



Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

*“La Diagnosticomanía en la infancia:
Espejismos de la actualidad”*

Autor: Facundo J. Ameriso

Legajo: A-1882/1

Docente a cargo: Sandra Cejas

2017

Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	6
El diagnóstico.....	8
La Diagnosticomanía en la infancia.....	10
Golpear en la familia.....	13
El paso al “saber”, la escuela.....	15
Integración/Inclusión. Una dicotomía dentro y fuera de la escuela.....	19
Solución en miligramos.....	22
Algunos “criterios” diagnósticos.....	24
Las formas de encierro.....	26
Conclusión.....	28
Bibliografía.....	30

Agradecimientos

En primer lugar a la profesora Sandra Cejas por acompañarme en este proceso culminante.

A la Educación Pública por brindar un espacio de formación profesional que trasciende los órdenes académicos.

A los docentes, a todos aquellos que dejaron mella en mí a los largo de estos años. Una mención especial a la profesora Marité Colovini por enseñarme a leer Psicoanálisis y cuya sugerencia bibliográfica fue importantísima para este trabajo.

A mis compañeros de trabajo.

A mis amigos.

A mis padres, mis viejos. A mis hermanos, en especial a Agustina "Totina" cuya forma de habitar el mundo es uno de los motivos de este trabajo.

A mis suegros, a mis cuñados.

A Celeste, mi esposa, mi amiga, mi compañera que me enseñó, y me sigue enseñando, cuán fuerte puede ser una persona.

Todos son partícipes necesarios de este escrito.

A todos... Gracias.

Resumen

En el presente escrito se abordará de manera crítica el proceso diagnóstico en la salud mental, más precisamente en la infancia.

A partir de la lectura que varios autores hacen de la problemática, se hará un abordaje basado en la opinión de quien escribe y su experiencia personal.

Las conclusiones serán aportar una mirada críticamente constructiva sostenida en una base teórica fundamentada, y servirá de aproximación a quienes quieran nutrirse de esta problemática.

Palabras clave: diagnóstico; salud mental; infancia; problemática; crítica.

“Pasamos el primer año de la vida de un niño enseñándole a hablar y a caminar; y el resto de su vida, a sentarse y guardar silencio. Algo no funciona bien.”

(Neil de Grasse Tyson, 2012)

Introducción

El presente trabajo se desarrolla a fin de concluir la carrera de grado de Psicología. Para lo cual he elegido una problemática que no escapa en absoluto a las incumbencias del rol del Psicólogo. Se trata de una problemática actual la cual me toca de cerca desde lo personal y lo laboral. Dicha problemática es la del diagnóstico en salud mental, más precisamente en la infancia.

He decidido titular mi Trabajo Integrador Final como “Diagnosticomanía en la Infancia: Espejismos de la actualidad”. Este título pone al diagnóstico en una posición prácticamente compulsiva respecto a su utilidad. Para sostener esta perspectiva he decidido servirme de diversos autores que abordan la temática del diagnóstico en la salud mental infantil y complementarlo con mi experiencia laboral personal. Entiendo que es un tema hartado en los últimos años y, en todo caso, yo puedo aportar mi visión al respecto.

Este trabajo no pretende proponer otra cosa que no sean interrogantes acerca de la problemática establecida. Si bien se desarrolla en una perspectiva crítica, no busca desacreditar ningún tipo de abordaje terapéutico, es más, creo firmemente en el valor de poder tomar diferentes aspectos de diversos abordajes, aún entre los más antagónicos entre sí.

Comenzaré haciendo un desarrollo del concepto de “Diagnóstico” y del por qué plantearlo como “Diagnosticomanía”, para ello desarrollaré la problemática de la patologización de la infancia como método para aplacar conductas humanas bajo la etiqueta de “trastornos” o “síndromes”. Dentro de este desarrollo haré hincapié en la institución escolar como instancia nuclear de los diferentes aspectos sociales de la vida de los niños. Es aquí donde emergen las diversas problemáticas sociales actuales y donde se ven las falencias contemporáneas del sistema educativo.

Dentro de los “Espejismos actuales” tomaré los estándares de normalización que establecen la división entre aquello que es normal y aquello que no lo es. Estos parámetros de normalización hacen las veces de espejismos sociales creando una ilusión de que ciertos aspectos, entre ellos la patologización de la infancia, son meras contingencias.

A su vez se abordarán, a modo de ejemplo, algunos criterios clasificatorios que hacen al diagnóstico diferencial implementados por el DSM-V.

El fin último de este trabajo no es desacreditar en absoluto el proceso diagnóstico ni ubicarlo como un símbolo maligno en el ámbito de la salud mental y más aún de la infancia. Los diagnósticos existen y tienen una utilidad fundamental en el tratamiento de los padecimientos orgánicos y psíquicos. Pero sí debe cuestionarse el uso absolutista

que tiende a hacerse de los mismos. El problema del diagnóstico empieza cuando éste se convierte en un reduccionismo, en una suerte de ladrillo que intenta funcionar como una pared por sí solo. El problema es cuando el diagnóstico arrasa al sujeto.

El diagnóstico

Es imprescindible comenzar con una definición convencional del diagnóstico. Si dicho concepto será puesto en tela de juicio, es menester saber de qué estamos hablando.

La RAE define a la palabra diagnóstico no sólo como un sustantivo, sino también como un adjetivo. He aquí los significados:

1. De la diagnosis o relacionado con ella.

"actividad diagnóstica; proceder diagnóstico"

2. Que sirve para reconocer.

"Etiqueta diagnóstica"

3. Nombre masculino.

Conocimiento diferencial que se adquiere del estado físico y psíquico del enfermo mediante la observación de los signos y los síntomas de la enfermedad que presenta.

4. Arte o acto de reconocer o distinguir los signos o los síntomas de una enfermedad.

5. Calificación o determinación de la enfermedad que hace el médico según los signos y los síntomas que se advierten en el enfermo.

"Los resultados obtenidos en los análisis servirán para que el médico elabore el historial clínico y dé su diagnóstico".

6. Examen de una cosa, de un hecho o de una situación para realizar un análisis o para buscar una solución a sus problemas o dificultades.

"El actual gobierno estaba haciendo un diagnóstico certero de la situación económica a la que nos ha llevado la pasada administración con sus errores". (Larousse, 2009)

Así mismo, me resultó muy curiosa una definición de Diagnóstico relacionada al ambiente de la Informática. A este respecto se define al diagnóstico como: resultado de un examen destinado a detectar los errores de software o hardware.

De todas estas acepciones me gustaría rescatar una serie de palabras "clave": etiqueta, signos, síntomas, arte, enfermedad, errores.

Todas estas palabras serán, de alguna u otra manera, referenciadas a lo largo de este trabajo. Dejé para el final la definición de diagnóstico a nivel informático por el peso que tiene en cuanto a qué es o qué determina un diagnóstico. El diagnóstico da cuenta de un "error" a partir de un análisis, sobre el software y el hardware.

Cuando hablamos de software y hardware estamos haciendo referencia a los dos grandes componentes de una computadora. El software –soft: "blando" en inglés- es todo aquello que se programa o se instala en una computadora. Un ejemplo sencillo: el

sistema operativo Windows, que casi todos usamos, es un software. El hardware –hard remite a “duro” en inglés- por su parte es la parte física de la computadora, el sostén físico: placas de video, de sonido, memorias, gabinetes, módems, etc.

La comparación me pareció bastante ilustrativa a como suelen funcionar muchas psicoterapias en relación al diagnóstico. Se parte de un “error” en el “software” y se reprograma o se corrige... Se reeduca.

Ahora bien, no quiero introducirme de lleno en el tema que nos compete sin antes hacer una breve mención al origen de la palabra diagnóstico, a su etimología.

Retomando la definición del diccionario podemos decir que la palabra Diagnóstico proviene del griego *diagnostikós* -distintivo, que permite distinguir-, derivado de *diagignóskein* -distinguir, discernir- y este de *gignóskein* –conocer- El término tenía ya la acepción médica en griego tardío y fue tomado como tal en las lenguas modernas.

En síntesis, la palabra diagnóstico remite a un conocimiento que se obtiene a partir de una observación. Dicha observación se basa en signos o síntomas de los que da cuenta una persona en referencia a un determinado cuadro o enfermedad. Parece sencillo, quizás lo sea. Y quizás ese nivel de simpleza del que el diagnóstico intenta dar cuenta es justamente lo que nos permite hacer una revisión crítica en relación a la salud mental, más precisamente en la infancia.

Ahora bien, dicho esto, no quiere decir que un diagnóstico sea algo sencillo, algo simple, todo lo contrario. A veces llegar a un diagnóstico puede implicar una tarea exhaustiva basada en arriesgar tratamientos y otros diagnósticos previos. Pero de alguna manera el diagnóstico funciona a modo de reduccionismo. Un diagnóstico da cuenta de una serie de síntomas, padecimientos y dolores, bajo una inscripción. Así, podemos determinar que una serie de signos y síntomas determinados define una gripe por ejemplo, y en consecuencia podemos plantear un tratamiento que, en muchos casos, asegura una cura. El tratamiento generalmente consta de reposo y de medicamentos de diversas índoles. Es decir, las enfermedades abarcan un espectro amplísimo y su grado de gravedad remite a este espectro, pero, en todos los casos, la mecánica del diagnóstico es la misma.

Sin embargo, y a pesar de que gran parte de este trabajo consiste en llevar la concepción de Diagnóstico en salud mental a una perspectiva crítica, es necesario plantear que el diagnóstico puede y suele tener una función facilitadora. Es cierto que los perjuicios del uso –y fundamentalmente del abuso- del diagnóstico son tangibles; pero también existe una dimensión beneficiosa del diagnóstico, incluso en salud mental.

Hasta aquí he desarrollado una mirada netamente crítica que se sostendrá a lo largo del presente trabajo, pero, asimismo, es preciso plantear que el diagnóstico implica la posibilidad de ubicar no solamente una determinada enfermedad, un cuadro, un

padecer, sino que también permite ubicar al profesional en relación a dicha enfermedad. Es decir, el diagnóstico le da al profesional las coordenadas respecto a la enfermedad a la que se enfrenta, y esto permite, a su vez, enlazar la concepción del diagnóstico a algo que también es fundamental que es el pronóstico.

El pronóstico permite orientar, junto con el diagnóstico inicial, el tratamiento adecuado y estimar la evolución del cuadro. Es por ello que no podemos dejar de lado la función facilitadora del diagnóstico, ya que nos permite echar luz sobre un escenario muchas veces oscuro.

Podría plantearse como posible interrogante si esta luz facilitadora que muchas veces implica el diagnóstico a la hora de orientar la práctica profesional, puede transformarse en un arma de doble filo y ser también una de las causales del manejo inapropiado del diagnóstico.

Debemos ser cautelosos a la hora de plantear una posición crítica sobre el diagnóstico ya que, a pesar de las suficientes muestras de que la acción diagnóstica puede ser altamente perjudicial en determinados casos, en muchos otros, el diagnóstico resulta ser el elemento fundamental para el adecuado tratamiento de una enfermedad. Claro está que el tema se vuelve particularmente delicado cuando se trata de salud mental y más aún cuando se trata de salud mental en la infancia.

Respecto de esta última aseveración, es interesante el planteo de Gisela Untoiglich al respecto:

Así como los niños comienzan trazando sus primeras letras con lápiz, los profesionales que nos ocupamos de la salud mental de los más pequeños también tendríamos que utilizar un lápiz para escribir esas primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, pero que no deberían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de un sujeto. (Untoiglich, 2013: 13)

El posicionamiento que un profesional toma respecto del sujeto con el cual trata es un condicionante para la eficacia del tratamiento. Cuando el sujeto en cuestión es un niño, es imprescindible conocer la dimensión simbólica que lo atraviesa en ese momento preciso de su vida. Es imperativo poder poner en funcionamiento la escucha –no necesariamente analítica- para poder determinar el padecer de un niño.

La Diagnosticomanía en la infancia

La “manía” hace referencia a un tipo de conducta compulsiva y, de hecho, es considerada en sí misma como una alteración de la conducta, con lo cual, puede ser

diagnosticada; responde a criterios diagnósticos. Es por eso que resulta propicio –y en cierto punto irónico- el uso de este sufijo para recortar el campo al que se hace referencia, el campo de la salud mental. Esto no implica que no haya Diagnosticomanía en otros ámbitos de la salud, pero a fines de respetar los planteamientos de este trabajo, se delimitará la Diagnosticomanía al campo de la salud mental.

En tiempos vertiginosos como los que vivimos hoy día, es típico ver más a diario gente con el rótulo de algún tipo de trastorno de personalidad, algún síndrome, ataques de pánico, etc. De un tiempo a esta parte, el discurso médico irrumpió en el mercado -o al revés- y los padecimientos pasaron a responder a las leyes mercantiles. Las dolencias humanas pasaron a formar parte de las góndolas y los medicamentos –productos manufacturados de las grandes empresas – se convirtieron en codiciadas mercancías para aplacar aquellos malestares que aquejaban –y continúan aquejando- a muchas personas. En palabras de Beatriz Janin, “hay una pasión por diagnosticar, por catalogar, por definir cuadros, suponiendo que de ese modo se avanza en la resolución del problema” (Janin, 2014: 18 - 19).

¿Qué pasa cuando dichos padecimientos, dolencias o malestares se suceden en la infancia? ¿Qué sucede cuando un niño en plena estructuración subjetiva, recibe la noticia de que algo en su subjetividad no es normal? ¿Está en condiciones de comprender o simbolizar lo que es normal?

Probablemente todos estos interrogantes no se planteen en el ámbito médico-mercantil a sabiendas de que para todo diagnóstico existe un tratamiento y un medicamento que acompañe. Siguiendo con la línea interrogativa: ¿Qué sucede cuando una institución como la escuela acompaña la idea de que los problemas en los procesos de aprendizaje responden a esta lógica y no a una falla estructural en el sistema educativo?

Si se piensa la escuela como el primer grupo de interacción social fuera de la familia, es prudente suponer que muchas de las dificultades se manifiesten allí. Sin embargo, cuando estas dificultades se vuelven una constante y su crecimiento –como lo ha sido en las últimas décadas- pasa a ser exponencial, entonces también sería prudente interpelar a la escuela, al sistema educativo. Muchas veces las dificultades son tales y el transcurso escolar se vuelve dificultoso; muchas veces las dificultades están en la escuela al no poder manejar la variedad subjetiva y sus tiempos.

Ahora bien, la complejidad con la que se elabora un determinado medicamento no se condice con la complejidad que implica abordar los aspectos subjetivos de la infancia. El proceso diagnóstico se sustenta en la descripción de una serie de rasgos o conductas a los cuales el niño responde. A partir de allí se elabora el diagnóstico con su respectivo tratamiento. Un diagnóstico responde necesariamente a algo patológico. Si hablamos

entonces de un proceso diagnóstico, se supone la existencia de un proceso de patologización.

Affonso Moysés, Collares, y Untoiglich plantean los pasos que instalan el proceso de patologización en el campo de la salud mental:

1- En principio suele haber una búsqueda de causa unívoca y determinista. 2- Impera un paradigma fijo de normalidad y todo aquello que queda por fuera se califica como anormal. 3- Se produce un acto de nominación que construye una clasificación que da sentido a todo lo que le ocurre a ese sujeto, y su vida pasa a ser leída desde esa condición. 4- A partir de aquí toda la historia de ese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estará atravesada por dicha categorización. (Affonso Moysés, Collares, Untoiglich, 2013: 29)

Pre-fabricar un diagnóstico lo hace plausible de ser asignado a una cantidad de gente mucho mayor de la necesaria. Esto quiere decir que los diagnósticos no son un mal, pero la Diagnosticomanía sí lo es. El proceso diagnóstico en la infancia no puede reducirse a una serie de observaciones a la medición de ciertos baremos; por el contrario, debe ser un proceso sostenido en el tiempo que se nutra de una serie de encuentros no sólo con el niño en cuestión, sino también con sus padres y su núcleo familiar.

La mayor parte de los abordajes que responden al proceso diagnóstico mensurable, hacen hincapié en el origen orgánico y/o genético de dichos trastornos aun cuando no hay estudios que ratifiquen fehacientemente que esto sea así (ejemplo concreto: el Autismo). Desde cierta perspectiva, se comprende que el hecho de que un trastorno o un síndrome tengan un origen "externo" aliviana la carga y la culpa que inevitablemente puede emerger en la estructura parental. Sin embargo, no se trata de alivianar la angustia o de disiparla, se trata de trabajar con ella y hacerla parte necesaria del tratamiento. Obturar lo manifiesto deja por fuera lo latente.

Reducida la vida a su sustrato biológico, todo el futuro está irreversiblemente determinado desde el inicio: esto prepara el terreno para los procesos de medicalización y patologización. Reduccionismo, medicalización y patologización remiten a una concepción de la medicina y la psicología enraizada en un paradigma positivista. (Affonso Moysés, Collares y Untoiglich, 2013, p. 42)

Cuando la subjetividad queda remitida a una colección de rasgos, el resultado es un diagnóstico. Cuando la subjetividad en cuestión es la subjetividad infantil, toda su

estructura corre riesgo de quedar marcada para siempre. La constitución de un sujeto está atravesada por una gran cantidad de aspectos sociales irreductibles al proceso diagnóstico. No se puede hacer una jaula de Faraday de los aspectos sociales externos e internos que pulsan constantemente la vida de un niño. Las desatenciones en el aula, los malos comportamientos, las conductas opositoras-desafiantes, son factores que remiten a la naturaleza misma del desarrollo psíquico de un niño. Es cierto que en muchos casos las dificultades son reales y el diagnóstico puede jugar un rol facilitador para poder acompañar el desarrollo de un niño. El problema es cuando el diagnóstico desplaza al nombre propio, entonces Juan dejará de ser Juan para ser “el autista” del curso, o en el mejor de los casos, “Juan, el autista”. La etiqueta será indeleble.

Poder cambiar este panorama actual no se corresponde solamente con erradicar la intervención innecesaria del discurso médico de las infancias y sus instituciones. Combatir la Diagnosticomanía requiere de un proceso de concientización que suele ser extremadamente difícil. Por lo general, aquellos que logran comprender el peso y el padecimiento de una etiqueta diagnóstica son quienes la padecen, ya sean los niños o su entorno familiar íntimo. Muchas familias, ante el advenimiento de un diagnóstico se repliegan sobre sí mismas por vergüenza o miedo de lo que los demás puedan decir. Un hijo con un diagnóstico puede hacerlos sentir como que han fracasado en la labor de ser padres y eso, en una sociedad actual que suele ser altamente inquisidora, es terrible.

Golpear en la familia

Vivimos un momento social en el que muchas familias tienen dificultades para poder desarrollarse normalmente. Las dificultades económicas, las situaciones de violencia familiar, la inestabilidad generalizada que suele vivirse en nuestro país están a la orden del día. Cuando a todo esto se suma la llegada al mundo de un hijo con una discapacidad, la funcionalidad de una familia se ve aún más perturbada. Cuando se trata de padecimientos psíquicos, no hay diferencias de clases, y cuando se trata de quedar a merced de Diagnosticomanía, tampoco.

El accionar familiar a la hora de enfrentar un diagnóstico es muy variable, pero sí se puede asegurar que ninguna familia –o casi ninguna- recibe la noticia de un diagnóstico sin más.

El periplo familiar comienza a distintas edades según el caso. Las dificultades pueden comenzar a distinguirse desde el seno familiar, o en muchos otros casos, en las instituciones educativas, ya sean jardines de infantes o escuelas primarias. Una vez detectada la dificultad, se hace la consulta profesional correspondiente. Ya se ahondará ilustrativamente en esta cuestión más adelante, la intención en este apartado es poder dar una idea de lo que sucede en el núcleo familiar. Es imprescindible aclarar que lo que

desarrolle a partir de aquí en referencia a las familias está abordado a partir de experiencias personales de quien escribe, sería un accionar digno de la Diagnosticomanía hacer una aseveración acerca de lo que sucede en estos casos; sería querer hacer un universal de algo que golpea en la familia de distintas maneras.

Según Gisela Untoiglich, “en el trabajo con los padres es necesario indagar cuáles son los mecanismos defensivos predominantes, según las temáticas que se aborden” (Untoiglich, 2013: 64). Hablar de mecanismos defensivos ya impone un primer obstáculo difícil de sortear, pues esos mecanismos defensivos son los que pueden generar un rechazo al trabajo integral que implica e involucra necesariamente a la familia. Es muy difícil poder generar en la familia la noción de que se trata de algo que es pertinente a todos y no solamente al niño o niña diagnosticado. El uso de psicofármacos suele abogar por la idea de que el problema es el niño y aplaca sus “síntomas” –nuevamente debo aclarar que no se trata de atacar el uso de los psicofármacos, sino de hacer visible el uso innecesario e indebido de los mismos-

Muchas familias suelen replegarse y refugiarse en el entorno íntimo ya sea por vergüenza o por desconocimiento propio o de ajenos acerca de la problemática que los aqueja. No es para menos, todo aquello que tenga una connotación peyorativa a nivel social dispara ciertos mecanismos defensivos. Muchas veces, las conductas que preocupan a los padres respecto de sus hijos, a una determinada edad avanzada suele ser producto de ese retraimiento más que de sus reales impedimentos.

Un pequeño recorte que viene al caso. Hace tiempo tuve la oportunidad, junto con una compañera de trabajo, de llevar adelante en un club social, un proyecto inclusivo para socios con distintas discapacidades, tanto físicas como cognitivas. Una de las cosas más provechosas de dicho proyecto fue poder entablar reuniones con los padres de algunos de dichos socios. En esas reuniones surgían constantemente los miedos, las dudas, las inquietudes, etc.

Mérida era una chica con síndrome de Down, en ese entonces tenía 19 años. Sus padres manifestaban estar preocupados porque ella solamente se relacionaba con personas mayores –de la edad de sus padres y más- y le costaba entablar relaciones con gente de su edad. A su vez, cuando se relacionaba con personas menores que ella, incluso niños, sus padres notaban que su actitud era “demasiado tierna” y temían que pudiera ir “más allá”. Sin hacer ninguna pregunta al respecto –puesto que la idea no era funcionar como espacio terapéutico- los mismos padres nos comentaron cómo era la vida cotidiana de Mérida. Por lo general pasaba el tiempo con su familia íntima en la que eran todos bastante mayores que ella.

Hubo dos cosas fundamentales que pudimos rescatar de aquella entrevista: la primera es el valor de la escucha en esta profesión (parece redundante mencionarlo, pero

no lo es. No es lo mismo que a uno le achaquen desde el inicio de la carrera la importancia de escuchar a que uno mismo se encuentre con ese valor) y la necesidad que tienen muchos padres de ser escuchados; la otra fue el poder percatarnos de que muchas de las “conductas inapropiadas” de Mérida no respondían necesariamente a su síndrome, sino a la manera en la que había aprendido a socializarse con los otros. Evidentemente se trataba de una chica con una facilidad para relacionarse con personas mayores que ella y no con personas de su edad.

De este pequeño recorte se pueden hacer varias apreciaciones que ejemplifican a muy grandes rasgos lo que suele suceder en algunas familias. En primer lugar ningún niño tiene facilidad para relacionarse con los demás por sí mismos, es preciso que haya un entorno adecuado que los incentive, o al menos una institución que los aloje sin protegerlos demasiado. Aún, y en el mejor de los casos, las relaciones siempre implican dificultad. Ningún niño está exento de ser vulnerable ante las relaciones con los demás, las relaciones son en sí mismas conflictivas. Es cierto que mucha gente actúa ante estos niños de manera temerosa, ya sea por desconocimiento o por no saber cómo actuar, pero creo que esto es apenas más difícil que interactuar con cualquier persona.

Al respecto, resulta interesante lo que G. Untoiglich plantea:

Si el niño se constituye a través de los decires y las acciones de sus progenitores, una realidad fundamental para el niño es la realidad psíquica de sus padres, por lo tanto se hace absolutamente necesario trabajar con los padres para poder generar nuevas lecturas de la realidad, que posibiliten abrir novedosas perspectivas en el trabajo con el niño... Los primeros encuentros con los padres de un niño (o de aquellos que se ocupan de su crianza) son imprescindibles para conocer cuáles son sus hipótesis acerca de lo que le ocurre al su hijo, cómo se posicionan ante un tercero cuando tienen que hablar de él, dónde se producen los puntos de quiebre. (Untoiglich, 2013: 67)

La manera en que es alojado ese niño en la familia será determinante para el desarrollo del mismo a lo largo de su vida social.

El paso al “saber”, la escuela

La institución escolar ha sido –históricamente- núcleo de la formación subjetiva en la niñez y la adolescencia. Es en el transcurso por la escuela donde los niños y adolescentes aprenden los contenidos pedagógicos que les permitirán a futuro, continuar con su vida institucional en la universidad, o, por el contrario, los nutrirá de los elementos fundamentales para insertarse en el ámbito laboral.

En nuestro país el acceso a la escolaridad es no sólo un derecho, sino también una obligación. Hay una obligatoriedad de transcurrir y concluir el proceso escolar para acceder a la universidad o insertarse en el ámbito laboral.

Sin embargo, los anteriores son los aspectos “protocolares”, si se quiere, del desarrollo escolar. Así como los niños y adolescentes aprenden contenidos escolares estipulados según su estadio de desarrollo cognitivo, la escuela debe ser un lugar donde se aprehenden otros tipos de contenidos: sociales, éticos, culturales, entre otros.

Dichos contenidos no siempre son aferencias que llegan desde la figura del docente a cargo, sino que se trata de situaciones que emergen de las distintas situaciones cotidianas que se dan en el transcurrir escolar. La amistad, el respeto, el compartir, la higiene, la creatividad, la imaginación (por citar algunos entre muchos) son aspectos que pueden ser aprehendidos en la escuela.

Si bien podría pensarse que estas son actividades o modales que deberían aprenderse en casa (entendiendo a la familia como la primera “institución” educativa), la escuela es también una institución partícipe fundamental de los procesos de subjetivación. La escuela, como valor cultural, trasciende los contenidos académicos que imparte y atraviesa a los sujetos dejando en ellos una marca imborrable. Los recuerdos de muchas personas acerca de la escuela se refieren a cuestiones que, además de lo estrictamente académico, poco tienen que ver con un manual de matemáticas o Ciencias Naturales. La escuela como institución socio-educativa, fomenta la integración y la inclusión entre pares generando estrechos lazos que en muchos casos devienen en vínculos de amistad.

Si bien es cierto que muchas habilidades imprescindibles para la vida se aprenden en la escuela, la lectoescritura, sólo por mencionar una; la gran mayoría de las personas recuerda la escuela como aquel lugar en donde se cosecharon amistades y como centro de innumerables anécdotas.

Sin embargo, la escuela ha sido, para muchos niños, un trayecto muy dificultoso y en otros casos, imposible (aunque en muchos otros, feliz). Cuando el niño llega a la edad del ingreso a la escuela con un diagnóstico, o es diagnosticado en el transcurso de su escolaridad, se generan una cantidad considerable de problemáticas que debe afrontar tanto él como su familia. Es aquí donde entra en juego el papel de la integración escolar que tiene como fin brindar ayuda a aquellos niños o adolescentes que tengan algún tipo de dificultad para concurrir a la escuela.

Esta institución educativa ha intentado, a lo largo de los años, ser un lugar de homogenización de los saberes, e incluso de los cuerpos. Una de las principales, si no la principal, característica que traen los niños diagnosticados es lo “diferente”. Lo diferente suele tener una relación muy estrecha con lo anormal. Sin embargo, la escuela deja por

fuera el hecho de que lo diferente, o más bien lo diverso, es parte de cada una de las subjetividades que habitan las aulas. Radicalizar lo diferente de los niños diagnosticados en la escuela, no hace más que radicalizar de alguna manera una diversidad inevitable y necesaria.

Ahora bien, ¿por qué fallan los niños en la escuela? O mejor dicho, ¿Por qué la escuela falla, la mayoría de las veces, en alojar a estos niños? Si seguimos reduciendo la pregunta, podríamos quedarnos con la siguiente: ¿Por qué falla la escuela?

La vulnerabilidad, en todos sus órdenes, por la que se ve atravesada la escuela, es un tema abordado desde diferentes ángulos, pero en algún punto, todos convergen al concepto mismo de la escuela moderna.

Es interesante el abordaje que hace Paula Sibilia respecto del contraste entre modernidad y post-modernidad. La escuela es una institución creada en la modernidad y que funciona a base de los parámetros sociales, culturales y arquitectónicos de aquella época. Lo post-modernidad se caracteriza por ser la época de las comunicaciones masivas, de la información diversa y al instante, de la pluralidad de voces. A esta diferenciación hace referencia Sibilia cuando define a la escuela como una máquina anticuada, como “ese aparataje que se está volviendo gradualmente incompatible con los cuerpos y subjetividades de los chicos de hoy” (Sibilia, 2012: 11). La escuela es una tecnología de época, pero de otra época, la modernidad. A todo esto, en la última década y media con la irrupción en nuestras vidas de los nuevos aparatos tecnológicos que están al alcance de todos y, fundamentalmente, con la masificación de Internet, la escuela se ha ido volviendo cada vez más anticuada. Así es, los “gadgets” han inundado nuestra vida, y como no podía ser de otra manera, la escuela no está exenta de esta nueva realidad.

Estamos en la época de los “nativos digitales”, término que acuñó Marc Prensky (Prensky, 2001), y que contrasta con el de “inmigrantes digitales”. Así se hace referencia a las nuevas generaciones que han nacido y crecido en esta última parte de la postmodernidad. De alguna manera, la noción de “nativo” hace referencia a alguien natural de un determinado lugar. Esto impone una dicotomía inevitable entre lo que la escuela como creación de la modernidad puede ofrecer, y lo que los nativos digitales como actores principales de la postmodernidad pueden aprender.

¿Cómo encaja la Diagnosticomanía con todo esto? Son distintas las vertientes. Por un lado, la presencia de niños con diagnósticos funciona de manera similar a lo que sería un portavoz de una problemática más amplia. Problemática que incluye a la escuela misma. Cuando una institución no puede alojar a un niño con un diagnóstico por la razón que sea, queda en evidencia la dificultad que tiene para alojar la diversidad. De esta manera quedan expuestas distintas falencias estructurales de la escuela. Cuando hay

que pensar por qué un niño diagnosticado no encaja en la escuela, inevitablemente hay que pensar en las dificultades que tiene la escuela para poder albergarlo, y esto pone en evidencia las fallas estructurales de dicha institución. El advenimiento de la post-modernidad y la dificultad de la escuela como institución moderna, es una de las problemáticas que quedan develadas.

Por otro lado, la escuela responde, como institución social, a los parámetros de normalización de la actualidad. Dichos parámetros son aquellos que determinan qué es normal y qué no lo es en la sociedad actual. Enrique Carpinteros dice que “lo normal se define en función del ideal que impone la cultura dominante al conjunto de la sociedad” (Carpinteros, 2009). Es por ello que aquellos sujetos que no respondan a dichos parámetros caerán indefectiblemente del lado de la anormalidad. La escuela como institución creadora de subjetividad no está para nada al margen de estos parámetros y, de hecho, es una institución precursora de los mismos, más aún es en sí misma un parámetro de normalidad. En la escuela se establece quién es normal y quién no lo es. Quien concurre a la escuela está del lado de la normalidad, a menos que se empiecen a observar los característicos síntomas y en consecuencia se vuelva anormal. Pero quien no concurre a la escuela ya está habitando la oscuridad misma de lo que no es normal.

Si bien concurrir a la escuela es en sí mismo un rasgo de “normalidad”, la manera en cómo se concurre y se transcurre por la misma es otro rasgo de normalidad o anormalidad. Nótese la ironía –o tal vez no- de hablar de “rasgos” para hacer referencia a la normalidad a nivel social ¿será, quizás, que el proceso diagnóstico funciona no sólo a nivel médico, sino también a nivel social? ¿Será que podemos hablar de una Diagnosticomanía de la vida cotidiana? ¿Es lo normal o lo anormal un diagnóstico?, si lo es ¿hecho por quién?... La sociedad, sin dudas; y la sociedad ¿a qué responde? Bueno, a muchas cosas, pero una de ellas son los mencionados parámetros de normalidad.

La relación de la Diagnosticomanía con los procesos de aprendizaje es tangible, y esto es importante destacarlo ya que lo que muchas veces se intenta aplacar desde el diagnóstico –incluyendo el uso de psicofármacos-, es ni más ni menos que lo que implica aprender en cualquier niño. María Teresa Cena sostiene que “debemos tener en cuenta que no hay aprendizaje sin un cierto grado de sufrimiento y angustia, ya que el conocimiento implica el pasaje por un momento de desorganización” (M.T Cena, 2014: 8). Si no se hace eco en lo que hay detrás de un niño “problemático”, la solución seguirá siendo la aplicación sistemática de etiquetas diagnósticas. Es imprescindible que desde la escuela como institución formadora de subjetividad, se pueda comprender el trasfondo psíquico de los sujetos. Los niños de hoy no son los niños de hace 50, 40, 30 años atrás; ni siquiera son los mismos de hace 10 años atrás, en la actualidad un par de años son casi una época. Es por eso que la escuela no puede permanecer como aquella institución

de antaño característica de la modernidad, es necesario que se reestructure desde sus cimientos. Esto no implica que deba transformarse en un lugar divertido y al que los niños anhelan ir, esto sería claramente utópico y contradictorio con lo que implica aprender. Pero la escuela debe ser un lugar donde los niños, y más aún aquellos que puedan llegar a tener un padecimiento específico, puedan desarrollar su subjetividad de diversas maneras.

Integración/Inclusión. Una dicotomía dentro y fuera de la escuela

Muchas veces, a partir de un diagnóstico, se le asigna a un niño un integrador escolar o acompañante terapéutico. Esta es una figura emergente que ha tomado fuerza en los últimos tiempos. Si bien esto de hace más común (¿más normal?) la presencia de niños diagnosticados en las aulas, es interesante notar cómo la figura del integrador y la del acompañante terapéutico, muchas veces cae en los mismos procesos normalizadores que tienden a un tratamiento adaptativo y reeducativo, lejos de la verdadera inclusión.

Gabriela Dueñas sostiene que:

Teniendo en cuenta el llamativo incremento de niños y adolescentes que transitan hoy por las escuelas portando etiquetas de supuestos trastornos o deficiencias cognitivas, se plantea la necesidad de generar espacios en los que se revisen las prácticas de los equipos psicopedagógicos escolares, mientras se trabaja en forma paralela o conjunta con los docentes. Hay que tener en cuenta que este fenómeno se trataría de un problema de la escuela y no de los escolares. Es decir que no se agotan en la descripción, clasificación y cuantificación del incremento de dificultades de aprendizaje y conducta de los niños, ni en la actitud de los docentes frente a ellas. (Dueñas,2013: 2)

Según la autora, es necesario entender que los discursos patologizadores y medicalizadores sobre los llamados “escolares en problemas” han llegado para instalarse con pretensiones hegemónicas, y que esto debe considerarse como un elemento explicativo clave de lo que está ocurriendo en los establecimientos educativos (Dueñas, 2013).

Siguiendo con su línea de pensamiento, Dueñas habla de la expresión “Psicopedagogía de enfoque reeducativo” (Dueñas, 2013) que hace referencia a un quehacer profesional que se inscribe en un campo interdisciplinario emergente entre las ciencias de la salud y la educación. Este enfoque se ubica del lado del síntoma en tanto signo. Esto quiere decir que la intervención se realiza sobre los rasgos “visibles” que presentan aquellos niños problemáticos. No hay una interrogación que vaya más allá de lo superfluo. El niño presenta una conducta o una serie de conductas inapropiadas, se lo

deriva a un profesional, se hace el diagnóstico, se lo medica (en la mayoría de los casos) o se le designa un acompañante terapéutico o integrador que intervenga directamente sobre el foco de la cuestión, o sea, el signo. No hay, desde esta mirada, una consideración de los efectos estigmatizantes que puede tener en el niño toda esta parafernalia en torno a su constitución subjetiva. Ahora bien, es necesario volver a aclarar (una y mil veces si es necesario) que la figura del acompañante terapéutico o integrador tiene un efecto y un valor importantísimo. La buena intervención de un integrador puede ser el método más eficaz para lograr una consolidación en los procesos de subjetivación de un niño. Esto difiere de la idea de “re-educar” que pueden tener muchas integraciones.

El rol del integrador también es depositario de numerosos cuestionamientos, expectativas, responsabilidades, obligaciones, etc. Cuando el recorrido escolar de un niño comienza a condición necesaria del acompañamiento de un integrador, éste pasa a ser una figura importantísima para aquel. El integrador debe asumir ese compromiso y sostenerlo en el tiempo ya que, más allá de ser su fuente laboral, se encuentra en una posición en la cual el lazo con el niño será el hilo conductor de toda la experiencia. Es importante que el integrador tenga pleno conocimiento de los derechos del niño para poder estar atento a cualquier posibilidad de ser vulnerados. Así mismo, es menester que no se ubique en una postura de simple re-educador de las conductas inapropiadas sino que, pueda intervenir más allá del síntoma en cuanto signo.

Volviendo al pensamiento de Dueñas, existe desde el Psicoanálisis, una mirada distinta a la del enfoque psicopedagógico reeducativo basado en el discurso hegemónico de la medicina pero puesto en relación a los problemas del aprendizaje. Esta mirada invita al sujeto a hablar, a hablar y escucharse, a cuestionar, a preguntarse. Invita a que pueda poner en palabras lo que le pasa. Por el contrario, la psicopedagogía reeducativa busca aplacar el síntoma. Se basa en tests estandarizados y, en consecuencia, en diagnósticos prefabricados que se adaptan oportunamente a la colección de rasgos presentados por el niño. Esta mirada basada en el psicoanálisis, es una mirada psicopedagógica clínica. Desde enfoque el saber pasa a estar en manos del sujeto y no de la ciencia. Pasa de ser un saber concreto del discurso científico a ser un saber velado en el niño. Este desplazamiento del saber hace mella en la cuestión subjetiva y de los procesos subjetivantes. Si el niño puede llegar a decir algo de lo que le pasa y de cómo se posiciona como sujeto ante su problemática, es muy probable que esté en el camino de un proceso de subjetivación positiva.

Según dueñas:

Lo esencial del diagnóstico radica en intentar conocer la posición del sujeto, en cómo se sitúa en relación a su síntoma. Se trata de mirar y escuchar

de qué manera se muestra el niño o el joven en relación a su problema en el aprender. Por esta razón lo que importa es lo que dice en relación a esto, porque alude a su posición subjetiva. Es decir, a la posibilidad de que pueda pasar de ser objeto de la preocupación de su familia y escuela, a ubicarse en el lugar de un sujeto que manifiesta y padece de dificultades para aprender o comportarse de manera adecuada a las expectativas de sus adultos. (Dueñas, 2013: 5)

Así pues, vemos que la integración escolar debería pensarse y planificarse en el caso a caso, es decir en la singularidad de cada sujeto y desde una óptica más cercana a la que propone el Psicoanálisis. Pero, si acordamos que el niño en problemática de integración suele ser un objeto sin más, entonces es deducible que la planificación de una integración será universal. Se partirá de consignas predeterminadas que se seguirán como un manual de instrucciones. Una integración escolar debe diseñarse de una manera artesanal de manera que el niño sea el protagonista de su propio transcurso escolar.

Dice Untoiglich:

El concepto de integración hace referencia a la adaptación de un individuo a una cultura. Apunta a que es el niño, con supuestas necesidades especiales, el que debe adaptarse al grupo o a la institución que le abre sus puertas. Entonces todo se mantiene estable, mientras el niño y su familia realizan todos los esfuerzos necesarios para quedar dentro del sistema que tuvo la condescendencia de acogerlos, restableciéndose así la unidad. (Untoiglich, 2013: 218)

Es decir que cuando hablamos de integrar, hablamos de que un determinado sujeto acate las normas, costumbres, tradiciones, etc., previamente establecidas de una determinada sociedad. De esta manera el concepto de “integración” está estrechamente ligado al de “normalización”. Al igual que el concepto de diagnóstico, el de integración no es un concepto en sí mismo peyorativo ni con connotación negativa, pero, según el uso – o el abuso- que se haga del mismo, puede convertirse en un arma de doble filo. Siguiendo con el desarrollo de Untoiglich:

Por otra parte, el concepto de Inclusión remite, desde la mineralogía, a una partícula que altera las propiedades de un metal, aleación o medio cristalino. Se presume que es el modo en el que la escuela debe dar respuesta a la diversidad. El supuesto del cual se parte es que hay que modificar el sistema para responder a todos los alumnos, en vez de entender que son

algunos alumnos los que se tienen que adaptar al sistema, haciendo denodados esfuerzos para integrarse al mismo... La inclusión educativa es una política de Estado, y la Integración escolar es una de sus estrategias. (Untoiglich, 2013: 219)

La Integración sería una consecuencia de la Inclusión. Si tenemos una escuela inclusiva, tenemos una integración posible. De otra manera, la Integración dejará de ser un derecho para ser una obligación del niño. Si bien se hace referencia a la institución escolar, esta es una parte fundamental de la sociedad, con lo cual sus principios, valores y formas son parte fundante de la comunidad. O sea que si tenemos una escuela inclusiva es porque probablemente tengamos una sociedad inclusiva. Si la escuela solamente integra y no incluye, entonces es el deber de todo niño –diagnosticado o no– adecuarse a la escuela y a la sociedad; si no puede lograrlo es porque hay algo en él o en ella que lo hace diferente, lo “extranjeriza”. La diversidad es una parte innegable de la actualidad y lo que nombramos como “normalidad” no son más que espejismos que dan cuenta de una supuesta forma de subjetivarse a fin de poder integrarse correctamente.

Aquí la cuestión le compete a todos los abordajes. Si Solamente vemos esto en términos de pulsión o estímulos nerviosos; si vemos esto en términos de trastornos, síndromes, psicosis, o lo que sea, dejamos afuera la verdadera cuestión. Cualquier abordaje, cualquier teoría, cualquier método es plausible de patologizar la diversidad, porque la teoría no está al mismo nivel que la práctica. Si la discusión se cierra en ver las formas de habitar el mundo como normales o anormales, estaremos siempre del lado de Integración y no de la verdadera Inclusión.

Solución en miligramos

“No se puede medicar sin diagnosticar, no se puede diagnosticar sin preguntar” (M.T. Cena, 2014: 9). Son muchos los padecimientos que pueden ocultarse detrás del accionar de un niño. La experiencia da cuenta de que muchas veces se están velando historias relacionadas con abusos de todo tipo, violencia, abandonos, etc. Quizás, por el carácter defensivo que implica la emergencia que suponen estos padecimientos para los sujetos, se prefiere hacer foco en el signo y no en el significante. Tal vez sea por mera comodidad, o simplemente por un tecnicismo, si el niño se porta mal es porque algún problema tiene, ese problema seguramente sea mental.

Según Beatriz Janin, “asistimos en nuestra época a una multiplicidad de “diagnósticos” y de terapéuticas que retrotraen a una era biologicista las posibilidades de la cura, poniendo sellos a las dificultades infantiles” (Janin, 2014: 13). De igual manera, vivimos en una época en la que prácticamente cualquier padecimiento tiene su

medicamento y los mejores son siempre los más rápidos, porque ¿qué mejor solución que aquella que es más inmediata? Las empresas publicitarias se encargan de dejar en claro que un simple dolor de cabeza puede ser responsable de que un día se transforme en un caos de dimensiones inimaginables que se conduzca como una avalancha incontrolable al fracaso absoluto. Para nuestra fortuna, su línea de analgésicos viene en un sinfín de presentaciones: en 400 o 600 miligramos; con cafeína; plus; max; cápsulas blandas; comprimidos; gotas y por supuesto, versión pediátrica.

Si la cuestión medicamentosa tiene su lugar en todos los ámbitos de la vida – hasta los más cotidianos-, el ámbito del aprendizaje no es la excepción. Retomando las palabras de B. Janin:

La medicación es la primera salida frente a las dificultades de aprendizaje, indicada en muchos casos desde los mismos maestros, presionados a su vez por las exigencias sociales, tanto de los padres como de las autoridades, de que todos los niños aprendan a un mismo ritmo. Y esto en un mundo en que lo que importa es el rendimiento, la eficiencia; en el que el tiempo ha tomado un cariz vertiginoso y los niños están sujetos a la cultura del zapping. (Janin, 2014: 19)

Estas palabras resultan interesantes porque hacen clara referencia a la entidad que se le da a la medicación. La magnitud es tal que sobrepasa la figura misma del médico y suele ser sugerida incluso por docentes. A su vez lo vertiginoso de la vida cotidiana hace que no haya tiempo para detenerse a pensar. No hay lugar para que una pregunta –¿qué le pasa a este niño?- abra la puerta a otros interrogantes; no, la respuesta debe ser concreta, precisa e inmediata. Lo más inmediato que pareciera haber hoy día para contestar la pregunta inicial es una prescripción médica. Abrir la puerta a una cascada de interrogantes pareciera ser un trabajo abrumador que probablemente lleve a un callejón sin salida. Seguramente es abrumador, pero es la manera más directa de llegar al fondo de la cuestión

La prescripción de medicamentos, más precisamente de psicofármacos, no es una cuestión que haya que erradicar, pero si debemos ponderar la situación y evitar que la medicalización sea la primera opción. Hay que erradicar el miedo al interrogante, al ver más allá. Los niños tienen sus formas de expresarse las cuales suelen ser extremadamente corporales; los psicofármacos, los antipsicóticos tienden a inhibir funciones motoras. Un niño medicado dará siempre la impresión de un niño que padece una patología. La medicalización no puede ser nunca la primera opción, ya que muchas veces termina siendo la única.

La intención de este apartado no es hacer un análisis farmacéutico de los distintos psicofármacos que se consumen hoy tanto en la infancia, en la adolescencia y en la adultez. Se trata de intentar dejar a la vista que la solución más rápida siempre pareciera ser la acertada. La medicalización se ha introducido en el núcleo mismo de las instituciones terapéuticas que la suposición primera ante una conducta atípica es “¿habrá tomado la medicación?”.

La intención tampoco es ir en contra de la medicación. Muchas veces una criteriosa administración de un psicofármaco puede ser un instrumento más para el buen desarrollo del tratamiento. El problema es cuando la medicación es el soporte del diagnóstico y no se sale de ahí. Si la importancia del medicamento es la predominante, entonces se corre el riesgo que ante cualquier situación “nueva” se tienda a querer aumentar la dosis.

Algunos “criterios” diagnósticos

Es sabido que la carta magna del diagnóstico es el DSM, siglas en inglés para Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders o Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la asociación Americana de Psiquiatría. Este manual supo tener a lo largo de los años distintas ediciones, actualmente se encuentra vigente la número cinco. Es interesante analizar desde el vamos el nombre del manual ya que en sus siglas usa dos palabras fuertes: diagnóstico y estadística. La estadística es, según la RAE, “Ciencia que utiliza conjuntos de datos numéricos para obtener, a partir de ellos, inferencias basadas en el cálculo de probabilidades” (Larousse, 2009). Es decir que se podría, según este manual, estimar un cálculo de probabilidades, ¿de qué? De que una persona padezca alguno de los trastornos nombrados en el manual. Hablar de probabilidad estadística implica decir que hay una determinada cantidad de personas que, dentro de un grupo mayor, padecen algún trastorno –el famoso “tres de cada diez personas...”. El cálculo estadístico en sí mismo no es el problema, el problema es cuando se combina con el diagnóstico, mejor dicho, el problema es la manera en que se combina con el diagnóstico.

Dentro del manual se encuentran distintas secciones que responden a distintas “familias” de trastornos. Así tenemos en la sección dos, por ejemplo, los Trastornos Neurocognitivos en donde se detalla una lista de los distintos Trastornos que se pueden padecer en la infancia. A cada trastorno le corresponde un apartado que se denomina “Criterios diagnósticos” en los que se detallan las características que se deben cumplimentar en un niño para poder diagnosticarlo. Uno de los trastornos es el “Trastorno de la comunicación social (pragmático)” y sus criterios diagnósticos son:

A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:

1. Deficiencias en el uso de la comunicación verbal para propósitos sociales como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada para el contexto social.

2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.

3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.

4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p.ej., hacer inferencias a significados no literales o ambiguos del lenguaje (p.ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).

B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.

C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).

D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica, ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental. (DSM-V, 2013: 47-48)

Este recorte del DSM-V deja a las claras de que el problema está en el niño. A lo largo de los distintos criterios diagnósticos se ve explícitamente que el problema es un niño que no responde a conductas o modos de actuar, ser, decir socialmente aceptados. Si un niño posee un *“deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque”* (DSM-V, 2013) probablemente pueda ser diagnosticado.

¿Cómo no suponer una Diagnosticomanía en la infancia con criterios diagnósticos como estos? Si las necesidades son de quien escucha y no de quien habla, ¿de qué lado queda parado el niño? Evidentemente cae del lado de ser un objeto y no un sujeto. Si el niño no se adapta a las necesidades de quien escucha, el niño es el problema. En ningún lugar de este apartado se hace referencia a un posible padecer en la vida del niño, no se hace referencia en ningún punto a su historia, a su constelación familiar, a su genealogía, a su lugar de origen.

Estos criterios diagnósticos dejan evidenciada además la estrecha relación entre la Diagnosticomanía y la normalización. Todo aquello que no responde a pautas sociales normales es plausible de ser patológico y por tanto, diagnosticado.

Este recorte es uno entre los cientos de distintos trastornos que se pueden encontrar en el DSM-V, cada uno de ellos con sus respectivos nomencladores. La mayoría de los trastornos neuro-cognitivos del desarrollo hacen referencia a aspectos orgánicos o sociales, pero sociales a nivel de la comunidad y no de la alteridad en la que deben ser pensados los sujetos. Según el DSM-V, todos los niños deberían desarrollarse de igual manera y aprender al mismo ritmo.

Nuevamente no se trata de desvalorizar el proceso diagnóstico ni de negar la existencia de verdaderos trastornos o síndromes que respondan a lesiones orgánicas o neurológicas. Pero suponer que un niño padece un trastorno por ser “oposicionista y desafiante” –como lo establece un determinado trastorno del DSM-V- es desconocer la naturaleza misma de la infancia.

Las formas del encierro

Cuando se piensa en salud mental, y remitiéndose al imaginario social de los casos más extremos, se puede uno imaginar la forma del asilo. El asilo, el manicomio, es la institución más relacionada a la locura. En el manicomio se encierra a los locos, así de simple.

Durante décadas el manicomio funcionó como una institución en la que, diagnóstico mediante – o no-, se encerraba a los locos. Hoy, en nuestro país y gracias a la Ley Nacional de Salud Mental, la idea de la desmanicomialización empieza a hacerse sentir. Sin embargo, esto no rompe con el concepto de “encierro”.

El encierro que conocemos, o al que más nos remitimos al menos, es el encierro materializado. El encierro entre cuatro paredes. Pero este es un encierro literal, virtual, imaginario, especular. Las formas del encierro trascienden las paredes de cualquier institución, toma diversas formas, el diagnóstico es una de ellas. Es muy posible que un sujeto quede encerrado en su diagnóstico más aun cuando éste atraviesa todos los órdenes de la vida como frecuentemente sucede. Ser preso de un diagnóstico es algo

que sucede en silencio. A diferencia del encierro manicomial que “se ve”, el encierro diagnóstico pasa desapercibido para quien no lo padece, inclusive, puede que la persona misma no se percate del encierro del que es objeto.

La Diagnosticomanía es parte fundamental de la existencia de esta forma de encierro. Pero el diagnóstico en sí mismo no es la única forma de encierro silenciosa. Hay otra forma de encierro un poco menos silenciosa y que compete a todos los abordajes existentes: los tratamientos, las terapias. Si la industria farmacéutica responde a las leyes de mercado a costa de los padecimientos de las personas, los abordajes terapéuticos también pueden hacerlo. El afán de lucro no es propio de las grandes corporaciones, los profesionales de la Psicología también pueden generar fortunas a costa de los padecimientos. No importa si se trata de psicoterapias cognitivas, conductuales o de Psicoanálisis, cualquier profesional con escrúpulos volátiles es propenso a poner la producción de dividendos por encima del bienestar humano. El afán de lucro es algo en común que tienen la Diagnosticomanía y los tratamientos como forma de encierro.

Foucault denominó “sociedades disciplinarias” a aquellas que en el siglo XX lograron su apogeo y que se caracterizaron fundamentalmente por sus formas de encierro a través de las instituciones tales como la escuela o inclusive la familia. El encierro garantiza un control adecuado de la sociedad.

Todo lo que se acata sin ningún tipo de cuestionamiento es propenso de ser disciplinario. Lo disciplinario es inherente a lo normalizador. Las formas de encierro disciplinan, controlan, dividen a la sociedad entre lo que es normal y lo que es anormal. Pero he aquí la ironía, lo anormal es inherente a lo normal, puesto que no hay uno sin el otro. Para que algo sea normal tiene que determinarse por su opuesto negativo, es decir, lo anormal. No puede haber algo normal sin algo anormal que lo defina en tanto tal.

El diagnóstico, derivado de la Diagnosticomanía, es ese anormal garante de la normalidad, las distintas formas de encierro; también.

Momento de concluir

Es el momento de apelar a la función del corte, casi de manera abrupta. Como un analista que concluye la sesión con el implacable “cortamos acá”. Tal vez haga falta esto para no caer en el goce “sintáctico” y continuar de manera indefinida desarrollando una problemática que puede –si no es que ya lo hace- ocupar bibliotecas enteras.

La problemática de la infancia no se reduce a la de la Diagnosticomanía, pero sí la Diagnosticomanía reduce la infancia a un cuadro nosográfico. Cuando se trata de niños, delimitar las conductas propias de la infancia de aquellas que pudieran ser patológicas es una tarea compleja que no puede remitirse a un conjunto de parámetros, más aun cuando dichos parámetros hacen referencia a aspectos típicos de la edad infantil.

Es necesario que las instituciones, fundamentalmente las escuelas, funcionen como lugares que alojen a los niños con los rasgos propios de la diversidad. Los niños ponen en evidencia la falla estructural por la que hoy en día atraviesan las instituciones educativas. Los padecimientos de los niños no responden necesariamente a una lesión neurológica, no siempre tienen una causa orgánica, otras veces sí.

No se trata tampoco de negar la posibilidad de un fracaso escolar, no se trata de asumir que ningún niño pueda tener una patología determinada. Pero sí se trata de rescatar el lugar del Sujeto Niño.

Cuando las herramientas de las cuales nos servimos para determinar qué padecimiento tiene un niño que no puede quedarse sentado y en silencio vienen nombradas detalladamente, dejamos por fuera muchísimas cosas que pueden ser de vital importancia.

Pablo Peusner dice que el Psicoanálisis con niños es un “chino”. Con esto alude a que en la cultura china “los chinos producen sentido por rodeo, nunca mediante una alusión directa” (Peusner, 2016: 10). Es decir que los niños no hacen alusión directa a sus padecimientos, siempre se manifiestan mediante un rodeo. Esto es fundamental para entender por qué la lógica de la Diagnosticomanía es tan peligrosa en la infancia. Los niños no suelen decir directamente qué los aqueja. Cuando una persona, supongámosla adulta, comienza un análisis o cualquier tipo de terapia es probable que pueda manifestar que está angustiado ante algo –algo que probablemente no sea eso-, pero el punto es que puede decir qué sucede, puede manifestarlo como un malestar. El caso del niño es diferente, no necesariamente puede sentir su “hiperactividad” como algo malo, como un malestar. Eso es lo que manifiestan en su nombre los adultos.

Por lo general, y continuando con el pensamiento de P. Peusner, los tratamientos son contemplados como una línea recta que va de un punto de llegada a un punto de partida. Esto es ir de A a Z sin escalas, de manera directa, sin desvíos. Sin embargo, el autor plantea que en realidad se trata de un camino espiralado y elíptico – en una elipsis

el punto de llegada no tiene que ubicarse necesariamente en el centro de la misma- con lo cual, cuando partamos de A y lleguemos a E, estaremos más lejos de Z, pero habremos avanzado. Para simplificarlo aún más, esto sería como subir una montaña en forma de espiral ascendente; si pudiéramos trazar una línea recta de la base a la cima, sería una distancia mucho menor que subir siguiendo el camino que rodea y asciende por la montaña.

Creo que este es el camino que debemos seguir cuando se trata de trabajar con niños –aunque no es algo inherente a ellos, puede aplicarse al trabajo con cualquier Sujeto- Seguir este camino que implica una dificultad acentuada puede intensificar las resistencias, puede generar la idea de que se está peor que al principio, pero muchas veces de eso se trata. Si pretendemos que la figura del psicólogo se aleje de la lógica de la Diagnosticomanía, no debe responder a los parámetros de normalidad establecidos, no debe situarse en una lógica que no sea la de una dificultad. Las soluciones sencillas pueden ser, a largo plazo, las más costosas.

La Diagnosticomanía pone en escena los espejismos de la actualidad, aquellos que nos hacen creer que se debe ser de una manera u otra. La Diagnosticomanía viene acompañada de tratamientos, prescripciones médicas, y muchas otras formas de encierro.

Una y mil veces hay que decirlo: no se trata de erradicar el diagnóstico, no se trata de demonizar los medicamentos. Se trata de cuestionar, de interpelar, de interrogar. Se trata de entender que nada, absolutamente nada es redundante en palabras de un niño. Las redundancias son las que más significado suelen tener en este oficio.

Me dispongo a embarcarme en una profesión en la que la escucha es fundamental. Las vías del equívoco, los sinsentidos, la angustia, etc. Todos estos conceptos forman parte de un dispositivo que muchas veces puede alejarse de la idea de algo “terapéutico”. No hay atajos, se trata de matar monstruos con alfileres.

Así me dispongo a posicionarme en la línea de partida, allá voy.

Bibliografía consultada:

- 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”. Publicado en *Revista Actualidad Psicológica* de Marzo 2013.
- DSM-V (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Carpinteros, Enrique. (2009) “Normalidad y normalización: La salud es soporte de la anormalidad que nos hace humanos”. Visita diciembre 2016 www.topia.com.ar/articulos/normalidad-y-normalización-la-salud-es-soporte-de-la-anormalidad-que-nos-hace-humanos. Abril 2009.
- Janin, Frizzera, Heuser, Rojas, Tallis y Untoiglich (2014). *Niños desatentos e Hiperactivos: reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Peusner, Pablo (2016). *El Psicoanálisis con niños es un chino*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva
- Sibilia, Paula. (2012). *Redes o paredes*. Buenos Aires. Tinta Fresca..
- Untoiglich, Moysés, Angelucci, Collares, Geraldi, Nunes, y Terzaghi (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.