

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología



Trabajo Integrador Final

ENSAYO

El diagnóstico y la medicalización en la infancia

Autora:

Dumat Kelzi, Amira

Legajo:

D-5005/9

Docente responsable:

Chidichimo, Mariana

2017

Agradecimientos

A mi familia, mi sostén y ejemplo a seguir. Mis papas Jorge y Ana Rosa, por su amor incondicional, por enseñarme los mejores valores y acompañarme siempre. A mis hermanas, que son mis pilares y confidentes. Lucía, que tiene las palabras más acertadas y dulces. Shaída, que está siempre al lado mío para ayudarme y darme su apoyo constante.

A mis amigas de toda la vida, mis grandes compañeras.

A las amigas que hice en la facultad. De quienes aprendí muchísimo y me incentivaron durante toda la carrera. Sin ellas este trayecto no hubiese sido el mismo.

A Mariana Chidichimo, mi docente responsable, que me guió y ayudó durante todo el trabajo.

A los docentes del espacio T.I.F. quienes desde el comienzo brindaron su ayuda y dedicación para que esta instancia final resulte una experiencia agradable.

Índice

Resumen	1
Palabras clave	2
Introducción	3
Marco legal actual.....	3
¿Qué entendemos por infancia?	5
La subjetividad.....	6
¿Qué es el diagnóstico?	7
Acerca de la medicalización	10
El lugar de la escuela hoy.....	12
La importancia de un abordaje interdisciplinario	14
Consideraciones finales.....	16
Referencias bibliográficas.....	19

Resumen

El presente ensayo plantea la problemática del Diagnóstico y la Medicalización en la infancia. Se parte de la consideración de este fenómeno como consecuencia de los discursos provenientes del mercado, industria farmacéutica y de la medicina hegemónica que en la actualidad operan como dominantes.

Este trabajo se sostiene en una concepción de la infancia, o mejor dicho 'las infancias' como una construcción social, en un contexto histórico social determinado con su particular manera de producir subjetividad.

A su vez, para pensar la cuestión del diagnóstico y la medicalización, tomo en consideración a la Ley de Salud Mental N° 26.657, y la Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 12.967, la cual es una herramienta para pensar al niño como un sujeto de derechos.

La finalidad de este trabajo es alcanzar una reflexión acerca del papel que el diagnóstico cumple en nuestra sociedad. A su vez, propone priorizar una visión integradora del niño o niña que incluya el aporte y participación de distintas disciplinas.

Palabras clave

Subjetividad

Infancia

Diagnóstico

Medicalización

Interdisciplina

Introducción

El presente ensayo tiene como finalidad abordar la actual problemática del Diagnóstico y la Medicalización en la infancia. Durante el transcurso de este trabajo se tratarán diversas aristas relativas al tema en cuestión, teniendo en cuenta el marco legal actual de nuestra sociedad, donde se encuentra en vigencia la Ley Provincial de Santa Fe de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 12.967, y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

El interés hacia esta temática se debe a que en la actualidad, podemos hallar no solo un aumento de niños diagnosticados y medicados, sino también diversas patologías cuyos nombres han surgido en el último tiempo y que se encuentran englobadas en el DSM V, la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales que ha sido publicada en el 2013 con importantes modificaciones en diversos aspectos de la psiquiatría infantil (Botero-Franco, et al. 2016: 201). Algunas de estas patologías son: trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno general del desarrollo y el trastorno oposicional desafiante.

A su vez, se hace alusión a como suelen reducirse las diversas problemáticas en estos sujetos a factores biológicos, como consecuencia de la integración de aspectos inherentes de la vida cotidiana al saber médico. En segundo lugar, y como consecuencia de lo mencionado se piensa acerca del alarmante aumento en la prescripción de psicofármacos en los niños.

El interrogante, parte de la pregunta de si estas 'patologías actuales' han estado desde siempre, o si simplemente son creaciones de estos tiempos por los discursos dominantes, como por ejemplo, la psiquiatría, las industrias farmacéuticas y el mercado. De esta manera, si pensamos a las patologías como construcciones sociales, estas instituciones podrían ser consideradas como las encargadas en darles a estos trastornos una entidad específica, en pos de un beneficio propio en relación a un interés económico en el marco de una sociedad que pareciera aceptar de manera acrítica lo dicho por los protagonistas de estos discursos dominantes.

Vale destacar que en este ensayo se plantean distintas cuestiones, los beneficios y por qué es necesaria la elaboración del diagnóstico, y a su vez, los siguientes interrogantes ¿Cuáles son sus consecuencias?, ¿Cómo puede afectar al sujeto víctima de estas prácticas?

Marco legal actual

Para comenzar, creo necesario y pertinente situarnos dentro de los parámetros del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013), que se ofrece para que los profesionales del área salud mental puedan llevar a cabo una labor adecuada y responsable.

El mismo estipula que los psicólogos:

Entienden al bienestar psíquico como uno de los Derechos Humanos fundamentales y trabajan según el ideal social de promoverlo a todos por igual, en el mayor nivel de calidad posible y con el sólo límite que la ética y la ciencia establecen. Comprenden que es responsabilidad individual de cada psicólogo

aspirar a alcanzar el mismo y promover en sus colegas una actitud responsable, lúcida y comprometida frente al ser humano concreto y sus condiciones. No consienten ni participan deliberadamente en prácticas discriminatorias. (Código de Ética, 2013: 3)

Para poder abordar la problemática del diagnóstico y la medicalización, centrado puntualmente en la infancia, es importante tener en cuenta el marco legal que actualmente contempla los derechos de los niños y niñas en la Provincia de Santa Fe y en nuestro país, ya que en las últimas décadas se han visto avances en lo que a los derechos de los más jóvenes concierne.

Antes de la sanción de la Ley provincial de Promoción y Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 12.967 en el año 2009 se encontraba en vigencia la Ley de Patronato N° 10.903 (1919). Aquella normativa consideraba a los menores desde el punto de vista legal como personas sin voz ni voto. En lugar de referirse a los derechos y garantías de los mismos, se hacía referencia a los derechos y obligaciones del padre, o en su defecto de la madre, sobre las personas y bienes de sus hijos, en tanto estos sean menores de edad. Es decir que ni siquiera eran considerados como sujetos de derecho.

Afortunadamente, aunque quizá de manera tardía, se sanciona en el año 2009 la mencionada Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 12.967, la cual se adhiere a la Ley Nacional N° 26.061, sancionada en el año 2005. Esta normativa permite un desplazamiento de la concepción del niño como un simple menor, a la consideración del mismo como un *sujeto activo de derechos*, que *debe ser oído y escuchado*.

La Ley n° 12.967 tiene como objeto la protección y la promoción integral de los derechos y garantías de aquellos sujetos menores a dieciocho años de edad que se encuentren en el territorio de la provincia de Santa Fe.

A su vez, tiene como premisa fundamental el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, lo cual es entendido como “la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos y los que en el futuro pudieren reconocérsele” (Ley 12967, 2009: 2). En cuanto a esto, es pertinente hacer énfasis en el hecho de que se reconoce al niño como un sujeto de derechos y no simplemente como un beneficiario pasivo; sino como sujeto *activo*, con derecho a ser oído, que se manifieste y que su opinión sea tenida en cuenta en todas aquellas circunstancias que le conciernen.

Se establece, además, en su artículo n° 13, que estos sujetos poseen el:

DERECHO A LA SALUD. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Los Organismos del Estado deben garantizar el acceso universal e igualitario a los servicios de salud. (2009: 5)

Otra importante ley a tener en cuenta, afín al tema que nos ocupa, es la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010). En la misma se define a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (9). Asimismo, apunta a que se asegure el derecho a la protección de la

salud mental y el pleno goce de los derechos humanos a aquellas personas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional.

En su artículo 5, se contempla que no se autoriza a presumir riesgo o daño de incapacidad debido a la existencia de diagnóstico en el campo de salud mental, ya que la misma solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria en cada situación particular. Esta cuestión de la interdisciplina es ahondada en el artículo 8, donde se establece que la atención en Salud Mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por diversos profesionales que se encuentren capacitados, con la debida acreditación de la autoridad competente. Entre estos profesionales se encuentran aquellos que formen parte del área de Psicología, de Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional, entre otras que puedan considerarse pertinentes.

Se enfatiza el derecho a no ser identificado ni discriminado en consecuencia de un padecimiento mental, ya sea el mismo, actual o pasado. Puntualiza a su vez, que el padecimiento mental no debe ser considerado como un estado inmodificable y que la determinación de que una persona padece una enfermedad mental será formulada con arreglo a normas médicas que sean aceptadas internacionalmente.

Finalmente, otro punto digno de ser mencionado es el artículo 12, el cual afirma que la prescripción de medicación “sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales.” (Ley Nº 26.657, 2010: 19). Además, insta que la indicación y renovación de prescripción solo se puede llevar a cabo a partir de las evaluaciones profesionales oportunas, en el marco de un abordaje interdisciplinario, y no de forma automática.

Distintos artículos de estas leyes mencionadas se retoman a lo largo del ensayo a fin de poder encontrar un sustento legal a las cuestiones concernientes al tema.

¿Qué entendemos por infancia?

La Dra. en Educación Sandra Carli (1999), brinda una interesante concepción de la infancia al expresar que no es posible hablar de ‘la’ infancia, sino que hay que hablar de ‘las’ infancias. Esto se debe a que las mismas están estructuradas de diversas maneras según las condiciones familiares, la intervención del estado, la escolaridad, y también la incidencia del mercado y de los medios de comunicación en la cotidianidad de estos niños. Por otro lado, la Doctora nos recuerda que la infancia es una construcción social, lo que implicaría que se debe pensar el tiempo de la infancia como una prolongación de la vida en el imaginario de una sociedad.

Desde una perspectiva histórica, los niños se constituyen como tales en el tránsito por ese tiempo de infancia cuyos sentidos van variando históricamente. El tiempo de la infancia es un tiempo construido por los adultos, un tiempo histórico cultural, es en la trama de una sociedad y de una cultura que se dota de sentidos a esa edad instándola como tal en otra temporalidad que no se ciñe a la temporalidad biológica, evolutiva, de la edad, sino que se inscribe en un proceso más amplio de reproducción humana de una sociedad. (Carli, 1999: 22)

Esta autora apunta a una perspectiva histórica que permita pensar a la infancia como una construcción histórica en el marco de discursos de diverso tipo en los que se despliegan los procesos de sujeción de la niñez.

Phillipe Aries en Fonseca y Cardarello (1999) también nos recuerda que la noción de infancia está construida socialmente, en un contexto histórico determinado. Por ejemplo, comenta que en la época premoderna no existía un sentimiento de infancia tal como nosotros la entendemos hoy.

No sería hasta el Renacimiento que la infancia adquiere un nuevo estatus, donde los más jóvenes comienzan a ser vistos como seres en formación que exigen cuidados materiales y afectivos especiales. Es entonces que surge un ejército de especialistas para poder definir aquellas necesidades de la infancia y poder aconsejar a los padres sobre cuál sería la mejor forma de cuidarla. Finalmente, en el siglo XX, se da una consolidación de las ciencias pedagógicas, psicológicas y pediátricas.

Sin ir más lejos y continuando con este recorrido, podemos ver cómo la concepción de infancia ha ido variando en nuestro propio país, donde antes estaba vigente la Ley de Patronato (1919), y en la actualidad rige la Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños, y Adolescentes (2009); siendo estas dos normativas totalmente disímiles. La Ley sancionada en el año 2009 logra otorgarle al niño, niña y adolescente el estatus de sujeto de derecho y da un valor realmente significativo a su derecho de ser oído. Esto es de suma importancia, ya que se promueve una concepción del niño como centro de interés, como protagonista de su vida y de sus elecciones, lo que era impensado con la Ley de Patronato.

Entonces, al considerar a la infancia como una construcción social que va variando de acuerdo a las épocas, y que por ende debe situarse en un contexto histórico y social determinado, es importante traer a colación la cuestión de la subjetividad, la cual esta en íntima relación con la sociedad.

La subjetividad

Para entender la noción de subjetividad es importante recalcar el hecho de que el ser humano crece, se desarrolla y constituye en el núcleo de una cultura, en un lugar y momento histórico determinado. Se encuentra en interacción permanente con otros semejantes que lo introducen en la vida en sociedad, y que a su vez están condicionados por este contexto en el cual se encuentran inmersos.

Según Sergio Rascován (2013) la subjetividad no es una estructura esencial, única, estática y absoluta. Tampoco sería algo interno en oposición a mundo externo, ni individual o colectiva, sino que es a través de ella que el ser humano se constituye como tal ingresando al mundo simbólico, cultural y regido por las lógicas del lenguaje. La subjetividad es aquella que se constituye en el dominio de los procesos históricos y diversos de la producción de sujetos: no hay sujeto sin sociedad ni sociedad sin sujeto. Es según este mismo autor que los procesos de acogida al mundo humano y los recorridos posteriores que se transitan a lo largo de la vida van cambiando de acuerdo a las épocas y promoviendo diferentes formas de vivir, de producir subjetividad. Esto quiere decir que las sociedades no son algo estático, sino que van cambiando, modificándose como algo dinámico. Y cada sociedad va a ir produciendo un tipo particular de sujeto, que a su vez tendrá una participación activa en la sociedad en la que habita.

En consecuencia, es el objetivo de los operadores sociales caracterizar cada cultura, analizar una sociedad determinada en un espacio y tiempo puntual, abordar conclusiones, estudiar y analizar las conductas de los sujetos.

Según Silvia Bleichmar (2005), la subjetividad está atravesada por los modos históricos de representación, con los cuales cada sociedad determina aquello que considera necesario para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior, enunciados ideológicos, representaciones del mundo, lógica de la identidad. Lo que la autora quiere significar con lo expresado, es que cada sociedad define lo que es importante para sí, lo que se debe o no hacer, lo que es aceptado o no, lo normal o lo anormal en tanto conceptos construidos socialmente.

Por su parte, Emiliano Galende, (S/F), médico y psicoanalista, en 'El impacto de la cultura en la subjetividad de las personas' plantea que hay una relación entre subjetividad y cultura, en el sentido de que todo aquello que suceda en nuestra cultura, cualquier cambio que ocurra en la misma, impactará en nuestra subjetividad, que sufrirá los mismos cambios. Dice también que al ser seres humanos, y por ende al ubicarnos desde un punto de vista biológico, somos mamíferos de manada, por lo que no sabríamos vivir solos. De esto surge nuestra necesidad de convivencia que debe ser regulada para poder relacionarnos.

Hoy nos encontramos en una cultura que a lo largo de los años ha sufrido diversos cambios que han repercutido en la construcción de nuestras subjetividades. Existe una lucha simbólica de poderes donde unos quieren imponerse sobre los otros como portadores y develadores de 'la verdad'. En realidad siempre existió esta relación donde, como bien explica Galende (2008) se compite por la definición de los problemas del trastorno mental, su valoración, cuál es la forma adecuada de abordarlos y quienes son los profesionales habilitados para hacerlo.

Hoy podemos ver a la industria farmacéutica, el mercado y al discurso médico hegemónico expandir su poder en la cotidianeidad de nuestras vidas. Estos actúan como delimitadores de la salud y la enfermedad, como portavoces de las distintas formas de proceder, brindando sus soluciones y modos de intervención a distintos problemas que ellos consideran trastornos mentales, a los cuales definen y enmarcan dentro de categorías diagnósticas.

¿Qué es el diagnóstico?

María Ester Ferroni (2010), sostiene que el diagnóstico "es un concepto que convoca, abre, diferencia, cierra entre otros sentidos según los campos, paradigmas, disciplinas y teorías que lo toman como parte, como herramienta irremplazable" (168). En este sentido, el diagnóstico ha tenido desde siempre un lugar destacado. Ubica a Pinel en el siglo XVIII, quien observaba síntomas en sus enfermos con el objetivo de clasificarlos a modo de cuadros nosográficos que determinarían un tipo particular de enfermedad. Es entonces que estaríamos ante un diagnóstico que se entiende como "el conjunto de signos que sirven para fijar el carácter de una enfermedad" (Ferroni, 2010: 168), y frente al síntoma entendido como un signo de lo que sucede en el cuerpo pensado como orgánico, y como aquello que puede observarse, medirse y posible de ser clasificado.

Para el discurso médico hegemónico, según Gabriela Dueñas (2013) el síntoma es considerado como aquello que no anda. Está conformado por las características que

pueden ser detectadas mediante el examen médico y diversos estudios complementarios, y considera como secundario “todo lo que el enfermo cree y puede decir acerca de lo que le ocurre” (4). Desde este posicionamiento, se estaría priorizando aquello que el psiquiatra puede observar, describir, clasificar y nombrar, reduciendo de esta manera al síntoma a su cara de signo.

Por otro lado, a diferencia de la mirada médica clásica, encontramos la perspectiva psicoanalítica que considera al diagnóstico como “un instrumento que permite construir, a partir de la escucha, un dispositivo transferencial/clínico sobre una historia singular donde las intervenciones analíticas están dirigidas al paciente con el fin de resignificar con otros sentidos su sufrimientos, sus orígenes, sus interrogantes” (Ferroni, 2010: 170). Con esta mirada empiezan a utilizarse otros medios a los fines de arribar a un diagnóstico. No solamente el profesional se basa en el aspecto clínico de una persona, sino que el análisis de sus psiquis comienza a ser considerado como un punto de partida para determinar qué es lo que le está pasando a un sujeto determinado. El aspecto psíquico social se valoriza y se tiene en cuenta. Esto es de suma importancia puesto que apunta a abordar a la persona de una manera integral.

Según Gabriela Dueñas (2013), para la psicología de línea cognitivo-conductual, lo que interesa es aquella cara signo que es accesible a la observación, a la medición y evaluación. No se convoca al sujeto a hablar sobre su malestar, en su lugar, se lo somete a una batería de tests y exámenes con el objetivo de “formular un diagnóstico que ponga nombre a ese déficit cognitivo (y así poder proceder a definir las intervenciones rehabilitadoras-reeducadoras) para eliminar o compensar la dificultad por la que se consulta.” (4)

En cambio, la psicopedagogía clínica de inspiración psicoanalítica, jerarquiza la cara problemática, se convoca al sujeto a que hable, “se promueven las preguntas, la expresión de sus miedos y expectativas, se trata de que pueda poner en palabras lo que le pasa” (Dueñas, 2013: 4) De esta manera, se apunta a que el sujeto logre poner en palabras su sufrimiento, el saber está en él, aunque este sea un saber inconsciente, “solo él sabe porque le pasa lo que le pasa”. (4)

Entonces, según María Ester Ferroni, ambas perspectivas (la mirada médica clásica y la psicoanalítica) utilizan una misma herramienta: el diagnóstico; uno a partir de concepciones preestablecidas en cuadros clínicos, y otro a partir de la lectura de los efectos del inconsciente en tanto son leídos como síntomas.

En base a esto, podemos señalar que existen diversos campos en los cuales puede establecerse un diagnóstico. Por un lado, desde una postura psicoanalítica, que ve al síntoma como la manifestación de un conflicto, donde se prioriza la escucha, la historia personal, familiar y la dimensión histórico social que atraviesa al sujeto. Por el otro, desde el ámbito de los llamados problemas o trastornos mentales. Los mismos son construcciones que nos permiten caracterizar ciertas problemáticas humanas y se realizan mediante la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos.

Si nos situamos desde la preocupante concepción del diagnóstico como un conjunto de signos propios de un cuadro clínico, y ubicándonos en nuestro contexto histórico-social, es importante mencionar que hoy se encuentra en vigencia la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. El mismo es utilizado en la práctica psiquiátrica.

Con esta nueva edición se han añadido nuevas categorías diagnósticas debido a la inclusión de comportamientos que anteriormente no eran considerados trastornos.

Como consecuencia de esto, y por el aumento de la demanda de atención terapéutica, el número de niños y niñas diagnosticados ha experimentado un incremento.

Enrique Echeburúa (2014) menciona que con:

El abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-5, así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante en el ámbito infantil. (71)

Es decir, que muchas personas que estén atravesando por situaciones inherentes a la vida, como por ejemplo un duelo, situaciones de estrés, o niños que tienen rabietas infantiles podrían “quedar atrapadas en la red de este manual diagnóstico” (Echeburúa, 2014: 71).

Sin embargo, es necesario hacer un paréntesis, y mencionar que no se puede ignorar el lugar que ocupa el diagnóstico en el área de la salud, ya que en nuestra sociedad ha cobrado suma importancia la detección temprana. Ocurre, por ejemplo, que en una escuela o en el mismo hogar, ante la percepción de que un/a niño/a está presentando ciertas dificultades, lo primero que suele hacerse es buscar a un profesional que pueda dar una respuesta a determinada conducta, comportamiento (que puede considerarse alejado de los parámetros considerados normales), o malestar que manifieste el niño/a. Ante esta situación, lo que se espera es saber cuál es la problemática y el consiguiente diagnóstico que podría presentar el joven en cuestión. Desde este punto de vista puede decirse que el diagnóstico sirve para poder determinar si un/a niño/a necesita ayuda, y en el caso de que así sea, saber a qué nos enfrentamos. De tal manera, el diagnóstico orientaría acerca de cómo ir tratando aquello que aqueja al paciente que consulta. A su vez, al ser imprescindible que un tratamiento se lleve a cabo en el marco de un abordaje interdisciplinario, un criterio diagnóstico acorde entre los distintos campos capacitados para responder a la demanda, permitirá que se logre una mejor comunicación entre los distintos profesionales. De esta manera, el equipo logrará encontrarse en mejor sintonía para que el tratamiento y el abordaje sea lo más completo y eficiente posible.

Valorizo la detección temprana de una patología que pueda presentar un/a niño/a, ya que los años de la niñez son los más importantes y determinantes para todo sujeto en su desarrollo posterior. Empero, en ocasiones, como consecuencia del diagnóstico, se dice que un niño es tal patología, por lo que sus actos, dificultades, y comportamientos serán medidos en relación a esa categoría diagnóstica que se le ha atribuido. De esta manera, se deja de lado aquello que lo constituye: su historia, su devenir, inhibiendo el desarrollo de su potencial con el cual superar aquellas ‘limitaciones’ que posee.

Es importante recordar que el diagnóstico no debe ser considerado como sinónimo de irreversibilidad e irrecuperabilidad, ya que puede resultar estigmatizante si se lo plantea de esta manera. Si se utiliza al diagnóstico como una etiqueta, se perjudicará al niño culminando en una exclusión y anulará al sujeto la creencia de que

tiene una posibilidad de superación, e incluso le sacará toda cuota de responsabilidad sobre su accionar.

Como consecuencia de las etiquetas diagnósticas tomadas como definitivas, puede verse la creación de una figura omnipresente, instituyendo al niño/a como un sujeto reconocido de determinada manera en la sociedad: el chico que ES hiperactivo, que ES autista. El sujeto sería una figura ya reconocida, con un rótulo, dejándose de lado todas las demás dimensiones que lo constituyen, fijándolo a una identidad que se le atribuye socialmente. En otros términos, se lo reduce a un conjunto de signos y síntomas, dejándolo librado a un solo camino y final posible. Pero deberíamos cuestionarnos, ¿siempre hay un solo camino y final posible?, si es así, el trabajo del psicólogo perdería mucho valor para aquella anhelada evolución.

Es por esto que adhiero a la concepción de un diagnóstico pensado como un punto de partida que oriente y sienta las bases del terreno donde se trabajará, donde no se reduzca al sujeto a un rótulo. Sino, que es el comienzo de un proceso llevado a cabo por los profesionales, donde es fundamental que se tenga en cuenta que el abordaje de cada caso no es igual al anterior. Es importante que el profesional de la salud logre crear un ámbito que posibilite el surgimiento de la palabra y dé lugar a la escucha de las necesidades del sujeto. Para así lograr que se le otorgue un sentido al síntoma y que el mismo sea elaborado.

Hay que evitar caer en generalizaciones, ya que cada tratamiento será planificado teniendo en cuenta a la singularidad del sujeto, donde su curso y evolución será particular.

Como establece Gisela Untoiglich (2013): El diagnóstico en la infancia se escribe con lápiz. ¿Qué quiere decir esto? Que debemos recordar que cuando se trata de niños/as, estamos hablando de sujetos en desarrollo, en plena constitución subjetiva, por lo que fundamentalmente con ellos el diagnóstico debe ser considerado una hipótesis, no como definitivo. Por tal motivo, es imprescindible que los diagnósticos sean revisados continuamente para que no se caiga en discriminación y en una rotulación.

Adhiero a la propuesta de Ana Bloj (2010), quien postula que el diagnóstico establecido debe ser una hipótesis en permanente reformulación. Hay que evitar la consolidación de una identidad al niño, que lo encasille en aquello que no puede hacer, aquello que no va a poder lograr, inhibiendo su creencia de que puede fortalecer sus aspectos positivos y desarrollar herramientas que le permitirán desenvolverse en el núcleo de nuestra sociedad, y lograr potenciar sus recursos. He aquí, en mi opinión, de la idea central del verdadero significado del diagnóstico.

Acerca de la medicalización

La medicalización es entendida según el Dr. Baltasar Aguilar Fleitas (2015) como “la invasión de la medicina en aspectos de la sociedad y de la vida que no son patológicos en sí mismos, ni pasibles de tratamiento específico” (2015: 262). Lo que ocurre, según este autor, es que hoy en día, arreglamos la vida cotidiana y la dirigimos de acuerdo a lo que indica el saber médico del momento. Hay una invitación por parte de este saber, junto con el mercado y las industrias farmacéuticas a vivir una vida sin dolor ni sufrimiento.

El Dr. Aguilar Fleitas (2015), en su trabajo menciona a Kishore, quien define a la medicalización como “la forma en que la medicina moderna se ha expandido en los

años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no eran considerados entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces” (262). Otra forma en la que podemos pensar a este fenómeno es como la conversión de situaciones normales a procesos patológicos, que pretenden ser resueltas por la medicina.

Este es un fenómeno que tiene lugar en nuestra sociedad, y ha conducido al aumento de categorías diagnósticas que parten de la utilización del DSM-5, donde puede verse una tendencia a connotar diversos aspectos de la vida cotidiana como patológicos.

A su vez, como consecuencia de la medicalización, se ha vislumbrado un aumento de la prescripción farmacológica innecesaria. Digo innecesaria ya que si bien hay situaciones en la que la administración de fármacos es requerida, como por ejemplo para lograr la estabilización de un paciente para poder comenzar un tratamiento, y en diversas situaciones críticas, se ha inducido a las personas a creer que por medio de un medicamento encontrarán la solución a sus problemas.

Otra cuestión importante a recalcar es que la medicalización, tal como puntualiza el Dr. Aguilar Fleitas, se retroalimenta una vez iniciada. Puntualiza que siempre a un estudio o exploración le puede seguir otro cada vez de mayor complejidad. Retoma a Clifton Meador (2015), quien en *New England Journal of Medicine*, de la década pasada, habla de “la existencia posiblemente ideal de la ‘última persona sana’ que difícilmente podrá emerger de un sistema de salud que acepta el concepto economicista del mercado, que crea enfermedades dentro de los sanos, que transforma el envejecimiento en enfermedad y que promete cruelmente la ilusión de la prevención permanente y absoluta”. (263)

Otro punto abordado por el Doctor que resulta interesante, es que una de las causas de este fenómeno de la medicalización puede deberse a la concepción de salud comúnmente aceptada que nos brinda la Organización Mundial de la Salud. La entidad internacional establece que la salud es el completo estado bienestar físico, mental, y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Entonces, como consecuencia de esta definición se dejaría de lado el hecho de que el disconfort, el estrés, la tristeza y el dolor son componentes inseparables de nuestra vida.

Un caso claro de esta tendencia es el trastorno oposicional desafiante, donde se caracteriza a un niño con esta categoría por presentar un patrón de conductas en las cuales el menor “se opone a seguir las reglas, instrucciones o peticiones del adulto, las argumenta o llega a desafiar al adulto” (Botero-Franco, et al. 2016: 207). Entre otras características, como por ejemplo mostrarse vengativo dos veces en un período de seis meses, o si culpa a los demás por su mal comportamiento. Estos son rasgos que han podido encontrarse en todos los niños, ya que son inherentes a la edad, y no deberían ser consideradas como conductas a encasillar, diagnosticar y medicar.

En nuestra sociedad hay un ideal de salud, de perfección como si esto fuese posible lograr, y como si todo aquello que no alcanzara lo ideal fuese patológico y debiese ser tratado. ¿Por qué un niño en la escuela no puede simplemente ser distraído, o estar atravesando situaciones comunes que implican el crecimiento? En vez de eso se toma un comportamiento, se lo patologiza, y se lo encuadra dentro de un diagnóstico contenido en el DSM-5, y se suele acudir a una medicación que lo *lleve por el buen camino*.

A modo de crítica, puede verse una limitación que se circunscribe a captar qué es lo que le ocurre a aquel niño sin interrogarse el por qué de su malestar, de sus

síntomas. Para que de esta manera logren descifrarse las raíces del conflicto y detectar con que recursos cuenta el niño para poder crecer y superarse. Toda esta situación está influenciada por los cambios culturales que transita nuestra sociedad hoy en día, donde la medicina, la lógica del mercado y las industrias farmacéuticas fomentan la medicalización en la infancia. Esto lo llevan a cabo brindando respuestas rápidas (pero no necesariamente más eficaces) en forma de pastilla, a enfermedades que ellos mismos generan, coartando la posibilidad al niño o niña de apelar a sus propios recursos que le permitirán superar aquellos obstáculos que le dificultan alcanzar el máximo de su potencial.

El lugar que ocupa la escuela hoy

En los procesos de socialización y trabajo psíquico que requiere la construcción del lazo social humanizante que se produce durante la niñez y la adolescencia ocupan un lugar central no solo las figuras familiares, la relaciones cercanas y el entorno hogareño cotidiano, sino también las instituciones educativas. Es que –desde su advenimiento- la escuela ha contribuido de manera significativa a configurar las tramas singulares de la subjetivación de los niños; y en el último tiempo, en que se los observa escolarizados gran cantidad de horas por día y desde muy temprana edad, de manera particular las instituciones educativas han pasado a constituirse en un espacio privilegiado donde se inscriben aquellos procesos (Dueñas, 2013: 1)

La escuela es uno de los principales espacios donde los niños se desenvuelven y despliegan su subjetividad. Hay que concederle un lugar de suma importancia, ya que ésta institución no es solo la encargada de la educación de los niños/as, sino que en estos tiempos se le demandan ciertas cuestiones que antes eran dominio de la institución de la familia. Terzaghi (2011) en Dueñas (2013) establece que:

Es necesario tener en cuenta que la escuela actual, cuestionada por muchos y cuestionándose ella misma por el incremento y la diversidad de las demandas que se le realizan ante las novedosas problemáticas con las que se hacen presentes las nuevas infancias, parece haberse transformado en uno de los ámbitos donde más se reclama de la medicina soluciones rápidas y remedios eficaces para abordarlas.
(1)

Es necesario ubicar a la escuela como uno de los ámbitos en el que el niño se constituye, y como aquella que, al estar en permanente contacto con el joven, es una de la que más posibilidades tiene de detectar algún problema que presente el niño o niña. Adhiriendo a Betina Monteverde (2015), es importante recordar que “los problemas en el rendimiento o comportamiento escolar no equivalen necesariamente a diagnóstico” (1). La autora plantea que estos problemas no pueden ser abordados por una sola perspectiva, lo que suele ocurrir como consecuencia del reduccionismo biologicista. Debido a esto, al realizar un diagnóstico sintomático, suelen ocultarse otras problemáticas, como el abuso, violencia, duelos, conflictos, entre otros.

La escuela no debe operar como una simple receptora de niños ya ‘martirizados’, ‘formateados’ como suele decirse, sino que alberga y educa sujetos en puro devenir, es decir, en pleno proceso de constitución de subjetividad, del que a su vez

depende el desarrollo de sus funciones cognitivas, que puede estar adecuado o no a las expectativas escolares y familiares. (Dueñas, 2013: 2)

Betina Monteverde nos comenta que el aumento del diagnóstico y la medicalización tiene que ver con la creencia de que los niños deban ser medicados para que así sea posible su continuidad en la escuela. También incide la presión de los padres hacia los médicos, y presión de los equipos psicopedagógicos que derivan a los padres al neurólogo con un diagnóstico probable.

El hecho de que la medicación sea considerada como la única vía para que el niño que presente alguna problemática pueda continuar en la escuela es preocupante. La prescripción farmacológica debería ser un recurso al cual acudir en circunstancias excepcionales. Es fundamental que se instaure un diálogo con el niño/a, que se lo escuche para poder esclarecer si lo que realmente requiere, es que se prescriba un tratamiento farmacológico, o si la problemática puede ser resuelta en el marco de una terapia psicológica. Es importante que se ahonde en la problemática que aqueja al niño/a sin perder de vista a la persona, y poder establecer una estrategia de intervención adecuada, que sea diseñada exclusivamente para el sujeto en cuestión.

Betina Monteverde (2015) nos dice que podemos ver en el campo de la salud mental:

Una tendencia medicalizante, apoyada en la lógica de la neurociencia y el desarrollo de la industria farmacológica, a partir de la cual se individualiza el proceso de salud-enfermedad, en tanto se considera al contexto social como externo al fenómeno en cuestión y se reduce el padecimiento psiquiátrico a lo patológico, produciendo un centramiento en lo biológico. (3)

La creciente demanda hacia la escuela y sus docentes, quienes se supone que deben ser los encargados de detectar alguna problemática en los niños/as, ha contribuido a fomentar la tendencia por parte de algunos docentes de fuerte sesgo biologicista, a atribuir las dificultades de aprendizaje o conducta, a causas de orden médico. Esto ocasiona que se obture la posibilidad de considerar otras variables, y conduce a que se considere al “síntoma puro elevado a la categoría de lo que ‘hay que arreglar’”. Nada de lo psíquico existe en este nuevo esquema cristalizado en manuales estadísticos utilizados para diagnosticar/catalogar trastornos mentales” (2013: 1)

Tanto Monteverde como Dueñas insisten en que el mal uso del diagnóstico puede derivar a un posible efecto estigmatizante, cuando en realidad:

La finalidad de un diagnóstico es favorecer abordajes pertinentes que posibiliten una mejor salud y una mayor inclusión social. Un diagnóstico en N.N.yA. nunca es sinónimo de irreversibilidad e irrecuperabilidad, ni puede ser utilizado como una etiqueta, ya que al favorecer el estigma perjudica la salud y genera exclusión. (Monteverde, 2015: 1)

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, hay que tener en consideración la posición en la que se pone al docente hoy en día. La escuela es un lugar en el que el niño se encuentra durante una gran cantidad de horas, por lo que es un espacio privilegiado donde fácilmente el joven puede manifestar sus conflictos. Por esto, son los maestros los que están en primera fila para poder pesquisar estas manifestaciones. A su vez, como la detección temprana es primordial, se les demanda una atención

constante para que las diversas problemáticas que pueda presentar un niño/a sean detectadas y tratadas oportunamente.

Hay que ser cuidadosos, no caer en la generalización y tener una opinión tan injusta hacia los docentes. Ya que se les ha atribuido una enorme responsabilidad para con los niños/as, y es entonces es que me pregunto y cuestiono, si los docentes han recibido una capacitación adecuada para estar preparados ante esta demanda. Hay que recordar que el maestro no está frente a un solo alumno, sino ante una multiplicidad de ellos, y quizá realmente actúa como puede.

Es por esto que hay que prestar atención a que en el intento de responder a esta demanda social, los docentes no deriven a los alumnos a consulta neurológica ante cualquier tipo de dificultad que levante alguna sospecha de que pueda presentar deficiencias o trastornos neurocognitivos-conductuales. De ser así, como paso siguiente suele esperarse que se les “indiquen tratamientos centrados en la administración de drogas psicoactivas acompañados de programas de ‘adiestramiento conductual’ y/o psicopedagógico de tipo reeducativo” (Dueñas, 2013: 1). Este panorama da lugar a la presencia de un discurso médico que opere como un dispositivo normatizador-normalizador de la conducta.

Lo que se tiene que recordar, indica la autora, es que la cuestión central en estas intervenciones durante el proceso diagnóstico, no radica en ponerle un nombre a la dificultad, sino resguardar la condición subjetiva del niño/a o joven que la padece para que la misma no quede aplastada por el significativo científico. Hay que apuntar a conocer la posición del sujeto en relación a como se sitúa ante su síntoma, que es lo que dice en relación a esto. Hay que atender a “la posibilidad de que pueda pasar de ser ‘objeto’ de la preocupación de su familia y escuela, a ubicarse en el lugar de ‘sujeto’ que manifiesta y padece de dificultades para aprender o comportarse de manera adecuada a las expectativas de los adultos” (Dueñas, 2013: 5)

La importancia de un abordaje interdisciplinario

Una cuestión fundamental a la hora de realizar un diagnóstico es que el mismo se lleve a cabo en el marco de un trabajo interdisciplinario, en función del bienestar del niño o niña.

La interdisciplina nace, como plantea Stolkiner (2005):

De la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (2)

La autora hace referencia a lo ocurrido en la década de los 80, donde había devenido evidente que:

La comprensión y la respuesta a los problemas de padecimiento subjetivo no eran abordables desde un campo disciplinario específico, y que tanto los diseños de investigación como los programas de acción debían ser permeables a la caída del paradigma hegemónico positivista y a la crisis de las explicaciones mono y multicausales (Stolkiner, 2005: 2).

A su vez, estaba poniéndose en duda la idea de que fuese posible la 'objetividad' del conocimiento científico.

Stolkiner expresa que para que pueda llevarse a cabo la interdisciplina, es necesario que tenga lugar un trabajo sostenido y constante. Requiere una actitud de cooperación recurrente, donde es indispensable recordar que el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal.

Entonces, hablar de interdisciplina significa, según la autora, situarse necesariamente en un paradigma post positivista. Reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren de diversas maneras a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios. No supone relaciones lineales de causalidad y antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas.

Se considera a la interdisciplina como un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Lo que se hace es legitimar las importaciones de un campo a otro, la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas, atravesando distintos saberes disciplinarios. Se basa entonces, en una acción cooperativa de los sujetos.

Es por ello que la propuesta consiste en que seamos capaces de cuestionar la existencia misma de las disciplinas, esto no quiere decir negarlas, sino de no dar por natural e inmutable a una categorización de las Ciencias que surgió a raíz de una demanda social determinada.

Resulta imprescindible hacer mención al estatuto que se le da a la interdisciplina en la actual Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010). En el capítulo V de la misma, su artículo n° 8 establece que:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (17)

Además, en el artículo 12 expresa: "(...) debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios" (Ley N° 26657, 2010: 19)

Es de suma importancia que se requiera que el tratamiento de un paciente sea llevado a cabo por parte de un equipo interdisciplinario. Esto es necesario para poder mejorar las condiciones de atención de los pacientes, ya que el padecimiento que posee una persona, no es disciplinario en el sentido de que no pertenecen directamente a una sola disciplina en específico, sino que puede ser abordado, tratado por diversas áreas. Por ejemplo, en cuanto a la relación entre psicólogo y psiquiatra, el psicólogo puede considerar necesaria la medicación o no, por lo cual a veces es necesario que haya derivaciones, interconsultas, pero es importante que el paciente vuelva, es decir, que no quede solo en el ámbito de la psiquiatría. Que no cese su terapia, que el paciente no quede psiquiatrizado. Considero que es importante pensar con otros colegas, con otros profesionales de distintas áreas y especialidades, ya que debemos admitir que en

ocasiones hay un saber en falta, que nos hace falta algo de conocimiento, ser honestos en esto, admitirlo, y pedir ayuda, y consultar con otros colegas.

Esta dinámica de trabajo, en la que participan diversas áreas, puede resultar altamente enriquecedora ya que se pueden ir agregando nuevos significados y distintos puntos de vista ante una problemática. Recordemos que un sujeto está constituido por distintas dimensiones, por múltiples atravesamientos, y es imposible que una sola disciplina, o un solo saber pueda abarcarlo todo. Entonces, si se quiere realizar una atención integral, es necesario lograr una cooperación permanente entre las diversas áreas, para que la mayor cantidad de aspectos del sujeto sean tomados en cuenta, y así poder realizar un abordaje adecuado.

Consideraciones finales

Vivimos en tiempos donde la vorágine es la protagonista, en tiempos donde lo mejor es lo más rápido, lo más fácil y lo inmediato. Y el área de salud mental no es la excepción a este fenómeno. Como expone Emiliano Galende (2008):

(...) todo, o casi todo, ha cambiado: en la vida social, en los procesos de la cultura, y, especialmente en el ingreso de nuevos factores de poder que compiten hoy por la definición de los problemas del trastorno mental y su manera de abordarlo. En principio estos cambios no debieran sorprendernos. La fuerza que cobró en los últimos treinta años la globalización de la economía, cuyo efecto mayor ha sido el ingreso del mercado y el consumo como valores supremos para el desarrollo de las sociedades, y por lo tanto de los nuevos parámetros para el devenir de la vida de los individuos, hacía previsible que ningún sector de la vida social y de la cultura pudiera permanecer indemne a estos nuevos valores. (25)

Nuestra sociedad (occidental) se encuentra invadida por los medios de comunicación que nos transmiten ideales de perfección, donde siempre se puede mejorar, donde está estipulado qué se espera de cada uno de nosotros y donde cada comportamiento que se desvíe, o incluso se aleje apenas de lo reglado, es considerado como algo a corregir. La infancia no queda fuera de estos parámetros. Puede verse, como dice Betina Monteverde (2015) que el mercado “asume en estos momentos diversos matices, entre ellos la proliferación de modos de intervención sobre la infancia y la adolescencia que suponen modos privados y singulares de resolver la dificultad”. (2)

Por otro lado, adhiriendo a la misma autora podemos ver en nuestra sociedad dos tendencias simultáneas, en la que por un lado, se ve una ampliación de derechos en relación a las prácticas de salud, y por otro, una tendencia medicalizante apoyada en la lógica de la neurociencia y el desarrollo de la industria farmacológica.

En nuestra sociedad argentina, haciendo alusión a lo estipulado en la Ley de Promoción y Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes (2009), en su artículo 13, se establece que estos sujetos tienen derecho a la atención integral de su salud y a recibir la asistencia médica necesaria. A su vez, estipula que son los Organismos del Estado quienes deben garantizar un acceso universal e igualitario a la atención sanitaria, donde se brindarán igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Es sumamente positivo que se plantee que nuestra población tiene el derecho a la atención integral de su salud, de recibir la asistencia médica necesaria, y a tener un tratamiento oportuno. Sin embargo, quiero hacer énfasis que al hacer mención a una atención integral de la salud, es necesario que se contemplen también los aspectos psicológicos de los niños, no solamente los biológicos, es decir que deben tomarse en cuenta todos los aspectos y dimensiones del sujeto.

Pero, ¿es realmente lo que sucede hoy en día? Es llamativo el aumento de diagnóstico y de patologías que presentan los niños actualmente. Además “muchas de estas patologías se han transformado en objeto de leyes específicas (en función de cobertura de tratamiento y solicitando que se realice detección precoz), y donde el aumento de diagnósticos va unido a tratamientos que implican el consumo de fármacos, abonando la idea de una patología de origen neurológico.” (Monteverde, 2015: 2)

De lo expuesto precedentemente y puntualmente en nuestra provincia de Santa Fe, la autora nos brinda como ejemplo muy contundente la ley provincial 13.328 - Diagnóstico Precoz, Tratamiento, Integración, Inclusión y Protección integral de Personas con Trastorno de Espectro Autista (TEA) y/o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).

Entonces, ante la pregunta por el aumento en la frecuencia de aparición de determinados diagnósticos, y por la formulación de patologías creadas recientemente, podemos decir que su causa, o al menos una de ellas, puede deberse a que se hacen diagnósticos simplemente por la presencia de ciertos comportamientos que han existido siempre. La diferencia es que se les ha dado una connotación patógena debido a que ciertos discursos las consideran como tales, como lo es en el caso del trastorno oposicional desafiante. Podemos decir que estamos en presencia de un discurso médico psiquiátrico que cada vez se expande más en todos los ámbitos de nuestra vida, “la familia, la escuela, el vecindario, el correccional. Todo esto es ahora objeto de la intervención médica: la psiquiatría redobla entonces esas instancias, las repasa, las traspone, las patologiza. (Foucault, 2000: 143). Debido a este biologicismo y reduccionismo por parte de la medicina positivista que vemos actualmente, es que se llega a la medicalización. Galende (2008) afirma que:

La consideración del trastorno como enfermedad por parte de la psiquiatría positivista prescinde del sujeto, ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que éste sería sólo signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales, y se propone por consiguiente suprimirlo a través del medio artificial del medicamento. (26).

Comúnmente ante un diagnóstico, como parte de determinado tratamiento, puede indicarse la prescripción de un medicamento, pero estos no siempre son efectivos, en primer lugar puede ocurrir que un paciente no responda adecuadamente a la medicación, o que inclusive se niegue a tomarla. Pero principalmente, puede que esa medicación erróneamente pensada como *necesaria* impida que el sujeto, en nuestro caso un niño/a, pueda hacer uso de sus propios métodos y herramientas para hacer frente a aquel problema que lo aqueja.

Entonces, se ven dos movimientos simultáneos en la sociedad. En primer lugar se incentiva la creación de políticas públicas destinadas a proteger los derechos de los niños/as en cuanto a la detección y diagnóstico temprano, pero por otro lado hay un segundo movimiento que tiende a reducir a estos sujetos a una patología, que deriva de la medicina positivista, industria farmacéutica y el mercado.

En este sentido, El artículo 7 de la Ley de Salud Mental (2010) establece el:

“I) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado

N) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.” (2010: 14)

Esto es digno de ser mencionado, ya que debido a la existencia del DSM-5, con su propósito de universalizar, o mejor dicho, darle un criterio común y unificador a los padecimientos psíquicos, no suele considerarse la dimensión subjetiva.

Hay que tener en cuenta que la subjetividad no es estática, sino un proceso dinámico que cambia constantemente, por lo cual el diagnóstico no puede ser establecido una vez y para siempre. Debe estar en constante revisión y no debe tomarse (concordando con lo dicho por la Ley de Salud Mental) como algo inmodificable, es decir, como una etiqueta que acompañe al sujeto a lo largo de su vida. Es imprescindible no dejar de lado la subjetividad, la historia singular del sujeto reduciéndolo a una categoría diagnóstica, sino intentar ver qué es lo que le pasa a ese niño o niña en particular, y cuál es su posicionamiento frente a lo que le aqueja.

En relación a esto, es importante recalcar que con la prescripción de medicación frente a situaciones o comportamientos que no debieran ser medicalizados se tapa el síntoma, no se le da lugar a la elaboración del mismo, no se lo deja hablar. Con un proceder así, y con diagnósticos pensados de esta manera, nos estaríamos enfocando solamente en un problema a arreglar, y desconoceríamos las raíces del conflicto. Estaríamos participando en la cristalización de un problema en forma tal que dificultaría aún más el cambio deseado.

El diagnóstico debe considerarse un punto de partida, una hipótesis en permanente revisión, más aún en la infancia. El diagnóstico, el tratamiento, y el abordaje debe considerarse como un proceso que irá modificándose, tomando en cuenta los avances, retrocesos o incluso estancamientos del sujeto en cuestión.

Para finalizar, pondero la propuesta de Ana Bloj (2010) de elaborar los diagnósticos de forma artesanal, estableciendo un tejido de elementos que aporten a la construcción de cada diagnóstico en su dimensión particular. De esta manera, como futura psicóloga considero fundamental la realización de diagnósticos que tengan en cuenta la singularidad del sujeto, institución o del grupo social con el que se trabaja, dando lugar a la escucha, ya que detrás de un síntoma hay un sufrimiento subjetivo. Esto implicaría ir más allá de una mera clasificación de los problemas, no apuntar solamente a qué es lo que le pasa al sujeto, sino dar un paso más, y preguntarnos ¿Por qué le pasa? El mejor diagnóstico es aquel que permite responder a los intentos de producir un cambio.

Referencias bibliográficas

Aguilar Fleitas, Baltasar (2015). Medicalización de la vida. *Revista Uruguaya de Cardiología* N° 3. (p. 262-267) Visitado en: 5 de agosto de 2017. En: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=479747285003>

Bleichmar, Silvia (2007). Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis. En: *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Ed. Topia.

Bloj, Ana (Comp.) (2010). *Intervenciones en Psicología Educativa*. Rosario: Laborde.

Botero-Franco, Diana, Palacio-Ortíz, Juan David, Arroyave-Sierra, Pilar, Piñeros-Ortíz, Sandra. (2016) Implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatría infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. N° 45. (Julio-Septiembre). (201 -203) Visita 05 de Agosto de 2017. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80648398009>

Carli, Sandra (1999). La infancia o construcción social. En *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*. Buenos aires: Ed Santillana.

Dueñas, Gabriela (2013). Patologización y medicalización en la educación. Intervenciones subjetivantes sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas. *Revista Actualidad Psicológica*. (Marzo)

Echeburúa, Enrique, Salaberría, Karmele y Cruz-Sáez, Marisol (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Revista Terapia Psicológica*., 32 (p.65 - 74) Visita 5 de agosto de 2017 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78530014007>

Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). Código de Ética Nacional. Visita 05 de Agosto de 2017 en: http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf

Ferroni, Maria Ester (2010) Inicios de la intervención: la construcción diagnóstica. (Una herramienta para la prevención dentro de la institución educativa). En: Bloj, Ana (comp): *Intervenciones en Psicología Educativa*. Rosario: Laborde.

Fonseca, Claudia y Cardarello, Andrea (1999). *Derechos de los más y menos humanos*. Porto Alegre: Ed. Horizontes Antropológicos.

Galende, Emiliano (S/F). 'El impacto de la cultura en la subjetividad de las personas'.

Galende, Emiliano (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Korinfield, Daniel, Levy, Daniel y Rascovan, Sergio (2013). Entre adolescentes, jóvenes y adultos. En: Rascovan, Sergio (Au.) *Entre adolescentes y adultos en la escuela*. Buenos Aires: Paidós.

Ley de Patronato No. 10.903 (1919) En:

http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/legislacion/Ley%2010903_patronato.pdf

Ley de Promoción y Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes No. 12.967 (2009) En:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/222732/1165624/file/Ley%20N%C2%BA12967-11%20-%20Promoci%C3%B3n%20y%20protecci%C3%B3n%20integral%20de%20los%20derechos%20de%20las%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes.pdf>

Ley Nacional de Salud Mental. No. 26657; (2010) Argentina. Ministerio de Salud: Presidencia de la Nación.

Monteverde, Betina (2015). ¿Qué ves cuando me ves? Trabajo presentado en las XIII Jornadas Rosarinas de Antropología Socio-cultural.

Untoiglich, Gisela (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Noveduc. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847410009>