



Facultad de Psicología  
**UNR** Universidad  
Nacional de Rosario

## Trabajo Integrador Final

*“Más allá de los clichés: el diagnóstico como proceso artesanal”*

**Autor/a:** Florencia Demelli

**Legajo:** D-5420/8

**DNI:** 40.098.855

**Modalidad de presentación:** Ensayo

**Docente responsable:** Graciela Soledad Duggan **2022**

**Agradecimientos**

*A mi familia, por su amor, por estar a mi lado y enseñarme a no bajar los brazos. A mis amigas por ser incondicionales.*

*A mis hermanas de corazón, Lara y Micaela, que hicieron de este camino una experiencia compartida.*

*A Federico, que me acompañó incondicionalmente en este trayecto de mi vida.*

*A todos los profesores que fueron parte de mi tránsito por esta facultad y que me transmitieron, no sólo sus conocimientos, sino también el amor por esta profesión.*

*A Soledad y Juan por haberme acompañado en la recta final de este largo recorrido.*

*A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario por haberme alojado durante estos años y brindarme una educación de calidad, pública y gratuita.*

## Índice

Índice.....	2
Resumen y palabras clave.....	3
Introducción .....	4
Patologización y medicalización de las infancias.....	6
El diagnóstico como profecía autocumplida .....	9
El diagnóstico como proceso artesanal: intervenciones subjetivantes en la clínica con niños.....	13
Conclusión .....	18
Referencias bibliográficas .....	19

## Resumen y palabras clave

El presente ensayo tiene por objetivo reflexionar sobre los incipientes procesos de patologización y medicalización de las infancias que producen, como consecuencia, un auge de categorías diagnósticas. Asimismo, apunta a comprender los efectos que esto genera en una subjetividad en ciernes, dado que ello permite cuestionar el lugar que debemos darle al diagnóstico en las prácticas de Salud Mental Infantil. Cuestionamiento que instaura la posibilidad de brindarle al diagnóstico un nuevo estatuto: un proceso artesanal que va ligado a una ética de la singularidad. Para arribar a este nuevo estatuto, se utilizan como antecedente autores que han realizado valiosos aportes para pensar al diagnóstico más allá de la lógica medicalizante y patologizadora, teniendo como eje fundamental una perspectiva psicoanalítica. La interpelación de la noción de diagnóstico instaura paralelamente el interrogante de la noción de infancia que se encuentra

encriptada en el orden social y las categorías de lo “normal” y lo “patológico” que se ligan a ella en cada momento histórico-social, lo cual nos permite reflexionar respecto de la representación de la infancia que propicia el contexto social actual y como se construyen las políticas públicas en función de la misma. Hoy las infancias nos exigen pensar nuevos modos de abordaje. Este trabajo es una apuesta a ello, una contribución sobre la importancia de sostener, en el ejercicio profesional del psicólogo, una ética de la singularidad que permite ubicar un sujeto deseante, con historia y porvenir, sin hacer del sufrimiento un “trastorno” de por vida.

Palabras clave

Patologización – Medicalización – Infancias – Diagnóstico – Ética

## Introducción

Alicia Stolkiner (2013) plantea que todo acto en salud involucra dos elementos fundamentales: por un lado, una intervención objetivante que “se concreta por un triple movimiento que implica individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología y ontologizar luego el cuadro psicopatológico” (p.20) y, por el otro, una intervención intercesora con el mundo subjetivo del usuario. Ahora bien, la autora afirma que en los modelos hegemónicos de atención en salud la intervención objetivante suele ser la única posible, y la Salud Mental, como parte integrante del campo de la salud en general, no ha estado exenta de ello.

De esta manera una problemática fundamental, que adviene como resultado de la

intromisión de intervenciones objetivantes en el campo de la Salud Mental, es el diagnóstico en las infancias. En consecuencia, se hace necesario reflexionar acerca la pertinencia y los límites de la utilización de diagnósticos en las infancias.

Las categorías que usamos al hablar son dadoras de identidad y productoras de subjetividad. Por lo cual es fundamental generar el siguiente interrogante: ¿Qué consecuencias produce el sostenimiento de un discurso hegemónico, que erige a la intervención objetivante como única posible, en la clínica con niños?

La utilización de categorías diagnósticas como intervención objetivante en el campo de la Salud Mental propicia el englobamiento del niño, aún en proceso de estructuración psíquica, en una categoría homogénea y consistente. En otras palabras, genera, a partir de “nombrar y dotar a lo nombrado de una existencia determinada” (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2019, p.2), la reducción del ser del sujeto a una categoría que lo adjetiva y que genera, en consecuencia, la estigmatización del sujeto y el borramiento del que el padecimiento se vivencia de forma única e inigualable.

De esta manera, si la consecuencia fundamental que produce la utilización del diagnóstico desde la perspectiva objetivante es subsumir lo particular en lo general ¿Qué lugar otorgarle a esta intervención en las prácticas de Salud Mental Infantil? ¿Se trata de eliminarla por completo o de poder integrarla a una modalidad de abordaje que permita que el niño no quede subsumido a un diagnóstico-etiqueta? No se trata de denegar por completo de las prácticas de Salud Mental Infantil la utilización del diagnóstico que, por otra parte, resulta una herramienta clínica fundamental. Se trata de poder interrogar si la lectura diagnóstica implica necesariamente una categoría psicopatológica o si es factible dislocar esta lectura de categorías nosográficas en las prácticas de Salud Mental Infantil (Fernández Miranda, 2019). Es decir, se trata de poder interrogar si es lo mismo realizar un diagnóstico, que “poner” un diagnóstico; diagnosticar que clasificar.

De esta manera, una de las formas de subvertir la lógica clasificatoria es situar el diagnóstico más allá de los *clichés*, propiciando el entendimiento del mismo como un *proceso artesanal*, que atiende a la particularidad de cada sujeto, descartando toda posibilidad de homogenización y encapsulamiento del niño en una categoría que se transforma, desde entonces, en profecía autocumplida (Untoiglich 2013). Es pensar el diagnóstico como el *mapa* y no como el territorio, en tanto el mapa se singulariza por orientar, guiar y señalar lugares de interés, sin quedar atrapado en un territorio delimitado ni en una única ruta posible (Lebovic, 2019).

Consideramos a la infancia como un tiempo donde la subjetividad se encuentra aún en ciernes. Por ende, este interrogante adviene no sólo fundamental sino también ético, dado que debemos ser capaces de sostener la *incertidumbre*, de respetar los ritmos de cada niño, sin querer acallar a través de categorías, nombres y etiquetas, la angustia que muchas veces genera como profesionales la presencia de la misma. Incertidumbre que, por otra parte, es constitutiva de todo trabajo artesanal, donde nada está predeterminado de antemano.

Tal y como afirma Rudolfo (2010), un concepto es exactamente igual que un juguete: para poder usarlo hay que romperlo, ensuciarlo, perderle el respeto. Por ello, debemos al menos cuestionarnos “si el diagnóstico en Salud Mental debe entenderse a

imagen y semejanza de cómo se práctica el diagnóstico en otras especialidades” (Michalewicz, 2017, p.44), por ejemplo, en el campo médico. De esto se trata, de poder llevar al límite el concepto de diagnóstico, hacerlo advenir *ceremonia mínima* para convertirlo en una unidad de análisis que nos permita interrogar su sentido y cuestionar su lugar en el ejercicio de nuestra práctica profesional.



En la actualidad, somos testigos de un crecimiento exponencial de los procesos de medicalización y patologización de las infancias. Crecimiento que debemos interpelar, haciendo advenir a ambos fenómenos como analizadores privilegiados de los procesos de construcción de subjetividad.

Ambos procesos poseen su auge a mediados del siglo XIX, en un contexto socio histórico particular que permitió el despliegue de nuevas lógicas societales, basadas en políticas de intervención en lo social y familiar, cuya principal característica era una mirada médico-hegemónica (Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, s.f.).

Se entiende por medicalización al proceso mediante el cual, problemas inherentes a la vida cotidiana son trasladados hacia el campo médico, produciendo una expansión del diagnóstico y el tratamiento médico a situaciones que, con anterioridad, no eran visualizadas bajo esa perspectiva, propiciando que sean abordadas como problemas individuales de determinación biológica (Untoiglich, 2014). En otras palabras, el proceso de medicalización consiste esencialmente en aislar un problema, nominarlo como enfermedad y reducir su causa a una sola dimensión del proceso salud-enfermedad cuidado: la dimensión biológica (Stolkiner, 2013).

Ahora bien, este proceso se encuentra anudado a otro, el de patologización que es, por así decirlo, la otra cara de la moneda del fenómeno de la medicalización. Ambos se encuentran intrínsecamente relacionados.

Gisela Untoiglich (2014) plantea que nos encontramos ante un hecho de patologización cuando características inherentes a lo humano (tristeza, rebeldía, timidez) advienen patologías. Por su parte, Stolkiner (2013) denomina a este fenómeno como “dupla normalización-patologización” afirmando que supone una utopía de malestar cero que lleva a considerar las vicisitudes propias de la vida en términos psicopatológicos, para que luego advengan suprimibles medicamente.

Es esta relación intrínseca entre ambos procesos la que lleva a Stolkiner (2013) a trabajar los procesos de medicalización-patologización como una dupla, dado que la transformación de características inherentes a lo humano en patologías constituye el primer paso para propiciar que dichas patologías advengan tratables médicamente

De esta manera, el resultado de ambos procesos, propios de la sociedad capitalista que mercantiliza el lazo y tiende a la homogeneización rechazando las diferencias, pueden resumirse en tres aspectos: reducción del sufrimiento humano a la dimensión biológica, negación de las determinaciones históricas y sociales del sufrimiento y, en concordancia, borramiento de la sociedad como productora de subjetividad. Es decir, negación absoluta del hecho de que todo ser humano se constituye en el marco de una historia social y familiar (Janin, 2019).

Lo expuesto demuestra que dichos fenómenos son procesos sociales complejos y que, en tanto tales, todos estamos atravesados por sus lógicas. Es decir, las prácticas en salud, productoras de subjetividad, no son ajenas a los mismos. Por el contrario, se encuentran absolutamente atravesadas por la hegemonía de esta máquina medicalizante y patologizadora. La Salud Mental, como parte integrante del campo de la salud en general, tampoco ha estado exenta de ello.

Gisela Untoiglich (2014) describe cuáles son los pasos que instalan el proceso de patologización en el campo de la Salud Mental. Afirma que, en primer lugar, suele haber una búsqueda de causa unívoca y determinista que instala un paradigma de normalidad, donde todo lo que queda por fuera pasa a ser calificado en términos de anormal. En

segundo lugar, se construye una categoría que tiene por objetivo dar sentido a todo aquello que ocurre en el sujeto. Por último, esta categoría adviene la única forma en que la vida del sujeto puede ser leída, de modo que toda su historia (su pasado, su presente y su futuro) quedan atravesados por la misma.

En concordancia, Stolkner (2013) afirma que el proceso de medicalización no se revela únicamente a nivel macro-social, sino que se manifiesta en todo acto de salud. Planteamos en la introducción que, para dicha autora, el acto en salud involucra siempre dos elementos fundamentales: por un lado, una intervención objetivante, que se concreta por un triple movimiento que implica individualizar el proceso salud-enfermedad-cuidado, recudir el padecimiento psíquico a la psicopatología y ontologizar luego el cuadro psicopatológico. Por el otro, una intervención intercesora con el mundo subjetivo del usuario, que tiene en cuenta la dimensión histórica y social, propiciando un abordaje singular.

Ahora bien, como también se señaló allí, en los modelos hegemónicos de atención en salud (propios del contexto actual), la intervención objetivante suele ser la única posible y esto impacta de forma particular en la Salud Mental. Pensamos la Salud Mental como un campo que pone en juego prácticas potencialmente subjetivantes. Sin embargo, los procesos de patologización y medicalización propiciaron que las intervenciones objetivantes se inmiscuyan también en este campo. En salud Mental Infantil esta introducción se observa con absoluta claridad en el auge de etiquetas diagnósticas con las cuales se vislumbran las infancias actuales.

Si como afirma Janin (2019), “cada sociedad produce enunciados identificatorios sobre lo que sus miembros deben ser y hacer y cuáles son los requisitos para tener un lugar en ella” (p. 53), ¿cuáles son estos enunciados y como repercuten en las infancias?

Podemos decir que los enunciados actuales, sustentados en los procesos de medicalización y patologización, se caracterizan por un “para todos” los niños el mismo diagnóstico, tratamiento, destino y nominación, tomándolos como cuerpos homologables a cualquier otro, anónimo e indiferenciado (Espert, Iuale y Wanzek, 2019), lo cual borra de un plumazo la singularidad, las determinaciones histórico-sociales, trasladando toda causación a lo orgánico, lo biológico, lo interior al individuo. Nos encontramos “en una época en la que no se consideran los avatares del ser humano, en que todos tendríamos que ser máquinas que funcionen perfectamente” (Janin, 2019, p.13), en una época en la que el neoliberalismo espera que todo ser humano funcione igual y, para lograrlo, pone en juego procesos que resultan propicios para sostener la lógica societal que promueve.

Cuando estos procesos desubjetivantes interfieren en las infancias generan estragos porque “suponer que el otro debe ser una máquina (...) implica desvitalizarlo, lo que es equivalente al aniquilamiento de lo humano” (Janin, 2021, p. 10). En este sentido, podríamos decir que hacer del campo de la Salud Mental un campo plagado de intervenciones objetivantes equivale a deshumanizarlo, dado que el avance indiscriminado de la medicalización y patologización de las infancias enciende una alerta acerca de qué le transmitimos como Otro social a niños y niñas cuando instauramos que el único modo de regularse es el fármaco, no reconociendo las operaciones que se producen a partir y por el lazo con el Otro (Espert, Iuale y Wanzek, 2019).

En concordancia con lo planteado, es fundamental concluir este apartado estableciendo porqué hablamos de *las* infancias y no de *la* infancia: para propiciar una mirada plural que permita situar la experiencia infantil en un más allá de la lógica normalización-patologización. Hablamos de *las* infancias para instituir una nominación que privilegie las diferentes versiones de advenir niño, en relación a cada época y a cada contexto social, fundando el tiempo de las infancias como una experiencia única e irrepetible para cada niño, con un recorrido singular.

El plural permite escapar de esa idea de *la* infancia como categoría homogénea, como un tiempo de desarrollo rígido, lineal y uniforme para todos, lo cual conlleva inevitablemente a considerar como patológica cualquier desviación de la norma propuesta

(Janin, 2019). Tal y como sitúan Espert, Iuale y Wanzek, (2019) “la infancia no es replicable, es una por una y, por ende, no es clasificable” (p. 28). El plural permite dar cuenta de lo

7

que el constructo teórico de “la infancia” no puede recoger: “las variaciones que el entrecruzamiento entre lo singular y lo colectivo proponen” (Espert, Iuale y Wanzek, 2019, p. 28).

Esta concepción de la infancia y de la subjetividad que hemos puesto en juego, dista mucho de aquellas que reproducen los procesos de medicalización y patologización. Tal y como afirma Vasen (2011), la subjetividad que se desprende de las páginas de las diferentes versiones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) es más plana y funcional. Este modo de concebir la subjetividad “se ha difundido como resultado indirecto del empleo de clasificaciones aparentemente asépticas y científicas, pero que han demostrado ejercer efectos que no pueden tacharse ni de asépticos ni de científicos, sino más bien de tecnocráticos, patologizantes y medicalizantes” (Vasen, 2011 p.10).

*Difícilmente la psicopatología sola pueda dar cuenta de la complejidad de los problemas que atraviesan las infancias y adolescencias actuales, su utilidad como herramienta para la clínica se desvanece cuando se le requiere ser explicación única y, más aún, cuando sucumbe a la lógica de la medicalización.*

Los fenómenos de patologización y medicalización tienen diferentes rostros. Como dijimos en el apartado anterior, uno de ellos es el diagnóstico categorial, tan en auge en el tiempo actual de las infancias, auge que no es sin efectos. Por ello, resulta fundamental interrogar el uso que se hace del diagnóstico en Salud Mental Infantil en la actualidad, reflexionando si dicho uso responde a una extrapolación de la noción de diagnóstico del campo médico al campo de la Salud Mental.

Entonces, ¿de qué se habla cuando se habla de diagnóstico? ¿Es lo mismo diagnosticar que clasificar? La Real Academia Española (2022) plantea el diagnóstico en los siguientes términos: “arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos”, así como también “calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte”. Retomando estas dos definiciones, Michalewicz (2017) plantea que diagnóstico puede referir tanto al acto de conocer la naturaleza del objeto como a la calificación. Por lo cual, resulta fundamental diferenciar el *proceso* diagnóstico de las *etiquetas* diagnósticas, entendiendo a estas últimas como “el conjunto de significantes con que se pretende nombrar los diversos trastornos mentales, cuadros clínicos, estructuras o enfermedades que componen determinado ordenamiento nosológico categorial” (p.45).

Nos encontramos en el presente con una clínica psicológica que privilegia la categoría y no el proceso, una clínica simplificada que confunde descripciones fenoménicas con diagnósticos psicopatológicos (Untoiglich, 2013). Por lo cual, podemos interrogar ¿Qué consecuencias genera que en Salud Mental Infantil se privilegie la clasificación, la descripción fenoménica y no el acto de conocer? ¿Cuáles son los efectos -mejor dicho, los estragos- que ello produce en una subjetividad en ciernes?

Para responder a este interrogante es preciso plantear como se comprende, desde la perspectiva psicoanalítica, el proceso de constitución subjetiva del niño. Ya en *La interpretación de los sueños*, Freud (2008) situó el desvalimiento inicial del ser humano y la necesidad de un auxilio ajeno para su supervivencia. Así, planteaba:

El niño hambriento llorará o pateará inerte. Pero la situación se mantendrá inmutable, pues la excitación que parte de la necesidad interna no corresponde a una fuerza que golpea de manera momentánea, sino a una que actúa continuamente. Sólo puede sobrevenir un cambio cuando por algún camino (en el caso del niño, por el cuidado ajeno) se hace la experiencia de la *vivencia de satisfacción* que cancela el estímulo interno (p. 557)

En concordancia, y siguiendo sus aportes, Esteban Levin (2010) plantea que en el recién nacido el estado de indefensión es tal que la dependencia del Otro se vuelve absoluta. Los primeros años de vida están marcados por la urgencia de resolver las necesidades que el recién nacido presenta. Ahora bien, como el pequeño no puede enunciar lo que le ocurre, la madre (o quien ejerza su función) deberá decodificarlo.

La decodificación y satisfacción de la necesidad a partir del cuidado ajeno produce, nos dice Freud, dos huellas mnémicas en el aparato psíquico: la de la necesidad y la de la satisfacción, las cuales quedarán desde entonces vinculadas, asociadas entre sí. Aquí nace la pulsión sexual apuntalada en las pulsiones yoicas.

9

Lo planteado es una forma de decir que el medio ambiente del recién nacido no debe ser pensado únicamente como un conjunto de estímulos externos, neuronales o cognitivos, sino que se trata de un ambiente encarnado por el funcionamiento materno, por un “modo intensamente afectivo y libidinal, seductor y deseante, que hace que el pequeño entre en el lenguaje y erogenice su cuerpo” (Levin, 2010, p. 49).

Hablamos entonces, desde el psicoanálisis, de un cuerpo atravesado por el lenguaje, un cuerpo erógeno, con una sexualidad que no es innata, sino que es

justamente quien ejerce la función materna la que, con sus cuidados (higienizarlo, moverlo, mimarlo, etc.), adviene fuente libidinal e introduce la pulsión sexual en el niño. Es decir, la pulsión es introducida a partir de ese Otro primordial encargado de la crianza (Carletti y Duggan, 2021). En este punto, dicha conceptualización permite tomar distancia de la noción de cuerpo que se pone en juego en las Ciencias Médicas, donde se lo piensa como un organismo biológico-anatómico. Para el psicoanálisis, tal y como sitúa Minnicelli (2019), “cada nuevo ser humano no es solo cuerpo biológico (...) cada nueva vida viable, necesita ser alojada e inscrita en una matriz simbólica, de referencia social” (p. 9). Venir al mundo es entonces venir al lenguaje. La vida de un niño comienza “en la trama simbólica que entre palabras, sueños y promesas tejieron sus padres mucho antes de ser engendrado” (Carletti y Duggan, 2021, p. 152) y de la que, una vez nacido, deberá apropiarse para advenir sujeto. Podemos decir entonces, que el momento del parto -el nacimiento biológico- no coincide con el nacimiento del sujeto. Es esa primera relación afectivamente intensa la que permite este último nacimiento. El cachorro humano no precisa únicamente de la satisfacción de sus necesidades biológicas, sino también de esta primera relación fundamental y fundante, que lo inviste libidinalmente. La experiencia de René Spitz <sup>1</sup>lo demuestra fehacientemente.

Tal y como afirma Levin (2010)

en la intensidad de esta primera relación afectiva, él bebe queda marcado psíquicamente. Esas huellas son reprimidas (represión originaria) y conforman el aparato psíquico del pequeño, a partir del cual se reconoce, historiza, y puede construir la propia imagen corporal (p. 48).

Esta imagen se configura y estructura en la relación primordial con el Otro. Lacan (2007) sitúa dicha configuración en el marco del estadio del espejo. Postula que el mismo muestra la reacción jubilosa del niño cuando se capta en el espejo, cuando reconoce su imagen como propia. En ese instante, el niño se ve en el espejo y vuelve hacia quien lo sostiene con la posibilidad de que esa imagen sea reconocida como propia. Es decir, con la posibilidad de que el Otro ratifique el valor y la autenticidad de esa imagen. Este momento, el investimento de la imagen especular, constituye un momento fundamental, dado que, tal como afirma Lacan

El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio infans, nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo [je] se precipita en una forma primordial (Lacan, 2009, p. 2)

El yo se configura entonces como resultado de este momento fundamental. No hay relación posible del niño con su cuerpo si no está mediada por el deseo y el cuerpo materno

<sup>1</sup> En el año 1940 Rene Spitz realiza una experiencia clínica singular, en la cual descubrió lo que se denomina “hospitalismo”. Se trataba de bebés internados, por prematurez u otros accidentes tempranos, en hospitales que contaban con la mejor tecnología de la época y les brindaban una alimentación adecuada. Sin embargo, los bebés enfermaban y hasta morían. Spitz apuntó a que ello se debía a que los bebés recibían de todo menos trato y contacto humano. Es decir, eran bien manipulados en tanto objetos-organismos, pero nadie los pensaba como subjetividades, nadie se vinculaba afectivamente con ellos (Rodulfo, 2013).

constituye a través de acontecimientos subjetivos (Levin, 2010).

Lo planteado permite situar entonces que el niño es un ser a advenir y que las infancias deben ser pensadas como un tiempo donde la subjetividad se encuentra aún en ciernes (Untoiglich, 2013). Es decir, las infancias se caracterizan por ser un tiempo donde el psiquismo del niño está en constitución, por ser un tiempo de transformaciones continuas, de crecimiento permanente, donde la subjetividad se está conformando y, este proceso de conformación, se da en un intercambio. El niño debe ser entendido en términos de “un psiquismo en estructuración, estructuración signada por otros, en un devenir en el que los movimientos constitutivos, fundantes, se dan desde un adentro-afuera insoslayable” (Janin, 2012, p.11).

Decir que el niño se constituye a partir de otros, implica sostener que las significaciones que los adultos le otorgan, son determinantes, estructurantes de su ser. Desde el nacimiento, el niño se va identificando con los otros investidos libidinalmente, armando una representación de sí a partir de lo que estos le proponen, representación que tendrá entonces que ver mucho más con el espejo que con una mirada objetiva, la cual es imposible (Janin, 2019).

Todo lo expuesto habilita el siguiente interrogante: ¿Qué sucede cuando estos otros primordiales sólo pueden visualizar al niño desde una etiqueta, desde un cuadro nosográfico? Más aun, ¿Qué acontece cuando, quienes deben habilitar un espacio de escucha para los niños, no pueden sacarse de los lentes las etiquetas diagnósticas?

Cuando la mirada que le devolvemos a este otro en proceso de constitución es una categoría acabada y cerrada, lo que generamos como consecuencia es que la imagen que ese niño se va a forjar de sí mismo este signada, marcada, por dicha categoría. Cuando el niño se busca en el otro, cuando intenta hallar una imagen unificada de sí y encuentra un rótulo diagnóstico, lo que se produce es un *impacto*. “Impactar, supone dar por sentado que en esa relación prevalece cierta violencia. De algún modo, lo que se produce es un choque, un encuentro brutal y repentino en un momento puntual de la historia” (Maschio, 2021, p. 65). Cuando lo que devolvemos a una subjetividad en ciernes es un sello indeleble, lo que producimos es un encapsulamiento del niño en una categoría que pronostica su futuro y que coarta toda posibilidad de transformación.

Tal y como afirma Janin (2013) cuando el niño es rotulado queda incluido en el mundo de una manera muy especial. El niño que se nombra a sí mismo identificándose con una categoría nosográfica, se supone siendo un rasgo que lo borra como sujeto. Aquí está la clave de toda esta problemática: rotular instala un movimiento desubjetivante, dado que se supone un déficit en lugar de un psiquismo en estructuración. Estructuración que, como dijimos, acontece

en relación a otros, que son los que libidinizan, otorgan modelos identificatorios, transmiten normas e ideales. Y son los que le devuelven al niño, como un espejo, una imagen de sí. Esta imagen constituye un soporte fundamental frente a los avatares de la vida. La posibilidad de quererse a uno mismo, de valorarse, tiene como fuente esa representación de nosotros mismos que nos fue legada durante los primeros años (Janin, 2013. p.8)

Entonces, ¿Cómo formar esa imagen de sí cuando se es rotulado, clasificado y ubicado como portador de un déficit? ¿Cómo advenir subjetivamente cuando el movimiento, la transformación propia de las infancias queda coagulada en una etiqueta?

Es innegable que el otorgamiento de un diagnóstico psicopatológico en la primera infancia trastoca todo lo imaginario y esperado por quienes asumen las función materna y paterna. Rompe aquello que Freud (2013) denominó como “*His Majesty the baby*”, quien “debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres” (p. 88), produciendo que el niño no sea acogido plenamente en una experiencia del nosotros y generando, por lo tanto, un impacto en su conformación subjetiva. El niño se presenta siempre en un imaginario parental, imaginario que sin dudas se trastoca cuando

tempranamente se le dice a quienes ejercen las funciones primordiales desde que lupa visualizar al niño.

11

Siguiendo a Carletti (2021), podemos afirmar que el arribo de un diagnóstico en el seno familiar puede ser algo *traumático*, en el sentido en que lo trabaja Freud en “Más allá del principio de placer, es decir, como “una situación para la cual no se estaba preparado y que produce un fuerte impacto, no solo en el narcisismo de los padres sino además en la economía psíquica” (p. 26). No podemos desconocer entonces que el diagnóstico reducido a la simple dimensión de una etiqueta produce como consecuencia una ruptura de ese lazo primario fundamental para la conformación subjetiva del niño.

Es por todo lo anteriormente mencionado que resulta fundamental dislocar la lectura diagnóstica de las categorías psicopatológicas. Clasificar es producir un encapsulamiento del niño en una categoría que pronostica su futuro, es transformar el valioso *proceso* diagnóstico en *profecía autocumplida*, es decir, en “una predicción que, una vez emitida, es en sí misma la causa de que ésta se transforme en realidad” (Untoiglich, 2016, p.23).

La lógica clasificatoria se singulariza por eliminar la dimensión inter-subjetiva de la constitución del niño. Cuando se realizan diagnósticos categoriales, es decir, cuando se pone un rótulo diagnóstico tomando en cuenta únicamente las conductas manifiestas del niño, sin profundizar en las diversas causas -subjetivas, inter-subjetivas, histórico-sociales que pueden estar en juego, “se corre el riesgo de transformar la clínica en una serie de procedimiento burocráticos, que dejan a salvo a quienes lo ejecutan pero no abordan los problemas subyacentes que ocasionan dicho sufrimiento” (Untoiglich, 2013, p.86).

De esta manera, poner un rótulo diagnóstico no es haber realizado un *proceso* diagnóstico. Esta diferencia es fundamental, porque lo que se observa en la actualidad es que el *proceso* diagnóstico queda soslayado, encapsulado en una nomenclatura que adviene como resultado de la aplicación de cuestionarios estandarizados que desconocen la incidencia de los vínculos tempranos y del contexto histórico-social en el niño.

La etiqueta diagnóstica, a-histórica, a-cultural, a-social, hace del diagnóstico un fenómeno desubjetivante. Cuando se médica para acallar angustias sin preguntarle al niño qué es lo que le pasa, cuando se confunden *dificultades* en la constitución psíquica con *trastornos* orgánicos, cuando se sanciona al niño sin otorgarle un lugar como sujeto, cuando se brinda una categoría a partir únicamente de la valoración de conductas y rendimientos que se consideran trastornados, se están instalando movimientos desubjetivantes, cuya característica esencial es justamente el no reconocimiento del otro como alguien con deseos, afectos y pensamientos. Estos movimientos desubjetivantes producen como consecuencia un nombre impropio que adviene desde entonces, para el niño, referente único (Vasen, 2011).

Es importante señalar, tal y como sitúa Harraca (2020), que es de la mano del paradigma de la psiquiatría y de las terapias cognitivo-comportamentales que se constituye un criterio diagnóstico basado en el déficit, que encasilla al niño en un síndrome o trastorno y relega su tratamiento a la reeducación. Esta forma clasificatoria y homogeneizante de comprender el diagnóstico dista mucho de la que se pone en juego en la práctica psicoanalítica. Tal y como afirma Janin (2014), “desde el psicoanálisis no confundimos síntoma con cuadro psicopatológico, no encuadramos niños, sino que tratamos de desarmar aquello que determina, de un modo singular, esa dificultad” (p.34).

El diagnóstico como proceso artesanal: intervenciones subjetivantes en la clínica con niños

*La infancia es rizomática, se transforma y rompe cualquier pronóstico.*

Marcelo Rocha

Espert, Iuale y Wanzek, (2019) plantean que es necesario pensar las posibilidades de reconfiguración de los dispositivos que abordan las infancias. Consideramos que esta reconfiguración exige otorgarle al diagnóstico un nuevo estatuto, dado que ante “lo raro”, ante aquello que no responde a los cánones esperables “la función de los escenarios que constituyen infancias suele concluir en un llamado a un Otro completo, a un Otro que aportaría las garantías (evaluando, diagnosticando, tratando) y entonces, queda abierta la pregunta por cómo responder” (Espert, Iuale y Wanzek, 2019, p. 199).

Con el propósito de cernir este *cómo responder*, lo que proponemos con respecto a la formulación del diagnóstico en Salud Mental Infantil, es dislocarlo de su variante clasificatoria para otorgarle otro estatuto que permita inscribirlo, ya no en una dimensión objetivante, sino en una *intervención subjetivante*.

Siguiendo los aportes de Minnicelli (2013), podemos establecer que la apuesta es entonces poder hacer del diagnóstico una *ceremonia mínima*. En la actualidad, el diagnóstico constituye un acto que se repite en la cotidianidad del ejercicio profesional mediante dichos y hechos (nomenclaturas, etiquetas, aplicación de test, etc.) cada vez más frecuentes, por lo cual debemos hacerlo advenir unidad de análisis para propiciar allí una escucha activa que pueda analizarlo y hacer de lo dicho otros decires. Hacer del diagnóstico una ceremonia mínima implica

otorgarle carácter de invención, de creador de condiciones de posibilidad subjetivantes, que implica necesariamente entender que el poder (hacer) no se aloja en las grandes estructuras de manera exclusiva, sino que se sostiene en detalles mínimos, en la palabra, en el decir diario, en la posición de cada sujeto en lazo con otros (Minnicelli, 2013, p. 55)

Pensar el diagnóstico como ceremonia mínima es transformarlo en una instancia de intervención que implica un reposicionamiento subjetivo de los adultos ante los Niños, Niñas y Adolescentes permitiendo desarticular discursos encriptados en el orden social, los cuales van ligados hoy a lógicas normalizantes y patologizadoras.

Con el objetivo entonces de propiciar otros decires, proponemos pensar el

diagnóstico como un *proceso artesanal*. Proceso porque, tal y como sitúa Untoiglich (2013), nunca es en un único encuentro que se puede establecer qué le ocurre a un niño, sino que ello implica un tiempo que está enmarcado por la transferencia y las múltiples determinaciones del malestar de ese sujeto. Artesanal, porque tal y como sitúa Bloj (2009), “a diferencia del trabajo industrial, ninguna pieza será igual a la otra. No encontraremos dos diagnósticos idénticos si se atendió a los aspectos particulares de un determinado sujeto” (p. 24).

Concebir que el diagnóstico se constituye de manera artesanal permite cuestionar la existencia misma de las etiquetas diagnósticas, dado que dos niños no tendrán nunca, si lo construimos artesanalmente, el mismo diagnóstico, aunque el rótulo que se utilice para nominarlo lo sea. Tal como sitúa Untoiglich (2013) “no existen diagnósticos listos para ser llevados” (p. 62), los diagnósticos se construyen en el espacio transferencial y es esto lo que le da su forma artesanal. Jorge Larrosa (2020) plantea la posibilidad de pensar al profesor como artesano, afirmando que el profesor no es un autor sino un lector que da a leer; su voz y su escritura no se sostienen en un discurso, sino que proponen y acompañan un curso. Pensar al diagnóstico como proceso artesanal implica hacer extensiva esta forma artesanal de concebir al profesor a la totalidad de los profesionales que abordan las

13

infancias. En ese sentido, como profesionales del campo de la Salud Mental debemos propiciar que el saber no sea aquello que portamos de antemano sino aquello que construimos en el espacio transferencial con un otro, con ese Niño, Niña o Adolescente que es absolutamente singular.

Desde esta perspectiva, y como se situó en la introducción, el diagnóstico se erige en la práctica profesional como *mapa* y no como territorio. “Un mapa es un modelo que pretende orientar, guiar, señalar lugares de interés” (Lebovic, 2019, p. 91) sin delimitar un territorio ni una única ruta posible. Concebido de esta forma, el diagnóstico se configura como una guía, una brújula orientadora del sufrimiento psíquico del niño que permite formular estrategias de intervención. Mapa y no territorio, porque no es una formulación certera y definitiva sino una hipótesis provisoria de trabajo que se construye en un devenir que va modificándose, por un lado, por el proceso de maduración propio del crecimiento del niño, y, por el otro, por el trabajo mismo que el profesional va realizando con el niño y su familia, dado que cada encuentro con un otro significativo propicia una oportunidad para que sucedan todo tipo de variaciones y movimientos que resultaran fundantes para esa subjetividad en ciernes (Espert, Iuale y Wanzek, 2019)

De este modo, siguiendo los aportes de Janin (2006), podemos afirmar que una forma de salir de la encrucijada que plantean las etiquetas diagnósticas es sostener que

Lo que hay que detectar es el sufrimiento de un niño. Por eso, mucho más que diagnosticar de qué tipo de trastorno psíquico se trata y ponerle un nombre, mucho más que “tipificar”, “catalogar” algo, el tema es entender cuáles son las determinaciones de una dificultad, cuáles son las conflictivas que expresa y a quiénes incluye (Janin, 2006, p.89)

En este sentido, el diagnóstico se configura como una detección oportuna que permite instalar las condiciones de posibilidad de un trabajo clínico que tome en cuenta las dificultades sin aplanarlas, evaluando al mismo tiempo los múltiples factores concomitantes que pueden estar en juego (Untoiglich, 2017). Pensar el diagnóstico como detección oportuna implica poner a trabajar tempranamente en el proceso de conformación subjetiva aquello que Untoiglich (2017) denomina como “señales de alarma” sin transformar las mismas en predicción psicopatológica.

Se observa entonces que esta manera de concebir el diagnóstico permite despojarnos de la dupla normalización-patologización que hace del diagnóstico una mera etiqueta, permitiendo cernir al mismo como una intervención subjetivante.

Instituir al diagnóstico como intervención subjetivante implica desarmar las certezas. Janin (s.f.) plantea que es necesario desmontar la expresión “tiene tal o cual diagnóstico” para poder ubicar al niño como un ser sufriente que muestra cómo puede lo que le acontece. En este sentido, abandonar las certezas implica sustituir el interrogante “¿qué tiene?”, que muchas veces ni siquiera se formula porque se instaura una respuesta anticipada (“algo tiene”) y que supone un “circuito que, al modo de crónica de una muerte anunciada, termina sancionado sin demasiada interrogación un determinado trastorno” (Espert, Iuale y Wanzek, 2019, p. 146) por la pregunta humanizante sobre qué le pasa a este niño.

Asimismo, es fundamental desarrollar estrategias creativas que permitan investir al niño como sujeto, concibiéndolo como un ser en vías de conformación, cuya subjetividad está aún en ciernes. Si frente a la pregunta por el diagnóstico podemos instalar que

El niño va cambiando, que es uno hoy, pero fue otro ayer y será otro mañana, y que, entonces, dar un diagnóstico sería como tomar una foto que inevitablemente va ser vieja en poco tiempo, le vamos dando la posibilidad de poner en movimiento lo que en él se ha rigidizado (Janin, 2014 p.126)

14

Este movimiento permite soñar un futuro para el niño, instaurar un por-venir. En el ejercicio de nuestra práctica profesional debemos posicionarnos como un otro que sea capaz de ilusionar al niño, dado que “es nuestra responsabilidad como adultos/as, donde sea que nos toque estar con niños y niñas, propiciar la creación de un porvenir, en lugar de obtener la ilusión poniendo de entrada una certeza en un destino” (Carletti y Duggan, 2021, p. 164).

Pensar al diagnóstico como intervención subjetivante implica no confundir problemáticas a descubrir y acallamiento del síntoma. Si nos proponemos únicamente acallar el síntoma corremos el riesgo de transformar al niño en una marioneta que lo desconoce como sujeto (Janin, 2014). Esto no implica que no nos importe que el síntoma desaparezca, sino que nuestra labor instaura un camino inverso: modificar las determinaciones de las que ese síntoma es efecto, lo cual diferencia la práctica psicoanalítica de aquella 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” (Dueñas, 2013, p.2).

En otras palabras, las lógicas normalizantes y patologizadoras plantean el síntoma como aquello que no anda, reduciéndolo a un mero signo constituido por características observables que puede detectarse rápidamente. La situación se revierte en el marco psicoanalítico, donde se jerarquiza la cara problema del síntoma, es decir, qué significa este síntoma para quien lo padece y para quienes están implicados en él, convocando al sujeto a hablar, a poner en palabras aquello que le acontece (Dueñas, 2013).

Asimismo, esta nueva forma de concebir el diagnóstico permite encauzar un movimiento que propicia el pase del estatuto óptico al ético (Espert, Iuale y Wanzek, 2019) dado que al definir al diagnóstico como un proceso artesanal desmontamos la lógica homogenizante, señalando la singularidad de cada niño y cada proceso diagnóstico a realizar. El psicoanálisis “tiene como marco la ética de la experiencia singular –de lo uno por uno–” (Espert, Iuale y Wanzek, 2019, p. 76), es decir, el discurso analítico no responde al ideal universal, al “para todos igual” sino que se rige por la excepcionalidad del uno por uno, considerando al ideal universal como “imposible por

estructura, desde el momento en que cada sujeto se enlaza a la cadena significativa del Otro de un modo sintomático particular e inédito” (Espert, Iuale y Wanzek, 2019, p. 77)

El proceso diagnóstico tiene aún otra arista más, la cual es fundamental considerar cuando el mismo se realiza en tiempos de advenimiento subjetivo: la incertidumbre. En el ejercicio profesional con Niñas, Niños y Adolescentes debemos ser capaces de respetar los ritmos de cada uno de ellos, sin querer acallar a través de categorías, nombres y etiquetas, la angustia que muchas veces genera la presencia del “no saber”.

Nos encontramos inmersos en una sociedad capitalista que nos brinda la mejor solución: una clasificación que permite no sólo “saber” qué le pasa al niño, liberando la angustia que la incertidumbre genera, sino también “saber cómo resolverlo” y, sobre todo, como resolverlo de forma rápida y superficial (Carletti y Duggan, 2021). Posición que no permite interrogar qué quiere decir cada niño/a con su síntoma, el cual es siempre una interpelación al otro.

Por ello, resulta fundamental que como profesionales no nos ubiquemos desde un “ya-sabido”, desde certezas que nos llevan a clasificar al otro perdiendo su singularidad, sino que debemos pensar desde la complejidad, ubicando al otro como humano, aunque ello sea difícil y un tanto angustiante, dado que uno se puede reconocer en el otro como semejante y en sus miedos y dolores como cercanos (Janin, s.f.). Tal y como sitúa Harraca (2020), en la clínica psicoanalítica no hay un “saber para todos”, dado que el saber en un análisis ocupa el lugar de la verdad, no de lo verdadero, sino de la verdad singular de cada sujeto. Verdad relacionada con las vicisitudes de cada cual y la respuesta singular que el mismo da.

En este sentido, ubicarnos no desde la certeza sino desde la incertidumbre permite comprender que iniciar un proceso clínico

15

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 (...) y así calmar la propia angustia con la falsa ilusión de que -encontrando el nombre- se encuentra también el modo, la manera de solucionarlo (Gonzales, 2001, en Dueñas, 2013, p. 9).

La lógica de lo artesanal, concordante con la ética del psicoanálisis, nos permite distanciarnos de esta postura, tolerar la incertidumbre y apostar, no al acallamiento de aquello que resulta disruptivo, sino “al advenimiento del sujeto del inconsciente, intentando no taponar ese lugar con ideales de éxito o efectividad” (Espert, Iuale y Wanzek, 2019, p. 78). Porque de lo que se trata no es de un trastorno, sino de lo que le pasa a ese sujeto singular, que expresa esa dificultad, en ese momento específico de su vida y en el contexto particular en el que se encuentra inmerso.

Se trata, no de buscar certezas ni garantías que permitan aligerar la angustia del profesional, sino de tolerar la incertidumbre, de devolverle al síntoma su carácter de incógnita, para no obturar preguntas. La cuestión central no pasa por ponerle un nombre a una dificultad, sino por resguardar la condición subjetiva del niño para que no quede aplastada por el significante científico (Dueñas, 2019).

Es importante establecer que no estamos cuestionando la importancia y el valor que posee el diagnóstico en Salud Mental sino el uso que se ha hecho de él a partir de subsumirlo a lógicas medicalizantes y patologizadoras. No se trata de que no diagnostiquemos, sino de pensar al diagnóstico como punto de llegada y no de partida, como efecto de recorrido y no como anticipación. La mirada psicoanalítica no desconoce que hay niños con dificultades, pero sí pone en tela de juicio el modo en el cual ciertas corrientes psi han sugerido arribar al diagnóstico, proponiendo pensarlo como presuntivo

y revisable.

De esta manera, el diagnóstico tal y como proponemos pensarlo, es decir, como proceso artesanal e intervención subjetivante, implica una operación de singularización que insta un doble movimiento: de la certeza a la incertidumbre y de lo plural a lo singular, poniendo en escena la historicidad y la problemática de cada niño, la cual siempre tiene algo de ininteligible, irrepresentable e inclasificable, que nos impide catalogar (Dueñas, 2019).

Se trata entonces de un estatuto del diagnóstico que se conforma más allá de los clichés. Según la Real Academia Española (2022) el término cliché implica una idea o expresión demasiado repetida. Podríamos decir, una expresión que, de tan repetida, se gasta, pierde su sentido. Consideramos que las etiquetas diagnósticas (TEA, TEL, ADHD) han advenido en el ejercicio profesional de psicólogo un cliché, que no aporta nada sobre la singularidad del niño, su historia de vida y el contexto en que se encuentra inserto.

Por ello, el sentido que le hemos otorgado al diagnóstico en este trabajo se constituye en las ruinas del diagnóstico entendido en términos de cliché, de clasificación y se inserta dentro de lo que Leila Wanzek (2019) denomina como *perspectiva psicoanalítica de la primera infancia situada en (con)texto*, la cual intenta

diferenciarse de aquellos abordajes tendientes a universalizar, homogeneizar y des(con)textualizar la experiencia subjetiva de lo infantil, de Un/a niño/a diferente a cualquier(a) otro" (.). Es decir, una perspectiva que va a contrapelo de aquellas que rompen las tramas subjetivas (...) que entretejen las realidades infantiles (Espert, Luale y Wanzek, 2019, p.175).

Proponemos un diagnóstico más allá de los clichés porque, tal y como afirma Rodulfo (2010) si bastasen para representar al niño su nombre y su apellido -su diagnóstico, podríamos agregar- no tendríamos campo para trabajar.

En este sentido, el diagnóstico planteado en estos términos es concordante con lo que Harraca (2020) denomina "clínica emancipadora", una clínica que apuesta al nombre propio del sujeto, que plantea, transferencia mediante, intervenciones que posibiliten una

16

especie de libertad de cualquier sujeción en la que está tomando un analizante. Por lo tanto, "el diagnóstico en psicoanálisis se realiza en la relación a la posición subjetiva del analizante, a su historia, y a los significantes que lo determinan. El DSM IV no tiene nada que hacer aquí (p.7)

Es por todo lo mencionado hasta aquí que concordamos con Espert, Luale y Wanzek (2019) en que el abordaje del padecimiento subjetivo de las infancias requiere de una rigurosa posición clínica y ética que se desentienda de perspectivas reduccionistas, clasificatorias, estigmatizantes y, por tanto, deshumanizantes del niño desde su más temprana infancia. Por ello, quienes desarrollamos nuestra praxis con Niños, Niñas y Adolescentes, debemos revisar críticamente los lentes de infancia que cada quien porta porque la infancia también interpela al adulto, lo convoca y lo atraviesa. En otras palabras, la infancia no es sólo la del niño sino también su residuo: lo infantil que resta en cada uno y que pugna por irrumpir (Espert, Luale y Wanzek, 2019).

## Conclusión

En la introducción señalamos una diferencia fundamental entre intervención objetivante e intervención subjetivante. A lo largo del desarrollo de este trabajo fuimos cerniendo al diagnóstico, reducido a su dimensión clasificatoria, del lado de las intervenciones objetivantes y situando que el campo de la Salud Mental se singulariza por prácticas subjetivantes. Por lo cual nos encontramos con una contradicción: la emergencia de una intervención objetivante, el diagnóstico categorial, en un campo, la Salud Mental, cuya particularidad es, o debería ser, la singularidad y las intervenciones subjetivantes.

Dicha contradicción propició la emergencia del interrogante que se constituyó en

motor de este trabajo: ¿Qué lugar otorgarle al diagnóstico en las prácticas de Salud Mental Infantil? ¿Se trata de eliminarlo por completo o de ligarlo a una modalidad de abordaje que permita que el diagnóstico no quede reducido a la dimensión de una etiqueta?

Fuimos estableciendo que no cuestionamos el valor y la importancia que posee el diagnóstico en el ejercicio profesional del Psicólogo, sino la necesidad de operar, en el campo de Salud Mental, con una noción de diagnóstico que se aleje de la mirada médico hegemónica y desmonte las lógicas medicalizantes y patologizadoras. En este sentido, propusimos pensarlo como un *proceso artesanal* que va contracorriente de la época que habitamos, signada por el trabajo industrial, la lógica del “para todos igual” y las soluciones rápidas.

Interpelar la noción de diagnóstico condujo a cuestionar la noción de infancia que se encuentra encriptada en el orden social y que, muchas veces, se nos vuelve invisible a los ojos. Cada momento histórico-social construye lo que se comprende por “normal” y “patológico”, lo que aparece como “patológico” en un niño en una época determinada, sea quizás considerado como normal en otra, porque la tolerancia de la sociedad a lo infantil se funda sobre la representación de la infancia que se desprende de cada momento histórico-social. Por lo cual, es pertinente preguntarnos como profesionales del campo de la Salud Mental: ¿Qué representación de las infancias nos ofrece hoy la sociedad? ¿Qué estrategias y políticas públicas se proponen para abordarlas? ¿Están regidas éstas por la lógica societal homogeneizante o permiten una mirada singular de los Niños, Niñas y Adolescentes?

Estos interrogantes permiten reflexionar sobre porqué pese al gran avance en materia de derechos y formulaciones legislativas en nuestro país, aun se cuelan, sobreviven y actualizan en el campo de la Salud Mental intervenciones objetivantes que no permiten abrir espacios de escucha ni atender a la singularidad de cada caso particular.

Hoy, y cada vez más, las infancias nos exigen pensar nuevas estrategias y modos de abordaje que no reduzcan la cuestión a una disfunción neuroquímica (Espert, Iuale, Wanzek p. 37). En este sentido, este trabajo tiene la intención de constituir un aporte para seguir reflexionando sobre la importancia de sostener, en el ejercicio profesional del psicólogo, una ética de la singularidad, del uno por uno, que permite ubicar a los Niños, Niñas y Adolescentes como sujetos deseantes, con historia y porvenir, sin hacer del sufrimiento un “trastorno” de por vida.

Todo lo desarrollado hasta aquí tiene entonces la pretensión de aportar ciertas coordenadas que permitan problematizar concepciones y prácticas que resultan iatrogénicas, como el uso y abuso de los diagnósticos en las infancias, y plantear alternativas posibles que vayan contracorriente de todo intento de desobjetivación y maquinización del ser humano.

Pensar que el diagnóstico se construye de manera artesanal en el espacio transferencial es una forma de viabilizar intervenciones subjetivantes en las infancias y adolescencias que posibiliten experiencias singulares y humanizantes. La apuesta es entonces, tal y como sitúa Skliar (2020), a instituir la posibilidad de que la niñez se haga infancia y de que las infancias advengan por-venires libres de etiquetas.

## Referencias bibliográficas

Bloj, A (s.f.) “Filiación, genealogía y transmisión”. En *Filiación, niñez y género en clave*

*interdisciplinar*. Buenos Aires: Erreius

Bloj, A (2009). *Intervenciones en psicología educativa*. Rosario: Laborde

Carletti, C y Duggan, S (2021). Pulsión, narcisismo, cuerpo e infancias contemporáneas. En A. Maschio, Y. Romani, I. Carletti (Comp.) *Sobre afectos y efectos en infancias y adolescencias. Una apuesta al por-venir*. (pp. 149-166). Rosario: Laborde

Castoriadis, C (2004). *Sujeto y verdad en el mundo histórico-social*. México: Fondo de Cultura Económica.

Centro de Estudios Legales y Sociales (2019). La vida no cabe en un diagnóstico: los usos de categorías del campo de la salud mental con fines descalificadores.

Dueñas, G (2013). Intervenciones subjetivantes sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas. *En Revista de Actualidad Psicológica*.

Espert, J; Iuale, L; y Wanzek, L (2019). *La infancia intervenida. Ciencia, clínica y política*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Fernandez Miranda, J (2019). El trabajo de lo ficcional. Problemáticas actuales en clínica psicoanalítica con niños. Buenos Aires: Letra Viva.

Freud, S (2008). Sobre la psicología de los procesos oníricos. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S (2013). Introducción al narcisismo. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Harraca, F (2020) "El diagnóstico en la clínica psicoanalítica con niños y niñas". En *Segundas Jornadas Clínicas del CEA del Hospital Italiano de Rosario. ¿ESTA BIEN?*

Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (s.f.). Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. Recuperado de: Medicalización de la infancia\_ctapa-1.pdf (psico.edu.uy)

Janin, B (s.f.). *Intervenciones subjetivantes frente al sufrimiento psíquico*. Recuperado de: <https://beatrizjanin.com.ar/conferencias/conferencia-3er-simposio-publicacion-intervenciones-subjetivantes-frente-al-sufrimiento-psiquico.pdf>

Janin, B (2006). "El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones". En *cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. Recuperado de: Microsoft Word - El ADHD y los diagnósticos en la infancia -la complejidad de las determinaciones.doc (beatrizjanin.com.ar)

Janin, B (2012). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc

Janin, B (2013). La constitución subjetiva y los diagnósticos invalidantes. Recuperado de La constitución subjetiva y los diagnósticos invalidantes | Letra Urbana

Janin, B (2014). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc.

- Janin, B (2019). *Infancias y adolescencias patologizadas: la clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Janin, B (2021). *Prologo*. En A. Maschio, Y. Romani, I. Carletti (Comp.) *Sobre afectos y efectos en infancias y adolescencias. Una apuesta al por-venir*. (pp. 149-166). Rosario: Laborde
- Lacan, J (2007). *Libro 10: la angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J (2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. *Escritos I. México: Siglo XXI*
- Larrosa, J (2020). *El profesor artesano: materiales para conversar sobre el oficio*. Buenos Aires: Noveduc.
- Lebovic, A (2019). Cuando el mapa no es el territorio: de la patologización a la subjetivación. En *Cuestiones de Infancia. Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes*. Vol. 21, N°1.
- Levin, E (2010). *La experiencia de ser niño. Plasticidad simbólica*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Maschio, A (2021). Subjetividad, infancias y nuevas tecnologías: la vida en modo Facebook. En A. Maschio, Y. Romani, I. Carletti (Comp.) *Sobre afectos y efectos en infancias y adolescencias. Una apuesta al por-venir*. (pp. 65-86). Rosario: Laborde.
- Michalewicz, Alejandro, Obiols, Julieta, Ceriani, Leticia y Stolkiner, Alicia (2011). *Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Michalewicz, A (2017). *Prácticas en salud mental infanto-juvenil: entre la hospitalidad y el hospitalismo*. Buenos Aires: Noveduc.
- Minnicelli, M (2013). *Ceremonias mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo*. Rosario: Homo Sapiens.
- Real Academia Española (2022). Cliché. *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/>
- Real Academia Española (2022). Diagnóstico. *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/>
- Rodulfo, R (2010). *El niño y el significante: un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R (2013). *Los bebés saben jugar*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/subnotas/229309-65074-2013-09-19.html>

- Skliar, C (2020). *La niñez pierde la posibilidad de hacerse infancia*. Recuperado de: <https://www.lacapital.com.ar/educacion/la-ninez-esta-epoca-acelerada-pierde-la-posibilidad-hacerse-infancia-n2610383.html>
- Stolkiner, A (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Recuperado de: El sufrimiento psíquico y la medicalización de la vida (unlp.edu.ar).
- Telleria, R (2017). *La función de filiación en instituciones de alojamiento. Un análisis mediante ceremonias mínimas*. Recuperado de: La función de filiación en instituciones de alojamiento. Un análisis mediante ceremonias mínimas | Barquitos Pintados. Experiencia Rosario. (unr.edu.ar)
- Untoiglich, G (2011). *Prefacio*. En G. Dueñas (Comp.), *La patologización de la infancia ¿Niños o síndromes?* Buenos Aires: Noveduc.
- Untoiglich, G (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires: Noveduc.
- Untoiglich, G (2014). *Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica*. Recuperado de: Medicalizacion\_y\_patologizacion\_de\_la\_vi.pdf
- Untoiglich, G (2016). *Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. La clínica como oportunidad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Untoiglich, G & Stavchansky, L (2017). "¿Cuánto más temprano mejor? En *infancias: entre espectros y trastornos*. México: Paradiso editores.
- Vasen, J (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios: el DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc.

