen afianzarse los posicionamientos más extremos de la psiquiatría positivista. Sin embargo, hay una fuerza de resistencia potente que cuestiona y se opone a este paradigma sosteniendo prácticas que hacen centro en el sujeto, su historia, los procesos de constitución psíquica y los avatares que producen múltiples y singulares efectos subjetivos.

La medicalización y la pedagogización fueron propias de las prácticas normalizadoras desde la modernidad. Pero con el devenir de las sociedades de encierro en las sociedades de control, la normalización y disciplinamiento de los sujetos opera mediante dispositivos diversos (Deleuze, 1999). En las sociedades de encierro las instituciones eran las encargadas de moldear a los individuos (Estado, familia, escuela, fábrica, cuartel, cárcel, hospicio, hospital, manicomio, etc.). En las sociedades de control, los dispositivos de control y normalización operan a cielo abierto a través de dispositivos tecnológicos, que funcionan con la lógica del mercado. En el caso de la salud mental que nos convoca, incluida la de los niños, las prácticas coercitivas y de encierro han sido suplantadas por el uso de drogas. No podemos obviar la relación entre la producción de medicamentos y el aumento exponencial de la prescripción indiscriminada de los mismos. Los laboratorios producen drogas que se adecuan a las clasificaciones de los manuales de diagnóstico estadístico. Esta alianza produce discursos científicos que la sostienen, explicando con argumentos orgánico-genéticos todos los padecimientos psíquicos y proponiendo técnicas de reeducación conductista para su tratamiento (Bertaccini, 2015).

El hecho de que muchos profesionales de la salud mental orientan su labor tomando como base epistemológica el paradigma clasificador, va de la mano con las características y rasgos culturales propios de la sociedad actual en la que vivimos, dado que se valora la rapidez, la eficacia, el consumo incansable, no tolerar el malestar ni el peso de la cotidianidad. Estas valoraciones ponen al psicofármaco en un lugar privilegiado en lo social, dado que produce rápidamente aquellos resultados tan anhelados: quitan ansiedades, suspenden malestares, los motivos de angustia son olvidados, en fin, generan enajenación y desubjetivación.

Sin embargo, la supuesta solución no hace más que ignorar el conflicto, desconocer el sufrimiento. Pero lo silenciado retorna de múltiples modos. A Freud debemos el entender que hay que saber escuchar al conflicto, y desentrañar lo que tiene contenido, dado que, no es un sinsentido. Por la manifestación del conflicto es que podremos vislumbrar el juego de fuerzas psíquicas que se contraponen en el interior del sujeto, y si lo dejamos hablar, descubriremos el por qué de su malestar y síntomas (Galende, 2008). El uso de psicofármacos ha abierto una gran posibilidad para abordar problemáticas psicopatológicas graves, pero nunca sustituyen la necesidad de un profesional consciente del uso que le da, y de la necesidad de habilitar la palabra del paciente.

Nuestra búsqueda debe tener como horizonte la construcción conjunta con el analizante de un saber acerca de su malestar, de sus conflictos, a partir del proceder terapéutico y un trabajo de pensamiento, validando la relación con quien solicita nuestra

ayuda. Nuestra base será el disponer nuestra escucha al otro, y no enmudecer su malestar mediante fármacos.

Si partimos de imponer un diagnóstico desde la aplicación de una fórmula de un manual ¿en qué lugar queda el sujeto en la construcción del sentido de lo que pasa? ¿Obtenemos algún saber acerca de su padecimiento?

Y si partimos de una idea previa, de acuerdo a una teoría psicoanalítica, sin abstenernos de un saber sobre el sujeto ¿no haríamos lo mismo? ¿No estaríamos clasificando a un sujeto según una interpretación arbitraria que no corresponde a su historia? ¿No se trataría de una violencia, de abusar del poder de nuestro lugar profesional?

Se ha dicho anteriormente que lo cuestionado no es el medicamento en sí, ya que medicar a un niño que sufre de convulsiones o alucinaciones, resulta necesario. Pero medicalizar a la infancia es concebir los problemas de la existencia humana en términos de enfermedad, suponer que todo es pasible de ser medicado en la vida cotidiana, y que una pastilla es la solución a todos los males.

Estas prácticas no son sin consecuencias, tienen efectos grave y marcan una posible entrada en futuras adicciones. Si se medica a un niño porque se porta mal o porque está disperso en clase y no presta atención, se le transmite la idea de que cualquier dificultad se soluciona con una pastilla, y un modelo que sostiene el alivio del malestar mediante psicofármacos, pero que bien podría ser cualquier otra droga.

Mediante estas prácticas, los conflictos que están en la base de los síntomas se mantienen intactos, irresueltos, ya que la medicación no logra modificar nada del entorno del niño ni de su vida, por lo que las determinaciones de su angustia se mantienen igual.

Para finalizar, resultan enriquecedoras las palabras de Juan Vasen (2011a):

Alain Badiou propone romper este monopolio de la verdad por parte de la ciencia y plantea la existencia de diferentes prácticas de la verdad, entre las que se inscriben la ciencia pero también el arte, la política y el amor. Tal vez podamos avanzar en una práctica con niños que tenga en cuenta estas multiplicidades que se ponen literalmente en juego (y en el juego) de un niño. (p.286)

Para poder pensar en una clínica con niños, debemos alejarnos de prácticas que se nombran a sí mismas como la verdad, y que creen saber sobre el padecimiento de los sujetos, para acercarnos a aquellas que no buscan encontrar la verdad, sino que, pensando en la frase de inicio del ensayo: lo esencial es invisible a los ojos, visibilicen aquello que es invisible pero se hace sentir.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. (1986). *Teoría y técnica psicoanalítica de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Allen, F. (2012, 3 de marzo). "Preparémonos. Lo peor está por venir: el DSM-V, una pandemia de trastornos mentales". *Primera vocal*. Recuperado de: <https://primeravocal.org/preparemonos-lo-peor-esta-por-venir-el-dsm-v-una-pandemia-de-trastornos-mentales-por-allen-frances/>
- Baraldi, C. (2018). *Jugar es cosa seria*. Buenos Aires: Letra viva.
- Bertaccini, A. (2012). "Diagnósticos y prácticas pedagógicas ¿Y el sujeto?". En Trimboli, A (Comp.) *Diagnóstico o estigma? Encrucijadas éticas*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental.
- Bertaccini, A. (2015). "Clasificación y medicalización de la infancia". En Bertaccini, A., Grimblat, S. y Santi, A. *Prácticas de salud y educación: sus efectos en la construcción de infancias*. Rosario: Laborde Editor.
- Bleichmar, S. (1988). *Cuestiones acerca de la técnica psicoanalítica con niños y adolescentes. 7º Jornada Interna de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados Panel: "Diagnóstico: Una Perspectiva Metapsicológica"*. Recuperado de: http://www.silvialeichmar.com/actualiz_09/CuestionesAcerca.htm
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G. (1999). "Post-scriptum sobre las sociedades de control". En *Conversaciones*. Barcelona: Pre-texto.
- Dueñas, G. (2011). *La patologización en la infancia. ¿Niños o síndromes?* Buenos Aires: Noveduc.
- Dueñas, G. (2019). *La biomedicalización de los malestares en las Infancias Actuales*. Recuperado de: <http://www.redmaristan.org/source/Art%20BIOMEDICALIZACION%20de%20las%20Infancias%20Actuales.pdf>
- Fernández Miranda, J. (2019a, mayo). "El juego y el analista". *Fort-da Revista de Psicoanálisis con Niños*. Recuperado de: <http://www.fort-da.org/fort-da13/fernandez.htm>
- Fernández Miranda, J. (2019b). *El trabajo de lo ficcional*. Rosario: Letra viva.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1979) "Más allá del principio de placer". En *Obras Completas de Sigmund Freud T. XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1986). "Tres ensayos para una teoría sexual". En *Obras Completas de Sigmund Freud T. VII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992a). "El creador literario y el fantaseo". En *Obras Completas de Sigmund Freud T. IX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992b). "La represión". En *Obras Completas de Sigmund Freud T. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1992c). "Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial". En *Obras Completas de Sigmund Freud T. XX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Janin, B. (2014). "La patologización de la infancia y el lugar de los psicólogos". *Revista Nuestra Ciencia* Vol. 15. Recuperado de: <https://beatrizjanin.com.ar/mis-articulos/patologizacion-de-infancia-y-lugar-de-psicologos.pdf>

- Janin, B. (2016, 15 de febrero). "La infancia por Beatriz Janin". *El Psitio*. Recuperado de: <http://elpsitio.com.ar/noticias/noticiamuestra.asp?id=2422>.
- Klein, M. (1977). *Obras completas 1: Introducción - El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós-Horme.
- Ley 26.061 De Protección Integral de Derechos de niñas, niños y adolescentes. Boletín oficial. Buenos Aires, Argentina. 28 de septiembre de 2005.
- Rodulfo, R. (1993). *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, M. (2017). *Bocetos psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*. Buenos Aires: Paidós.
- Vasen, J. (2008). *Las certezas perdidas. Padres y maestros ante los desafíos del presente*. Buenos Aires: Paidós.
- Vasen, J. (2011a). "La biblia y el calefón". En Dueñas, G. (Comp.) *Niños o síndromes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Vasen, J. (2011b). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc.
- Winnicott, D. (1992). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.