

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

TÍTULO: "Cuestionando al diagnóstico en la Infancia"

MODALIDAD: Ensayo

AUTORA: Buet, Eugenia

LEGAJO: B-5067/9

DOCENTE RESPONSABLE: Penecino, Élida

2017

ÍNDICE

Resumen y palabras claves.....	3
Introducción.....	4
Desarrollo.....	6
Conclusión.....	13
Referencias Bibliográficas.....	16

RESUMEN

El diagnóstico en la infancia es el tema central que versa este trabajo. El objetivo principal que guió este ensayo fue poder tomar mi propia postura respecto del diagnóstico a partir de la lectura de diversos autores cuyas carreras se basan principalmente en el psicoanálisis.

Como psicólogos tenemos una gran responsabilidad al establecer y comunicar un diagnóstico a un niño o niña ya que se trata de un ser en constitución por lo que no podemos dar diagnósticos cerrados y definitivos, tampoco podemos adosarle una etiqueta a través de la cual ese niño sea nombrado y caracterizado. Tenemos que siempre escuchar qué nos dice ese niño respecto del síntoma, qué nos viene a decir este último respecto del niño y no simplemente realizar una tarea de evaluación mediante pruebas estandarizadas y cuantificables. Es por esto que surge mi interés respecto del diagnóstico y su influencia negativa en la vida de los niños cuando este no deja de ser un rótulo sin tener en cuenta todas las variables antes mencionadas.

Estaríamos dañando justamente esa subjetividad que se está formando y dando lugar a que quede encerrado en una simple etiqueta obturando sus posibilidades de poder salir de eso que lo estigmatiza y define.

Este trabajo propone una reflexión personal como futura profesional de la salud respecto de la posición que debemos asumir, posición de responsabilidad y ética, a la hora de llevar a cabo un diagnóstico.

Palabras Claves: infancia-diagnóstico-clasificación

INTRODUCCIÓN

A partir de un debate en una clase de la asignatura Intervenciones en niñez y adolescencia, respecto de la medicalización y patologización en la infancia y del diagnóstico de patologías a tan temprana edad, me propuse buscar una serie de noticias que versan sobre el tema. Las mismas corresponden a los años 2013, 2014, 2016 y 2017. Todas ellas refieren al gran avance de la clasificación diagnóstica sobre las vidas de los niños, niñas y adolescentes como así también sobre las instituciones que participan y forman parte del desarrollo de estos. En base a lo cual me surgieron interrogantes respecto de cómo esto puede afectar la vida y las relaciones en sujetos a advenir como lo son los infantes y adolescentes, sujetos en pleno proceso de construcción de su subjetividad, cómo un diagnóstico, un rótulo puede definirlos, darles un nombre, nombrarlos, cómo el diagnóstico alivia a los padres al escuchar el supuesto fundamento de un síntoma presentado por su hijo, cómo también alivia a las instituciones, principalmente a las educativas, el hecho de adjudicar a algo externo, en este caso una patología, un diagnóstico, el por qué de ese síntoma que el niño/a presenta y que tanto desestabiliza a la institución y sus actores.

Es en base a estos interrogantes que en este trabajo propongo una reflexión personal como futura profesional de la salud respecto de la posición que debemos asumir, posición de responsabilidad y ética a la hora de llevar a cabo un diagnóstico. Ya que considero que llevar a cabo un diagnóstico no es una tarea que se reduce simplemente a ponerle una etiqueta a un niño o niña, sino que implica toda una serie de cuestiones que deben llevarnos a preguntarnos qué nos está diciendo ese niño con tal o cual síntoma, de dónde surge, cuál es el contexto en que se produce y quiénes están involucrados en el mismo. Como profesionales tenemos que tomarnos el tiempo necesario para arribar a un diagnóstico teniendo en cuenta todas estas variables, escuchando a todos los involucrados en el caso, principalmente al niño a quien generalmente es al que menos se le presta atención, y quién creo yo, es el que más tiene por decirnos respecto de lo que le pasa.

La discusión de *diagnóstico sí / diagnóstico no*, ha estado presente durante mucho tiempo y ha sido foco de muchos debates, en este momento posiblemente sea más cuestionado a partir de la publicación del quinto Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) en mayo del año 2013.

Este debate podría ser eterno si el cuestionamiento que nos hacemos no es formulado desde otra perspectiva que no sea dicotómica. La cuestión ya no sería oponer argumentaciones a favor y en contra del diagnóstico, sino la pregunta acerca de ¿Para qué utilizamos el diagnóstico? ¿Por qué? ¿Con qué objetivo? ¿Desde dónde nos posicionamos para diagnosticar? ¿Cómo pensamos al sujeto diagnosticado? ¿Sujeto que tiene un diagnóstico o que es un diagnóstico? ¿Diagnóstico como fin o como comienzo que posibilite un tratamiento?

El diagnóstico es un concepto tomado por distintos discursos y cada uno de ellos le otorga un significado y un sentido, desde su propio posicionamiento teórico. Este posicionamiento, es el que determina la práctica y la utilidad del diagnóstico.

En este trabajo el diagnóstico -siguiendo a Ferroni- es entendido como un instrumento que permite construir, a partir de una escucha, intervenciones que posibiliten que el síntoma 'hable', que el niño pueda resignificar con otra mirada su sufrimiento. (Ferroni, 2010)

Otro de los aspectos que a mi entender es de suma importancia, es poder pensar al momento de llevar a cabo un diagnóstico ¿A quién va dirigido el mismo? ¿Qué es oportuno decir y/o no decir al comunicarlo? Esto es relevante, ya que podríamos encontrar muchas maneras de comunicarlo, pero seguramente no todas van a impactar de la misma forma en el oyente. Como psicólogos debemos tener en cuenta este aspecto para ser sumamente cuidadosos y responsables al momento de comunicar un diagnóstico.

Respecto de esto último quiero mencionar mi acuerdo con Beatriz Haydée Cattáneo (2001) quien sostiene que como psicólogos nos estamos posicionando frente a una persona (familia, grupo, etc.) que voluntariamente o no debe ser evaluada y que si aplicamos los conocimientos con fines de servicio, la identidad profesional del psicólogo adquiere su verdadera proyección ética. Dando lugar a que nuestra mirada, pueda comprender la singularidad de ese sujeto con su historia, cultura y valores.

Entonces... ¿Qué es oportuno decir o no a los padres? Al plantearme esta pregunta no puedo dejar de pensar acerca de la importancia de explicarles a estos qué estudios se van a realizar, para qué, con qué objetivo, para descartar qué tipo de trastorno, para no generar desconcierto y angustia en los mismos a partir del desconocimiento y la incertidumbre.

Tanto en la familia como en la escuela se generan lazos que resultan primordiales y significativos para los niños en edad escolar. A pesar de que muchas veces el diagnóstico no es comunicado al niño implicado, sí lo es nombrado a su familia y/o escuela y estos de alguna manera van a devolvérselo al niño implícitamente en la construcción de su subjetividad. Por esto es de suma importancia como profesionales, ser responsables y a la hora de anunciar no dejar por fuera la noción de que el niño está en constitución y por lo tanto no podemos dar diagnósticos cerrados y definitivos.

Otra de las cuestiones que siempre figura en relación a quienes estamos en desacuerdo con la proliferación diagnóstica, es la idea de que el mismo puede significar una etiqueta para el paciente, es por esto que me surge la pregunta ¿Diagnosticar siempre implica rotular?

DESARROLLO

Podemos apreciar que la época actual asiste a una inevitable transformación de la infancia que para algunos significa su negación como tal, la pérdida del estatuto que la modernidad construyó con tanto esmero.

Deleuze (1999) denomina a la sociedad actual, sociedad de control, concepto que acuña para caracterizar las nuevas tecnologías de poder que conforman al hombre y a la sociedad de hoy, tecnologías que no desisten del disciplinamiento, sino que han desarrollado nuevas formas del mismo. Afirma:

Si en las sociedades disciplinarias uno siempre tenía que empezar de nuevo (del colegio al cuartel, del cuartel a la fábrica), en las sociedades de control uno nunca da por terminado nada. La familia, la escuela, el ejército, la fábrica, han dejado de ser espacios analógicos bien definidos que convergen en un propietario -poder estatal o privado- para convertirse en figuras de una única corporación que ahora sólo tiene accionistas. (Deleuze, 1999, p.8)

La infancia no puede menos que verse conmovida ante las nuevas tecnologías de poder que las conforman, les dan cuerpo y las cualifican. Las diferentes prácticas que se sostienen haciendo centro de su interés en los niños, producen efectos sociales y subjetivos, construyen identidades, consolidan un imaginario social. Los niños son un objeto privilegiado del Mercado y vemos una peligrosa tendencia a la clasificación de sus modos de comportamiento que se acompaña de la creciente medicalización de los padecimientos.

Al respecto Juan Vasen (2008) señala como 'atajos' las respuestas con que la ciencia hoy resume a las problemáticas de la subjetividad de los niños, bajo el imperativo de la época de las soluciones urgentes, inevitablemente desconociendo los tiempos lógicos de los procesos constitutivos del psiquismo infantil. Descontextualiza la niñez, la clasifica 'neutralmente' con estándares tecnocráticos, construye entidades bio-genéticas, la medicaliza y la masifica. Atajos que parten de agrupar los malestares diversos de la infancia en síndromes, trastornos y espectros constituyendo una población adecuada para el diagnóstico y el tratamiento con una perspectiva psicofarmacológica.

La temporalidad de la infancia se encuentra velozmente acelerada para que el niño sea el mejor representante del mundo global. Por esta razón se acelera el tiempo de las adquisiciones y el desarrollo psicomotor. Es decir, que el niño debería comenzar a hablar y a caminar lo antes posible y lo mismo ocurriría con el aprendizaje de la lecto-escritura. Parecería que en este nuevo mundo lo más valioso del niño es cuanto más corto sean los tiempos de aprendizaje, mejor.

La mirada sobre la infancia parece tener como objetivo la búsqueda permanente de desvíos del modelo que se considera como universal sin tener en cuenta las características singulares de cada individuo. De esta manera los niños que no responden a las exigencias del momento, rápidamente son diagnosticados con algún trastorno en el que puede ubicarse perfectamente de acuerdo a sus 'síntomas'. Los niños que no prestan atención en la escuela, que se 'portan mal', que son inquietos, son nombrados como niños que tienen un déficit, que sufren un trastorno o tienen una enfermedad, en lugar de pensar, reflexionar y preguntarse por ejemplo ¿A dónde dirigen los niños la atención que no nos prestan?. La atención puede no estar en déficit, sino dirigida o enfocada en otros intereses y objetos.

Juan Vasen (2005) sostiene que nos encontramos en una nueva era, de niños instituidos desde otros lugares, los medios de lo pronto. Una época de familias, estados y escuelas desbordadas como productores predominantes de subjetividad en la que los niños que se presentan no encajan, no se adecuan a las representaciones de una infancia que ya no es.

Podemos pensar entonces que no se puede hablar de una sola infancia sino de 'las' infancias ya que cada niño es una singularidad irreplicable, que debe respetarse y ser tenida en cuenta en cada intervención que se realice. Singularidad que en la mayoría de las intervenciones y evaluaciones no es tenida en cuenta.

En esta cultura y en este tiempo de la urgencia donde el niño se encuentra tan exigido y con el temor de no llegar a ser ese niño bueno y brillante que esperan sus padres se originan numerosos síntomas, que son los síntomas clasificados en los nuevos trastornos, que esconden una gran angustia, presente en los niños, angustia de perder el amor de sus padres. En realidad, lo que esconden los niños estigmatizados en estos trastornos es la angustia y el temor a no responder a las exigencias de este tiempo de la urgencia y así no alcanzar el ideal del hijo propio de nuestra época. "Lo que en esta sintomatología está en juego es siempre el gran temor y la angustia del niño de perder el amor parental, temor acrecentado ante semejantes exigencias que no puede cumplir." (Levin, 2008, p.62)

Estos diagnósticos generalmente se realizan sin escuchar a los niños, basándose en simples observaciones o cuestionarios, no teniendo presente la incidencia del contexto ni de los vínculos del mismo, por medio de una operación desubjetivante que deja al niño por fuera, sin posibilidades de decir lo que realmente le sucede.

Adhiero con lo expuesto por Beatriz Janin (2012) en que estamos ante una época en la que la tendencia es a clasificar todo. Época en la que para nominar el padecimiento psíquico se suele utilizar una especie de catálogo pseudo científico, en que se olvidan las determinaciones históricas y sociales, intra e intersubjetivas del sufrimiento psíquico.

La necesidad de estructurar la multitud de síntomas psicopatológicos en unidades definidas con la mayor precisión posible ha tenido como consecuencia una explosión de categorías diagnósticas. Esta progresiva diferenciación ha ido aumentando, a la vez que se han ido refinando las descripciones clínicas.

Las versiones más recientes de los sistemas clasificatorios internacionales (DSM y CIE) han de entenderse más como clasificaciones mayoritariamente aceptadas que como tratados nosológicos propiamente dichos, pues presentan limitaciones para su aplicabilidad directa en el contexto clínico. De hecho, su fuerza reside más en asegurar la homogeneidad cuando se desea formar grupos de pacientes y en ofrecer un lenguaje común para las descripciones de síndromes, que en garantizar una total validez en los diagnósticos individuales.

El diagnóstico en el DSM se realiza a través de la clasificación de los síntomas en un trastorno específico.

En la introducción del DSM III R, el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distress) o deterioro en una o más áreas principales de actividad (incapacidad) o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte. Además, este síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular; por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea la etiología, el trastorno es considerado como una disfunción psicológica, conductual o biológica. (DSM III R, 1990, p. introducción XXVII)

Cada trastorno es descrito desarrollando sistemáticamente las siguientes áreas: síntomas esenciales, síntomas asociados, edad de comienzo, curso, deterioro, complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, incidencia en cada sexo, antecedentes familiares, y diagnóstico diferencial. La estructura de estos manuales es de orden innatista y biologicista como puede verse, ya que se asimila a un manual médico en su modo de describir cada trastorno.

Se los considera manuales descriptivos puesto que las definiciones de los trastornos se limitan a describir las características clínicas.

Los famosos y criticados criterios diagnósticos que se introducen a partir del DSM III R, son criterios explícitos y específicos que funcionan como una guía para los evaluadores al momento de hacer el diagnóstico. Es una novedad de la mencionada versión, ya que en las anteriores el profesional utilizaba el manual de acuerdo a su propio criterio en cuanto al contenido y límite de cada categoría diagnóstica. Cada trastorno descrito contiene su guía de criterios para ayudar a determinar el diagnóstico. Según el comité encargado de llevar a cabo la conformación de esta versión del DSM, esto aumentaría la fiabilidad diagnóstica. Por el contrario, según mi propio criterio, elimina la singularidad de cada sujeto. Aquí se introduce la ética de cada profesional en el modo en que se vale o que utiliza el manual y sus criterios.

En este contexto, en los procesos diagnósticos que constituyen la práctica de clasificación de los comportamientos, ha sido clave el rol que cumplen los manuales diagnósticos que describen los criterios que establecen la presencia o ausencia de un cuadro patológico, además del uso de baterías diagnósticas estandarizadas cuya aplicación también cumplen un rol principal en los procesos de evaluación.

El DSM es cuestionado hoy en día por numerosos profesionales de la salud, principalmente por los psicólogos y entre ellos los que tienen una postura y formación psicoanalítica, ya que en la psicología cognitiva-conductual el manual tiene buena aceptación. Así es como Nasio y Doltó (1987) afirman diciendo que las críticas principalmente se centran en la cuestión de la clasificación que encasilla y estigmatiza al sujeto dejando por fuera el hecho de que cada sujeto es singular más allá de la enfermedad mental, o trastorno, que atraviese o que padezca. Quedando por fuera la particularidad de la historia del paciente y haciendo del sufrimiento subjetivo un trastorno clasificado.

Por su parte ya en la versión III y en la III R, en modo de defensa se expone que: "Un error bastante común es creer que la clasificación de los trastornos mentales sirve para clasificar a los individuos, cuando en realidad lo que clasifica a los individuos son los trastornos que aquellos padecen." (DSM III R, 1990, p. introducción XVIII)

Y más abajo sigue:

Otro error conceptual frecuente es el de creer que todos los individuos clasificados del mismo trastorno mental son iguales en todos los sentidos. Aunque todos los individuos afectados por el mismo trastorno mental presenten por lo menos los mismos síntomas que lo definen, pueden muy bien diferir en otros aspectos importantes que afectan a la estrategia terapéutica y a la evolución. (DSM III R, 1990, p. introducción XVIII)

Me pregunto si en verdad estos individuos clasificados presentan todos los mismos síntomas, y si los profesionales que utilizan este manual tienen en cuenta esta diferencia.

"Los sistemas clasificatorios diagnósticos internacionales han reportado una serie de beneficios, sobre todo a la hora de homogeneizar grupos y proporcionar un lenguaje común pero no parece adecuada una utilización rutinaria o simplista de los mismos." (Sendín, 2000, p. 97)

La práctica de un diagnóstico siempre implica la existencia de un observador que clasifica y realiza distinciones de acuerdo a sus marcos referenciales.

Desde la perspectiva psicoanalítica, el diagnóstico es "un instrumento que permite construir, a partir de una escucha, un dispositivo transferencial-clínico sobre una historia singular donde las intervenciones analíticas están dirigidas al paciente para que pueda resignificar con otros sentidos sus sufrimientos, sus orígenes, sus interrogantes." (Ferroni, 2010, p.170)

De esta manera, lo que se intentaría a través del diagnóstico es tratar de pensar intervenciones que posibiliten una escucha del padecimiento del niño, que pueda decir algo de ese saber no sabido, hacer hablar al síntoma. No pensar la práctica clínica destinada solamente al niño, por el contrario debe incluirse a la familia y todo el contexto en el que el niño se desarrolla en su cotidianidad. Ya que al estar el niño constituyéndose, a partir de un Otro, no se puede pensar un tratamiento donde se excluya a la familia, debido a que se encuentra implicada en el síntoma.

El diagnóstico desde el Psicoanálisis se encontraría al servicio de la clínica del inconsciente, que piensa a los síntomas en continua reelaboración a lo largo del proceso de cura.

Desde este mismo posicionamiento podemos pensar la perspectiva preventiva que plantea Ana Bloj (2007) diferenciándolo de la perspectiva gabinetista. Esta última haría referencia al lugar del psicólogo como aplicador de la batería de test y entrevistas para llegar a un diagnóstico de la supuesta patología del niño, pensado este como un sujeto pasivo.

Desde la perspectiva preventiva, en cambio, el diagnóstico es pensado desde una concepción participativa-integral. Esto supone a un sujeto activo en la construcción del diagnóstico.

El diagnóstico supone un ordenamiento simbólico y no un reaseguro clasificatorio para el psicólogo interviniente. Desde un punto dinámico y crítico, el diagnóstico se construye en un elemento provisorio de orientación. Se trata de la construcción de una hipótesis en permanente reformulación. (Bloj, 2007, p.2)

Podemos afirmar desde este punto que el diagnóstico constituiría un punto de partida para comenzar un trabajo con el niño y luego se iría reformulando a medida que avance el tratamiento.

El diagnóstico no se constituye en una sanción o clasificación definitiva, sino que se realiza a partir de una interrogación colectiva del problema o situación como hipótesis provisoria de trabajo. Son los sujetos involucrados quienes analizan el problema. El psicólogo a su vez aporta su mirada, su lectura, su análisis y lo comparte. El diagnóstico se elabora de modo artesanal, componiendo un 'tejido' de los elementos que aportan a la construcción de cada diagnóstico particular. No encontraremos dos diagnósticos idénticos si se atendió a los aspectos particulares de un determinado sujeto.

Al hablar de intervención, lo hago desde una perspectiva crítica, en la cual no puede ser pensada una única intervención, de una vez y para siempre, sino como resultado de un proceso en constante cambio, de una construcción colectiva. Carballeda (2004) propone hablar de intervenir en un sentido que convoca a la acción; haciendo lugar a las particularidades de cada experiencia, reconstruyendo su historicidad, haciendo lugar a la emergencia de un sujeto en su singularidad y en su dimensión social, proponiendo o recuperando de los otros nuevos modos de mirar (mirada más profunda, más ágil, más abarcativa) y pensando nuevos modos de leer, interrogar e interpretar determinada realidad o experiencia.

Desde este posicionamiento podemos pensar al diagnóstico no como un fin, sino como una construcción conjunta que permita una intervención que incluya y tenga en cuenta la singularidad del sujeto, así como también su contexto, la familia y la escuela o cualquier otra institución involucrada. La intervención está atravesada así, por una historia y un contexto que no puede dejarse por fuera.

Desde el lineamiento de Ana Bloj, podemos pensar el diagnóstico desde una perspectiva crítica, partiendo de una interrogación colectiva del problema o situación como hipótesis provisoria de trabajo. Colectivo hace referencia a la inclusión en el análisis del problema a todos los sujetos involucrados, ya sean estos el niño, la familia y/o la institución educativa o cualquier otra institución involucrada llegando a un

diagnóstico particular y único. Promoviendo así la participación activa de los sujetos y no como meros objetos de observación.

El diagnóstico se construye con los integrantes del contexto inmediato en el que el niño desenvuelve su vida, implicado en la problemática, reconociéndolos como actores, y entramado esencial de la vida del niño. Incluyendo al entorno del mismo se puede lograr una versión más abarcativa de la problemática, desde un posicionamiento activo y de esta manera logrando que no se sientan excluidos y por fuera de lo que le sucede al niño.

Vuelvo entonces a una de las preguntas del comienzo ¿Diagnosticar siempre implica rotular?, y para intentar responderme esto, no puedo dejar de mencionar a Juan Vasen (2007) quien hace una distinción que considero muy acertada en relación a diferenciar diagnóstico de clasificación. Esta última haría referencia a una recolección objetiva de datos, agrupando a una serie a los fenómenos que objetiva, no atendiendo a las particularidades como sí se haría desde un diagnóstico. Aquí radica la diferencia entre ambos conceptos; el diagnóstico se detiene en la particularidad, apunta a ir mas allá del dato objetivable y de los agrupamientos sintomáticos, una dimensión que tenga en cuenta la singularidad que hay mas allá de lo aparente.

De esta manera llegamos al eje de la cuestión, ya no a plantearnos diagnóstico si/diagnóstico no, diagnóstico como algo 'bueno' o 'malo', diagnóstico desde una mirada o punto de vista dicotómico, sino desde qué posicionamiento nos ubicamos para realizarlo y qué aspectos tenemos en cuenta como relevantes para llevarlo a cabo.

Realizar un diagnóstico, no sólo implica diagnosticar en su sentido literal de la palabra, sino que trae aparejada muchas cuestiones que lo implican, como ser el por qué y para qué de la formulación del mismo.

Tanto en la familia como en la escuela se generan lazos que resultan primordiales y significativos para los niños en edad escolar. A pesar de que muchas veces el diagnóstico no es comunicado al niño implicado, sí lo es nombrado a su familia y/o escuela y estos de alguna manera van a devolvérselo al niño implícitamente en la construcción de su subjetividad. Por esto es de suma importancia como profesionales, ser responsables y a la hora de anunciar no dejar por fuera la noción de que el niño está en constitución y por lo tanto no podemos dar diagnósticos cerrados y definitivos.

Sin duda, diagnosticar alivia y puede aclarar las lógicas que subtienden una situación sufriente. Pero oscurece, cuando, reduciendo a técnica clasificatoria, el diagnóstico tiende a convertir lo histórico y situacional en algo que simplemente es. Esa tendencia objetiva y tecnocrática suele recortar un existente desgajándolo de la trama de relaciones que surge. (Juan Vasen, 2007 p.29)

Iniciar un proceso clínico es ir en busca de un sujeto o de alguien en vías de serlo. No es ir tras un cuadro psicopatológico para encontrarlo, ponerle nombre: dislexia, trastorno oposicionista desafiante, TEA, ADD, TGD, entre otros, y así calmar la propia angustia con la falsa ilusión de que encontrando el nombre se encuentra también el modo de solucionarlo.

No se trata de un 'trastorno' sino de lo que le pasa a ese sujeto singular que expresa esta dificultad en este momento de su vida y en el contexto particular en que se encuentra inmerso.

Como sostiene Gabriela Dueñas (2013), así como incluimos a un sujeto dentro de un cuadro, debemos poder sacarlo de él para escucharlo y aproximarnos a su realidad subjetiva.

La cuestión central respecto de la importancia de la intervención durante el proceso de diagnóstico no pasa entonces por ponerle un nombre a la dificultad, sino

por intentar resguardar la condición subjetiva del niño que la padece para que no quede 'aplastada' por el significante científico. Lo esencial del diagnóstico radica en intentar conocer la posición del sujeto, en cómo se sitúa en relación a su síntoma, de mirar y escuchar de qué manera se muestra el niño en relación a su problema. Lo que importa es lo que dice en relación a esto porque hace referencia a su posición subjetiva. Permitiendo de esta manera que pase de ser 'objeto' de la preocupación de su familia a ubicarse en el lugar de 'sujeto' que manifiesta y padece de dificultades para aprender o comportarse de manera adecuada a las expectativas de sus adultos.

En las intervenciones no sólo se privilegia de manera particular la escucha atenta, sino que se prioriza en todo momento la posibilidad de interrogar al niño traído a consulta de modo que pueda pasar del 'no sé por qué vengo' al 'vengo porque no sé', y de ahí la oportunidad de preguntarse ¿por qué no sé?, ¿por qué no puedo aprender?, o ¿por qué con estas dificultades?, entendiendo en todo momento que por tratarse de niños estas posibilidades aparecerán no sólo en la palabra sino también en el dibujo y en el juego.

La actitud de interrogación debe sostenerse en todo momento como un dispositivo clave en la práctica ya que esta posición es la que permite al sujeto situarse entre lo que conoce y lo que no conoce, y que se genere así el movimiento esperado, del que se va a nutrir su deseo de saber a partir de cuyo devenir se constituye un sujeto como tal. El niño no es un síndrome, una dislexia, un ADD-H.

Detenerse en lo fenoménico, observable, medible, cuantificable, sólo puede conducir prácticas que terminen por aplastar al sujeto que se encuentra más allá de la dificultad que muestra. Gabriela Dueñas (2013) lo sostiene muy bien al expresar que para llegar al significado que aparece encapsulado en el síntoma, es imprescindible recurrir a la historia personal del sujeto.

En un proceso psicodiagnóstico, arribar a un diagnóstico forma parte de uno de los objetivos, y se pretende llegar a formularlo a través de un conocimiento profundo de la personalidad del paciente. El niño llega a consulta por diversas demandas. Pueden ser los padres quienes están interesados en consultar al haber visualizado una conducta que consideran sintomática en su hijo o también puede haber sido un pedido de parte de la escuela u otra institución a la cual concurre y piden una consulta psicológica.

La entrevista de devolución tiene que ser organizada, dosificada y con un contenido seleccionado de acuerdo a la personalidad del paciente y a su capacidad de insight, en el caso del psicodiagnóstico con niños, dicha capacidad debe ser evaluada en sus padres.

Entonces, para saber qué decir y qué no decir, es importante conocer a la persona a quien va dirigida la información y el momento vital en el que se encuentra. El lenguaje utilizado debe ser medido, y realizado con palabras que puedan ser recepcionadas y comprendidas por el niño y sus padres y no un lenguaje técnico, el cual no comprendan, pudiendo así confundir la información y aumentar considerablemente el nivel de ansiedad. No hay que olvidar los objetivos de la devolución. Según Ocampo y Arzeno (1987) son:

En el caso de niños y adolescentes:

- Favorecer la discriminación de identidades dentro del grupo familiar por medio de la devolución por separado a los padres y al paciente.
- Disminuir las fantasías de ansiedad y de culpa, al reintegrar una imagen corregida, actualizada, ampliada del hijo.

De igual manera en el caso del informe. Es importante no poner información que, en el caso de una escuela, los docentes no van a saber manejar, acrecentando el peligro de estigmatización de los niños, como así también contenido innecesario para el objetivo que se propone con el mismo. Al momento de presentar el informe diagnóstico es necesario tener presente a quién va dirigido el mismo, por qué suponemos que nos lo piden y cómo puede llegar a interpretar la información, así como también los objetivos del mismo.

La responsabilidad del psicólogo es mucha ya que los datos del informe pueden llegar a influir enormemente en la vida del sujeto, en este caso los niños. Al pensar el diagnóstico en sí mismo como una intervención, el contenido y la manera de redactar el informe pasan a tener una relevancia fundamental y por este motivo es necesario ser sumamente cuidadosos y responsables.

El posicionamiento que tomemos frente a la realización del diagnóstico es esencial, resultando indispensable comprometernos tanto con el niño como con su entorno en su dimensión subjetiva, teniéndolo en cuenta como un sujeto con particularidades, que está expresando algo que le sucede y pidiendo de alguna manera ayuda. Tener en cuenta que hay un sujeto que expresa un sufrimiento o una dificultad.

CONCLUSIÓN

Algunas de las preguntas que me planteé al comienzo pude ir abordándolas desde diferentes aspectos. Lo primero que me interrogué para introducir fue ¿Qué es un diagnóstico? El diagnóstico es un concepto tomado por distintos discursos científicos y cada uno de ellos le otorga un significado y un sentido, una utilidad práctica particular, determinando un estilo propio.

Luego del recorrido realizado, concuerdo con la definición que plantea Ferroni al definirlo como “un instrumento que permite construir, a partir de una escucha, un dispositivo transferencial-clínico sobre una historia singular donde las intervenciones analíticas están dirigidas al paciente para que pueda resignificar con otros sentidos sus sufrimientos, sus orígenes, sus interrogantes.” (Ferroni, 2010, p.170)

El diagnóstico ha sido teorizado y utilizado por múltiples disciplinas en diferentes momentos históricos. La medicina concibe al diagnóstico como un conjunto de signos que sirven para fijar el carácter de una determinada enfermedad. En esta línea podemos pensar que también continúa la psiquiatría que en su mayoría establece a través de criterios preestablecidos de manera arbitraria, un determinado trastorno. Se trata de una tendencia de fuerte sesgo biologicista, a atribuir de manera lineal y excluyente a razones de orden médico las dificultades de aprendizaje o conducta, obturando así las posibilidades de considerar otro tipo de variables.

Estamos ante una especie de lógica de los trastornos que no afecta ni es afectada por la historia o el contexto en que se inscribe la dificultad, que sólo tiene en cuenta el síntoma puro elevado a la categoría de lo que ‘hay que arreglar’. Nada de lo psíquico existe en este esquema.

Desde el Psicoanálisis por el contrario, se piensa al diagnóstico en constante reformulación, teniendo siempre presente la singularidad del sujeto. Este instrumento dirige la cura, la orienta, no predeterminando nada. En cada sujeto el diagnóstico es único, nunca será igual al de otro paciente, ya que se tiene en cuenta la historia personal del sujeto. De esta manera podemos pensar a un sujeto con un diagnóstico, y no que es un diagnóstico, que es un ADD, un TGD, un TEA.

Para el discurso médico-hegemónico, el síntoma, aquello que no anda, está constituido por las características observables que pueden detectarse mediante el examen médico y los estudios complementarios mientras que se considera secundario todo lo que el enfermo cree y puede decir acerca de lo que le ocurre. Desde esta lógica el síntoma queda reducido a todo lo que se observa, describe, clasifica y nombra. Lo único que importa es la cara visible del problema o dificultad. Esa cara factible de ser observada, medida, evaluada. El sujeto no es convocado a hablar de su malestar. Se lo somete a una batería de tests, exámenes y técnicas con el objetivo de formular un diagnóstico que ponga nombre a ese ‘déficit’ para proceder luego a definir las intervenciones rehabilitadoras-reeducadoras que deberán ponerse en práctica para eliminar o compensar la dificultad por la que se consulta.

La situación se revierte en el marco del psicoanálisis; aquí se jerarquiza lo que significa para el sujeto que padece el síntoma y para quienes están implicados en él. El sujeto es convocado a hablar. Se promueven las preguntas, la expresión de sus miedos y expectativas, se trata de que pueda poner en palabras eso que le pasa.

La práctica médico-psiquiátrica parece centrada en lo que aparece, en lo que se ve, parece sostenerse en la idea de un sujeto niño u adolescente que opera como una especie de soporte de funciones cognitivas disociadas, desconectadas del resto de la subjetividad. Este tipo de enfoque más que interesarse en la resolución de las problemáticas, busca eliminar trastornos, aunque el resultado es la eliminación del sujeto. Desde esta perspectiva, los diagnósticos y tratamientos pueden anticiparse y estandarizarse, como si los procesos de constitución de la subjetividad pudieran programarse y reprogramarse.

La clínica psicoanalítica se centra principalmente en la escucha y es por esta vía que se llega a las problemáticas jerarquizando lo singular del sujeto. Es este quien

pone en palabras su sufrimiento. El saber está en él. Aunque se trata de un saber inconciente, del que el síntoma es sólo una expresión, sólo él sabe 'por qué le pasa lo que le pasa'.

Ambas posturas, la médico-psiquiátrica y la psicoanalítica, se contraponen en numerosos puntos. Tienen distintos criterios, parten de diferentes formas de considerar al sujeto, al síntoma, el sentido del diagnóstico. Sin embargo no podemos pensar que por lo tanto desde el psicoanálisis no se haga un mal uso del diagnóstico, ya que aquí entraríamos en la particularidad del psicólogo, de su responsabilidad y ética profesional.

Por esto es que considero que el debate sobre el diagnóstico, más que una discusión sobre si está bien o mal, si se debe o no utilizar el DSM, debería ser un debate sobre la ética de los psicólogos, objetivos que plantean al diagnóstico, maneras de comunicarlo y concepción del sujeto, más allá de la teoría psicológica desde la que se posiciona.

Desde mi lugar, considero que el diagnóstico no puede ser pensado sin tener en cuenta lo que engloba necesariamente el síntoma, un sujeto que sufre, que siente angustia y presión por no cumplir con las expectativas y deseos de sus padres.

Posicionándonos en un lugar de escucha, de construcción conjunta de lo que le sucede, de contención de sus miedos y temores. Abriendo lugar a que tanto la familia, como quienes estén implicados puedan reflexionar sobre lo que le sucede al niño y a ellos mismos con la situación que se presenta. ¿El niño siente angustia por no 'ser' lo que se esperaría a su edad, o los padres por no tener un hijo que cumpla con sus deseos?

Nuestra posición ética, debe desarrollarse desde un lugar que piense y tenga en cuenta al sujeto no como un objeto de clasificación o portador de un trastorno, sino como un entramado de historia singular, deseos depositados en él a los cuales tiene que hacer frente para que no se transformen en una carga.

Que el diagnóstico sea utilizado como una herramienta que permita una escucha, una dirección del tratamiento, como disparador para que algo de lo no dicho comience a decirse y no como rótulo cerrado que estigmatice y determine al sujeto.

Se trata de tomar conciencia, de hacer un alto en el camino de los profesionales que trabajamos en los ámbitos relacionados con el diagnóstico de niños.

El interés ético que guía nuestras profesiones es impulsar el crecimiento integral de niños y niñas, paliar su sufrimiento y el de sus familias.

Es imprescindible distinguir el significado de los signos o síntomas. Para lo cual se hace necesaria una escucha clínica que pueda abrir sentidos posibles a los mismos, integrados a una historia singular.

En todas las problemáticas psicológicas se encuentra comprometida la atención, en todas pueden aparecer desorganizaciones temporo-espaciales, en todas puede aparecer una dificultad para controlar la impulsividad o manejar el cuerpo. Porque se trata del sujeto y no simplemente de sus conductas. Tratar estas manifestaciones despojadas del sentido que les da incluirlas en una historia, en un contexto, tiene consecuencias nefastas para la constitución subjetiva de los niños. No se pueden reducir los problemas de los niños a un problema neurológico por ejemplo, sin sacrificar su condición de sujetos.

La inclusión de los padres, como plantee desde un comienzo es fundamental, ya que en estos primeros momentos del niño, son ellos quienes lo van a mirar, significar, habilitar. Por esto mi pregunta era ¿A quién va dirigido el diagnóstico? Más allá de que decidamos no dar el diagnóstico al niño, sí lo hacemos con sus padres, y son ellos quienes mirarán al niño con ese concepto dado, y el niño mirará al mundo luego, de la forma en que fue mirado.

Poder pensar el diagnóstico como el principio de un tratamiento, de un acompañar al niño, y no un resultado final al que se llega 'sumando síntomas'. De esta manera puede resultar positivo y habilitador para el tratamiento y no convertirse en un obstáculo. No estigmatizando con esto al niño, ni culpabilizando a sus padres.

Poder posicionarnos desde un lugar en el cual el diagnóstico no sea una mera etiqueta a la cual se llega sino un proceso que incluye al niño de manera activa, a los padres y a la escuela si fuese necesario, posibilitando así el comienzo de un trabajo conjunto que le ofrezca al niño posibilidades de construcción y subjetivación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (1990). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III R* (2º reimp) Barcelona: Masson.

Bloj, Ana (2007). *El diagnóstico psicológico* en Libro Virtual de la Cátedra Psicología Educativa II. Primera Parte Cap 9. Rosario: Cátedra Psicología Educación II UNR.

Carballeda, Alfredo (2004). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Cattáneo Beatriz Haydé (2001) *Psicodiagnóstico: Entre lo ético y lo no ético* en Hoja Informativa.

Deleuze, Giles (1999) *Post Scriptum a la sociedad de control*. Valencia: Pre-Textos.

Dueñas, Gabriela (2013). *Patologización y medicalización en la educación* en Revista Actualidad Psicológica N° 416. Buenos Aires: Revista Actualidad Psicológica.

Ferroni, María Ester (2010). *Inicios de la intervención: La construcción diagnóstica. (Una herramienta para la prevención dentro de la institución educativa)*, en Intervenciones en Psicología Educativa (1ºed.). Rosario: Laborde.

Janin, Beatriz (2012). Los niños y la medicalización de la infancia. Topia. Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/ni%C3%B1os-y-medicalizaci%C3%B3n-infancia>

Levin, Esteban (2008). *Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo* (1º ed., 3 reimp). Buenos Aires: Nueva Visión.

Nasio y Doltó (1987). *El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico*. Buenos Aires: Gedisa Editorial.

Ocampo, Arzeno y colab (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva visión.

Sendín, Ma. Concepción (2000). *Diagnóstico psicológico. Bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínicos y educativos*. Madrid: Psimática.

Vasen, Juan (2005). *Fantasmas y pastillas. Intervenciones psicoanalíticas y psicofarmacológicas con niños*. Buenos Aires: Letra viva.

Vasen, Juan (2007). *La atención que no se presta: el "mal" llamado ADD*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y material didáctico.

Vasen, Juan (2008). *Las certezas perdidas. Padres y maestros ante los desafíos del presente*. Buenos Aires: Paidós.