

# Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia

Alicia Muniz

Autor referente: aliciam@psico.edu.uy

Facultad de Psicología, UdelAR

## Historia editorial

Recibido: 26/02/2013

Aceptado: 19/07/2013

## RESUMEN

El presente artículo ofrece algunas reflexiones en torno a la experiencia clínica con niños y sus familias en el Uruguay actual tomando algunos autores de diversas disciplinas. Se plantea la importancia de considerar las condiciones de producción de subjetividad que inciden en los modos de presentación de los niños y sus dificultades en diversas áreas. Asimismo se plantean cuestiones en torno a las instituciones involucradas en estos procesos de subjetivación como lo son la Familia, la

Escuela y la Salud, con sus discursos, padecimientos y prácticas actuales. Se observan las estrategias de abordaje en psicología clínica enmarcadas en las prestaciones de salud mental, advirtiendo efectos reduccionistas sobre la compleja situación de los niños cuyas conductas se patologizan a la luz de las exigencias epocales. Se propone para la psicología clínica una concepción del diagnóstico como acto promotor de sentido nuevo y preventivo de estigmatización y exclusión.

**Palabras clave:** Subjetividad; Infancia; Clínica

## ABSTRACT

This paper provides some reflections on the clinical experience with children and their families today in Uruguay, taking some authors from various disciplines. The importance of considering the conditions involving the production of subjectivity that affects the way children express their difficulties in various areas, is raised. This paper also raises questions about the institutions involved in these processes of subjectification such as the Family, the School and the Health, with their current

speeches, sufferings and practices. Clinical psychology approach strategies that are framed in mental health benefits are observed and the reductive effects on the complex situation of children whose behavior is pathologized in the light of current demands is taken into consideration. A conception of diagnosis as a promoter act of new meaning and as having a preventive effect on the stigmatization and exclusion is proposed for clinical psychology.

**Key Words:** Subjectivity; Childhood; Clinical

“El enrarecimiento de las pasiones alegres ante el predominio de las pasiones tristes-de acuerdo a los términos que consagra Spinoza en su Ética-debilita la condición humana, propicia una creciente cosificación. Somos, o parecemos ser, en el orden capitalista posmoderno, apenas instrumentos de algo que se nos escapa. Cuando la capacidad humana queda enmarcada en el concepto de recursos humanos, se nos instala en la serie de cosas que el sistema productivo requiere para su mejor funcionamiento. La convicción de que la medida del ser se ajusta a la magnitud de nuestra productividad ha invadido aun los rincones más secretos del lenguaje”.

Papalini, V y Schmucler, H. (2010)  
Prólogo a la edición en Español de “Las Pasiones Tristes. Sufrimiento Psíquico y Crisis Social” de Benasayag y Schmit

**E**l presente ensayo se propone analizar las problemáticas actuales de la clínica infantil a la luz de las condiciones actuales de producción de subjetividad. Para ello hemos tomado algunas líneas del pensamiento de autores contemporáneos provenientes de diversas disciplinas como lo son la Historia, la Medicina, el Psicoanálisis, la Sociología y la Psicología. A partir de allí reflexionamos sobre la clínica infantil que actualmente nos ocupa considerando asimismo, las condiciones actuales en las que se desarrolla nuestro trabajo y nuestro pensamiento desde la psicología clínica. Se incluyen consideraciones acerca de las prácticas sanitarias en lo que a las intervenciones clínicas se refiere y una visión crítica sobre los efectos de ello que se observan en la clínica.

### **Condiciones actuales para la producción de subjetividad**

Asistimos a una creciente patologización del sufrimiento de la vida cotidiana: cuándo parar, cuándo duelar, cómo no cansarse, qué hacer con la frustración, cómo y cuando usar curativos para los dolores físicos y psíquicos, entre tantos consejos para “vivir mejor”. Esto se ofrece como un modelo identificatorio, fuertemente inducido por el discurso mediático (la publicidad es la que informa acerca de cómo obtener bienestar y felicidad)

que se trasmite sin intermediarios hacia los niños, pero que simultáneamente no les impide percibir el grado de malestar en los adultos referentes aún cuando se consuman todos esos productos. Nos enfrentamos a la paradoja del ser y el tener como modo de existencia. Se propone un vivir anestesiado, no sentir dolor o evitarlo a toda costa (de índole física, moral o psíquica), conectándose con el presente cuando es gratificante o esperando la consecución de algún fin material para sentirse plenamente feliz. Cuando este anhelado estado de bienestar no adviene, surge el temor, el miedo. ¿Sólo los niños lo padecen o también los adultos tienen miedos? Los adultos temen dejar de pertenecer, temen caer en la exclusión del grupo que los identifica por un rasgo, sienten temor a detenerse, a no poder tolerar lo que el compromiso afectivo demanda. El vértigo de la sobrevivencia genera vínculos superficiales, obviándose así el trabajo necesario y no siempre gratificante de vincularse, lo que podríamos llamar “desapegamiento” hacia los otros en oposición a un excesivo apegamiento hacia las cosas.

Simultáneamente, se producen mandatos culturales sobre el qué hacer, qué tener y cómo ser frente a lo cual el deseo se confunde con la necesidad generada por el sistema, o sea por el mandato epocal que somete a adultos, adolescentes y niños sin distinción. Los padres temen no poder ser buenos padres, a no dar lo que se necesita para sobrevivir en estos tiempos, a no producir hijos exitosos y capaces de enfrentar las demandas de esta época y en esa tarea se van desdibujando las figuras parentales seguras, consistentes, permanentes.

Observamos un borramiento de las asimetrías generacionales, el niño sabe de todo, participa en todo, se transforma en un ser exigente e intolerante hacia quienes comparten su vida social y familiar mientras que el adulto desea permanecer joven (cuando no, adolescente) usando la misma ropa, jugando al play station con sus amigos, asistiendo a

los mismos boliches que los jóvenes, exigiendo para sí el derecho a divertirse y distenderse como si ello estuviera amenazado por su condición de ser padre/madre.

A la vez, cuando los adultos sucumben son los niños quienes sostienen a estos padres derrumbados, ya sea renunciando a expresar el propio dolor frente a quienes no pueden contenerlos o bien asumiendo funciones de cuidado con sus hermanos ante la falta de sostén parental.

Nos preguntamos ¿quién sostiene a quién en esta lógica? El niño queda desamparado ante la inestabilidad de sus padres.

Los niños empiezan a sentir miedo a sus semejantes, a los pibes chorros, a los niños que roban, a los que acosan en la escuela, produciendo algo del orden de lo ominoso en ese miedo al par que se vuelve amenazante.

No podemos dejar de mencionar el papel de las instituciones que intervienen en la constitución de la subjetividad infantil, ya que de hacerlo, estaríamos ubicando al niño en el lugar del único responsable de su sufrimiento.

Estas instituciones se han vuelto expulsivas e intolerantes ante lo diferente, donde se señala lo diverso. En medicina asistimos a la era de los manuales donde se clasifica la singularidad perdiendo de vista la complejidad de los procesos de subjetivación.

Se impone el Paradigma del Déficit al decir de González Castañón (2001, p. 28), en tanto déficit implica una descripción cuantitativa de un objeto comparado con un modelo previo. Ante la falta hay que reponer, restituir, integrar. Mientras que en el Paradigma de la Diferencia se incluye, se respeta, se piensa en subjetividades y no en modelizaciones de acuerdo al discurso único y hegemónico.

En las instituciones educativas dadas las condiciones de aula tanto como de formación de los maestros y debido a la intensidad de la conflictiva que presentan los niños hoy en día, la singularidad del niño es vivida como un obstáculo para cumplir con los objetivos de

aprendizaje. Aquel alumno que no se enmarca dentro de los parámetros que la institución tiene para accionar, es derivado a otro espacio junto a otros alumnos que no han podido adaptarse a las condiciones exigidas, lo cual tampoco garantiza éxitos en el aprendizaje.

En la familia vemos prácticas cotidianas en las que se produce un tiempo de hiperdiscriminación versus el tiempo del estar juntos: “mis tiempos” “mi espacio” son parte de un discurso cada vez más extendido y actuado a través de prácticas cotidianas como la cena individualizada en bandeja y frente al televisor personal.

Por otro lado, vemos a niños sobreocupados con actividades que no despiertan su interés mientras los padres están preocupados de mantenerse a flote en medio de tanta exigencia del mercado, así como también lo vemos en aquellos niños-mochila que cargan su ropero portátil porque en el afán de una equidad extrema, duermen cada noche en una casa diferente adaptándose a olores, costumbres, normas disímiles cada día, mientras no se adaptan en clase.

En el otro extremo podemos observar niños que quedan en solitario frente a la ausencia de alguna de las figuras parentales o bien, frente al cambio permanente de adultos que transitan por el hogar sin cuidado de los efectos que ello va dejando en los niños.

El hijo se vive como amenaza frente a las necesidades que los padres creen tener, padres precipitados hacia la caída de las funciones de sostén y de corte que deben estar a su cargo.

Es evidente que ni la escuela ni la salud pueden asumir tales funciones, pero lejos de compensarlas, acrecientan las brechas entre los adultos y los niños. En algún sentido, las instituciones deben ofrecer sostén para las familias, sobre todo en estado de vulnerabilidad social, pero aún no están preparadas para semejante desafío en tanto se siguen aplicando estrategias que poco tienen que ver con las demandas actuales. La violencia social termina reproduciéndose en la violencia institucional. Las instituciones

desfondadas, al decir de Corea y Lewkowicz (1999) han dejado de sostener aquello para lo que estaban hechas, entonces hay que revisar la cuestión de los procedimientos y de las lógicas imperantes para que cumplan con lo que se necesita. La escuela, junto a las instituciones de salud, se han transformado en un operador sanitario dada la insoslayable tarea de prevención que le compete.

Acordamos con Benasayag y Schmit (2010) cuando afirman:

"La violencia de una crisis semejante nos golpea de lleno, se expresa mediante una miríada de violencias cotidianas. Es lo que en nuestra jerga llamamos los ataques contra los vínculos, significativos de esa incapacidad para elaborar un pensamiento que nos saque de la crisis y de su corolario: la vida en la urgencia. Esto provoca una serie de pasajes al acto difíciles de reprimir" (p. 26).

### **La (s) Infancia (s) y la (s) Clínica (s)**

Proponemos denominar a la infancia y a la clínica en plural dada la complejidad de cada concepto y la imposibilidad de incluirlos en un singular que reduce la potencialidad que tiene cada término. Es además un ejercicio de pensamiento constante para evitar caer en la tentación de creer saberlo todo acerca de una infancia y de una clínica. Son conceptos que requieren una contextualización y precisión constante, es decir, de qué infancia(s) y de qué clínica(s) se está hablando.

Instituida recientemente (SXX) como campo de estudio tanto para las ciencias de la salud como para las de la educación, la(s) infancia(s) no permanece(n) ajena(s) a los cambios significativos que las tecnologías han producido tanto en el ámbito privado como en el público. El tema es tan complejo que toda pretensión de abordar la infancia desde una única disciplina o pensamiento sería empobrecedor.

Los niños fueron considerados adultos pequeños durante siglos, habiendo sido objeto de múltiples abusos que como denominador común, provocaron la desubjetivación de estos seres en desarrollo, privándolos de un deseo y un decir propio. In-fans es el que no tiene palabra, por ende, el no escuchado, el excluido.

Junto a los movimientos de expansión de la academia, asistimos a la medicalización de los procesos de crecimiento habiéndose desarrollado una medicina al servicio de la prevención, el cuidado y la cura de las desviaciones del crecimiento con el objetivo de ayudar a los niños a crecer como adultos sanos, inteligentes y socialmente valiosos. Ello implicó la presencia de los médicos en ámbitos novedosos, como en la escuela, la televisión, los lugares de recreación, tanto que hoy podemos conocer acerca de la salud y de la enfermedad por intervenciones en los espacios habituales de circulación de los niños y sus padres, así como en la televisión que nos enseña a cepillarnos los dientes, a comer saludablemente, a hacer ejercicios, entre otras cosas vinculadas al consumo. La salud se ha vuelto también una mercancía para estar mejor, para sentirnos felices, ser más bellos, más aceptados y de esa forma se va desvirtuando el mensaje médico sobre la prevención en la salud hacia la salud como mercancía identificada con la belleza y la eficiencia. Basta con mencionar los programas televisivos que aconsejan sobre la salud mientras son patrocinados por empresas multimillonarias o por emprendimientos médicos privados.

Desvirtuada la salud, podemos pensar que la enfermedad no escaparía del mismo destino en tanto un concepto define al otro. Encontramos los planes de salud que se implementan desde las políticas públicas, pero igualmente allí se encuentran algunos desvíos en cuanto a diagnósticos, tratamientos y prevención de la enfermedad. Debido a una demanda inabarcable, los consultorios de policlínicos barriales, hospitalarios u otros privados, se automatizan con diagnósticos rápidos que conlleva a terapéuticas que no

siempre son precedidas por el necesario proceso de diagnóstico clínico en todo su amplio sentido: ver al paciente, examinarlo, conocerlo, conocer su forma de vida, orientarlo en la medida de sus necesidades y de sus redes más inmediatas. Los niños no escapan a ello. Es más, han devenido en consumidores también de salud: yogures, papillas, alimentos balanceados, juguetes didácticos, para no mencionar las ofertas recreativas vinculadas a la moda infantil que imprimen un ideal de belleza para el infante o que enseñan como consumir en un mundo lleno de tentaciones manipulando dinero y tarjetas de crédito de juguete.

Debido a lo excesivo de la demanda, los diagnósticos suelen ser rápidos y funcionan con la misma celeridad hacia fuera, a manera de etiquetas que subsumen la identidad en ciernes, a un nombre prologado como “trastorno” que no deja lugar a dudas de la discapacidad, incapacidad o inhabilidad que señala, como marca en el orillo, su peculiaridad. Aquí el niño que había alcanzado la categoría de ciudadano, se va transformando en un consumidor además, de medicinas y terapéuticas variadas.

A nuestro entender, el problema no está en el diagnóstico psicopatológico en sí, ya que no es más que una clasificación y un código que los entendidos usan para saber de qué se está hablando. El problema se genera en el recorte que se hace de un concepto complejo como lo es la salud, a partir de un diagnóstico que toma una parte y la clasifica asignándole con el nombre, una etiología, una causa que explica el todo. Un niño con un trastorno bipolar no *es* un bipolar, sigue siendo un niño con capacidad de aprender, de amar, de hacer amigos, de sufrir, que se caracteriza por tener una subjetividad determinada por una red de acontecimientos sociales, familiares, culturales, históricos, traumáticos, genéticos, biológicos, que no pueden reducirse a una denominación común.

La concepción de subjetividad que tenga el clínico implica una concepción afín acerca del enfermar y acerca de cuáles serán las rutas del alivio, de la cura, de la salud en lo que llamamos la terapéutica.

De la misma forma que los niños son encasillados para clasificarlos con el fin de tratarlos para que se adapten mejor, las instituciones educativas también se hacen eco de esta modalidad clasificante si el niño no logra adaptarse a lo que se aspira de él. De esta forma, lejos de integrar las diversidades, atendiendo a las singularidades que nos hace adultos ricos en experiencias diferentes para compartir, se excluye a los diferentes. Prácticas extendidas como el concurrir medio horario a clase o exigir la medicación diaria son formas desesperadas que las instituciones educativas han establecido como estrategia para contener lo que la(s) infancia(s) les presenta como problema actualmente. Volviendo entonces a la cuestión de la presencia de la medicina en todos los ámbitos de la vida, es importante señalar otro fenómeno como el de la medicamentación de la infancia, subrogado directo de la patologización de la vida cotidiana que señalamos anteriormente. Mencionar aquí el poder de las multinacionales farmacéuticas en este campo, sería tedioso y escapa a nuestro objetivo, pero vale la pena detenerse a pensar en el papel que dicha industria tiene no sólo en el cuerpo médico sino en el público en general. El acceso a las redes facilita la información de tal forma que los padres llegan con la sugerencia de la receta adecuada para su hijo. ¡Y eso sí que es marketing! Que quienes lo necesitan lo usen y que quienes no lo necesitan piensen que deberían usarlo. Si hablamos de la medicamentación de la infancia como una práctica abusiva de recetar medicamentos a los niños, nos ubicamos en el terreno de la patologización de las conductas infantiles, que no son nuevas como la hiperactividad, la desatención, el berrinche, la impulsividad, pero que sus efectos son valorados como altamente indeseables y por ende deben ser domesticados antes que comprendidos. ¿Qué sucede

con un niño que no se mueve, qué pasa si no se distrae con cualquier estímulo, y si actúa sin pensar pensamientos que aún no tiene? Pero hay otro nivel más complejo que suele dejarse de lado: ¿ese niño no atiende o no entiende o no se queda quieto porque su cerebro no funciona bien o porque su sufrimiento proviene de condiciones familiares y sociales, pero que sólo puede manifestar el dolor, la angustia, el desamparo a través de la conducta porque el infans (sin habla) aún no lo puede decir?

Detrás de cada engranaje neuronal hay una subjetividad. Y la subjetividad la concebimos como una producción histórica devenida de una compleja red tejida entre la cultura, la sociedad, los modos de ser y estar en familia, la biología, el deseo, entre otros hilos aleatorios como lo traumático, la ecología y el azar.

Inútil sería negar la eficacia de ciertas drogas frente a determinadas conductas, por eso son tan exitosas, pero lo que pretendemos aquí es poner a discusión la sumisión de toda la complejidad de condiciones coadyuvantes a una biología incierta.

### **Intervenciones Psicológicas**

Recapitulando entonces para pensar nuestras prácticas como psicólogos clínicos, quienes tampoco estamos libres de buscar el camino más fácil del diagnóstico certero, afirmamos que nos enfrentamos al desafío de comprender los fenómenos complejos del psiquismo infantil, fenómenos que escapan a las descripciones clásicas y a las teorizaciones hegemónicas.

La(s) infancia(s) se presenta de forma variada, los niños aparecen con un sinnúmero de sintomatologías y expresiones diversas-porque no todo es síntoma- que si no se aborda desde una perspectiva compleja se corre el riesgo de patologizar rápidamente conductas que responden a los modos actuales de convivencia, de cotidaneidades no estables, en

definitiva, de condiciones de subjetivación novedosas en esta modernidad líquida al decir de Bauman (2002).

La concepción que los técnicos tenemos acerca del armado de la subjetividad nos da elementos para establecer hipótesis acerca del porqué del enfermar y acerca de las estrategias adecuadas para intervenir sobre ese sufrimiento para producir alivio y bienestar con el fin de potencializar las capacidades sociales, cognitivas y afectivas del sujeto. Tal es así que no es indiferente partir de uno u otro marco referencial para entender los fenómenos. Un paradigma positivista podría reducir una cuestión altamente compleja como el psiquismo infantil a su expresión neurobiológica, mientras que el paradigma complejo permite trabajar sobre hipótesis de diferentes niveles que son suplementarias y no excluyentes.

El aumento del diagnóstico de bipolaridad y déficit atencional en los niños de la actualidad, ha puesto en alerta a los actores sanitarios tanto como a los educadores, a fin de estudiar los efectos de tal clasificación, de la medicación y de las prácticas que se han instalado en consecuencia. Algunos autores (Faraone, Barcala, Bianchi y Torricelli, 2009) señalan que tales clasificaciones no son ingenuas, que remiten a posicionamientos ideológicos, políticos y económicos.

Coincidimos con Vasen (2009) en cuanto a su postura crítica al respecto:

"Los nuevos ingenieros de la neurobiología parecieron desconocer las proporciones infantiles que Durero fuera el primero en investigar. Y pusieron todo su énfasis en utilizar el traje bipolar, de talle y formas adultas, para el cuerpo infantil. Entonces comenzaron los tironeos y los remiendos" (p. 42).

Se ha escrito mucho sobre Déficit Atencional, sobre sus tratamientos, sobre sus causas, en fin, pero poco sobre los efectos que a nivel vincular (incluyendo la dimensión familiar y social) produce el diagnóstico y el tratamiento del mismo. En este contexto es que nos

proponemos problematizar algunos supuestos a la luz de investigaciones relacionadas con el tema. La Dra. G. Untoiglich (2011) en su investigación trabaja sobre la dimensión histórica del Déficit Atencional, señalando que las categorías de salud y enfermedad son producto de un tiempo y valores sociales. Asimismo la dimensión histórica refiere a la vincularidad intrafamiliar ya que se ha encontrado directa correlación entre modos disfuncionales de cotidianeidad familiar y presencia de eventos traumáticos tanto en los niños diagnosticados con Déficit Atencional como en alguno de sus padres. Estos elementos aportan una visión que a nuestro entender, relativiza la afirmación de un déficit enclavado exclusivamente en los circuitos neuronales ya que como muchas otras enfermedades, su expresión depende de múltiples factores interactuantes, entre los cuales no están excluidos los sociales y los familiares. La autora afirma que estos niños tienen dificultad para poner en palabras sus sentimientos, conflictos, tensiones, buscando su expresión a través de la descarga motora, siendo esto también lo que sucede a nivel familiar donde se han encontrado familias que guardan celosamente secretos innombrables, situaciones traumáticas silenciadas. Parece obvio que la conducta del niño se relacionaría directamente con estas consignas (no siempre explícitas) a nivel familiar, no siendo suficiente aún así para explicar la presencia del Déficit Atencional. Encontramos además un cuerpo sujetado a exigencias escolares que no siempre acompañan las necesidades actuales de los niños. En tal sentido la investigación de la Dra. Míguez (2010, p. 366) afirma que: "Se exige una normalidad que no contempla la diversidad... se está vulnerando la calidad de sujeto de aquellos que marcan una diferencia (conductual)". Más adelante reflexiona sobre el cuerpo social en el cual se asientan los cuerpos subjetivos, afirmando que el cuerpo social responde a un imaginario de docilidad, siendo que los que no entran dentro de los parámetros definidos como normales:

"se les quita la posibilidad de actuar autónomamente constriñendo su ser al de un deber ser homogéneo Si esto no sucede en forma natural o voluntariamente, corre el riesgo de ser neutralizado. Los efectos de la medicación como terapéutica princeps en estas situaciones, alarman a quienes debemos ser promotores de salud y afortunadamente a muchos padres también, los niños medicados erróneamente, terminan durmiéndose en clase y el efecto es el mismo: no aprende, no se socializa" (p. 367).

En concordancia con las afirmaciones de Jorge Tizón (2007), observamos en la clínica del llamado Déficit Atencional, la elección del tratamiento aún sigue estando ubicado en la farmacoterapia con variable inclusión de terapéuticas psicológicas, dejando de lado el enfoque familiar o la psicoterapia como tratamiento exclusivo. Obviar la importancia ya constatada de las formas de relacionamiento intrafamiliar que tiene a la hora de producir salud o enfermedad es un error grave en tanto se estaría incidiendo directamente en la unidad social. La red social incluye todas las relaciones de un sujeto de carácter significativo, que para nuestro caso podemos incluir a la familia del niño, los docentes, sus compañeros de clase. Cuando este niño es señalado, sancionado, excluido en su peculiaridad bajo las formas del disciplinamiento medicamentoso, penitencias, desafiliación escolar, derivación a centros especiales, el niño queda instalado en un borde de riesgo, o sea, sin recibir el apoyo social necesario y fundamental para su desarrollo integral. El apoyo y la integración social tienen efecto directo sobre la salud y la vivencia de bienestar, tal es así que cuando el apoyo se expresa en función del rasgo *niño enfermo que necesita ayuda* se le quita el reconocimiento como sujeto deseante, como identidad singular. Nuestra observación en la clínica muestra que en lugar del sostén y apoyo familiar, médico y educativo para estos niños, que contemple las características personales adaptando los sistemas donde está inserto el niño, se lo deja por fuera del

propio sistema. Nadie negaría que al estar medicado y con múltiples tratamientos (debido a que generalmente como le va mal en la escuela se lo deriva a pedagogo, psicomotricista, fonoaudiólogo entre otros) el niño está atendido, pero justamente este es el punto controvertido: ¿son estas prácticas las más adecuadas para favorecer la inclusión social del niño y para favorecer el sentimiento familiar respecto al niño?

A nivel familiar, se lo considera especial, que tiene que ser atendido especialmente, que tiene que tomar pastillas, que hay que cuidarlo en los eventos sociales, que no puede ir a campamentos ni paseos sin la supervisión de sus padres. A nivel escolar, se lo trata como un alumno sin mayores expectativas, como un niño-problema del cual los docentes no tienen tiempo para ocuparse en clases tan numerosas y con tantos otros conflictos graves por resolver en el aula. Y la infancia pasa rápidamente, produciendo una subjetividad sufriente. El sentimiento de frustración que transmiten los padres, el de desesperanza que transmiten los maestros coagula en la identidad del niño.

Los psicólogos clínicos somos también parte integrante de la red social de la familia que acude pidiendo ayuda por lo tanto no podemos obviar las múltiples dimensiones que intervienen en la cuestión del diagnóstico en la infancia. Si bien las causas son para algunos claras y para otros, aún controvertidas en torno al Déficit Atencional y otros cuadros denominados como “trastornos”, habría que instalar la discusión en torno a los efectos que estos diagnósticos y sus tratamientos producen en todos los niveles de inserción del niño.

Estas dimensiones de análisis, la familiar y la social, no pueden estar ausentes a la hora de establecer políticas sanitarias para la infancia. Los efectos sobre el entramado social son de una alarmante entidad cuando pensamos en los porcentajes de niños medicamentados que difícilmente podrán zafar de ese consumo en la adolescencia y

la adultez dado que su organismo ha sufrido habituación a los estimulantes, sin contar con los riesgos de producir consumo problemático de otras sustancias.

La cuestión de la patologización de la niñez es un tema enraizado en lo social sobre todo, dada su afectación desde los ámbitos de inserción y desarrollo del niño (escuela y familia) y sus efectos sobre el desarrollo de los ciudadanos, entendiendo la categoría ciudadano como individuo que tiene derechos y obligaciones.

Nos referimos anteriormente a la escuela como un operador sanitario, porque justamente a través del fracaso escolar suelen detectarse los puntos débiles en los hilos de esta compleja trama. El diagnóstico es un punto de partida y nunca debe ser un punto de llegada, también para la prevención porque justamente un buen diagnóstico en todo su amplio sentido previene de la medicamentación abusiva y la consecuente patologización del sufrimiento.

Diagnosticar no significa encasillar, sino entender, darle sentido, promover una producción subjetiva más allá del rasgo, del síntoma, del estigma.

Esta idea no es sencilla de llevar adelante, no por el cuerpo médico que seguramente se sentirá más aliviado de que los psicólogos nos hagamos cargo de situaciones tan complejas, sino por la familia del mismo niño. Muchas concurren pidiendo una solución mágica depositando el malestar en nuestras manos sin poder hacerse cargo del involucramiento en torno al sufrimiento del niño.

Muchas otras concurren negándose a darle medicación al hijo, dispuestas a sostener terapéuticas donde se involucre el nivel vincular.

A veces se sucumbe a presiones de la escuela dado que los tiempos de las drogas son más cortos que los de la psicoterapia en función del año curricular.

No deberíamos confundir patología con sufrimiento, siendo que ese sufrimiento tiene su origen en lo social y lo vincular.

El discurso mediático también es abusivo en tanto lleva a patologizar el sufrimiento en sus modos de manifestación, promoviendo la fantasía de que más felices somos cuanto menos sufrimos (y más consumimos). El sufrimiento es parte constitutiva de la vida misma, del devenir de los sujetos, del desarrollo de los colectivos y no por ellos estamos enfermos.

En este contexto por demás complejo, las soluciones nunca podrían ser simples. El abordaje del sufrimiento infantil debe contemplar varios niveles simultáneos, porque el niño raramente nace enfermo psíquicamente, sus conductas se vuelven inadecuadas a partir de sus experiencias y para un determinado contexto.

No es una utopía, sino una propuesta de intervención concreta que cualquier centro de salud pública y privada en el marco del nuevo plan de prestaciones en salud mental<sup>i</sup> está capacitado para asumir con los recursos humanos que tiene.

Pero las resistencias a veces provienen de los mismos técnicos, relacionadas con la comodidad del consultorio y la incomodidad de dispositivos multipersonales (familias, talleres en escuelas, abordajes en la comunidad, grupos terapéuticos) y del trabajo interdisciplinar. El trabajo en equipo exige la renuncia al protagonismo, el levantamiento de fronteras y de saberes únicos en busca de la construcción de un territorio común, lo que no es fácil lograr.

El narcisismo y las lógicas de las propias profesiones tensan esta red muchas veces siendo la causa de las fallas a pesar de tanto esfuerzo.

Encontramos una multiplicación de tratamientos y abordajes apuntando al niño como único protagonista de esta historia descuidando la cuestión de que la familia también enferma y que es posible hablar de un sufrimiento vincular de acuerdo a ciertos indicadores descritos por autoras como Gomel y Matus (2011) quienes cuestionan la vigencia del Edipo como único estructurante en la configuración familiar a la luz de las

nuevas formas de ser y estar en familia. Asimismo, las fuentes del sufrimiento vincular estarían dadas por la trasmisión generacional, o sea las formas de la trasmisión de la vida psíquica y de la violencia y por el fracaso del velamiento de la imposibilidad vincular o sea, el fracaso de la esperanza de poder vincularme con ese otro desconocido. Estos indicadores son importantes a la hora de evaluar cómo funciona una familia y qué indicaciones son pertinentes para el trabajo en favor de un mayor bienestar en los vínculos intrafamiliares.

### Consideraciones finales

Hemos intentado reflexionar acerca de las condiciones actuales en que se produce la infancia y sus modos de ser concebida y abordada desde las instituciones involucradas como lo son la Familia, la Salud y la Escuela íntimamente relacionadas con el Estado. Para ellos nos hemos acercado al pensamiento contemporáneo de representantes de diversas disciplinas dada la inviabilidad de abarcar la complejidad del tema desde un solo punto de vista. Adultos, adolescentes y niños no escapan a las lógicas del mercado y se vuelven consumidores entre otras cosas, de medicinas para estar mejor, acorde a lo que se espera dentro del sistema social y económico imperante.

Las prácticas psicológicas, atentas a estas cuestiones deberían evitar la fragmentación y el reduccionismo de la compleja trama que interviene en los procesos de subjetivación: sujeto, vínculo y cultura como hilos que se anudan allí donde se produce subjetividad. Son varias las razones por las que se puede elegir trabajar sobre uno de estos hilos (los procesos cognitivos, la familia o las condiciones de vulnerabilidad social) pero ello no debería provocar ignorancia sobre los otros aspectos intervinientes.

Es de responsabilidad del psicólogo clínico integrar en sus prácticas las técnicas que hagan posible intervenir en todos estos niveles, buscando diálogos con otras disciplinas, con otros especializados, con otros significativos para el niño.

Se propone considerar el abordaje vincular de la familia para profundizar en las estrategias terapéuticas de los niños diagnosticados con los llamados “trastornos” a fin de evitar la unidireccionalidad que implica orientar todas las baterías terapéuticas exclusivamente sobre el niño, quedando como único responsable de su enfermedad y su curación. Ello a su vez implica cambios en la formación de psicólogos clínicos promoviendo experiencias de trabajo interdisciplinar, en red, incluyendo perspectivas complejas y no reduccionistas como mal se ha interpretado la tarea del evaluador.

No podemos soslayar más el debate necesario en la comunidad científica acerca de cómo se está diagnosticando a los niños y acerca de las prácticas clínicas contemporáneas. Así como tampoco debemos resignar nuestro lugar en la toma de decisiones acerca de las políticas sanitarias, dado el contexto actual.

Proponemos la búsqueda de acciones conjuntas para un franco diálogo con todos los protagonistas a fin de mejorar la calidad de la salud y la educación de la infancia en nuestro país.

## Referencias

Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Argentina: Paidós.

Benasayag, M. y Schmit, G. (2010). *Las pasiones tristes. Sufrimiento psíquico y crisis social*. Argentina: Siglo XXI.

Corea, C y Lewkowicz, I. (1999). *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Argentina: Lumen/Humanitas.

- Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E. y Torricelli, F. (2009, invierno). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización / medicamentación en la infancia. *Revista Electrónica Margen*, 54. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/numero54.html>
- Gomel, S. y Matus, S. (2011). *Conjeturas psicopatológicas. Clínica psicoanalítica de familia y pareja*. Argentina: Psicolibro..
- González Castañón, D. (2001). Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 12. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex42.pdf - page=28>
- Míguez, M. (2010). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. (Tesis Doctoral no publicada) Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Tizón, J. (2007). El "niño hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, Realidad, Medicalización?. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, monográfico* 2. Recuperado de [http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/S/10811/16958691\\_3.htm&zfr=0](http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/S/10811/16958691_3.htm&zfr=0)
- Untoiglich, G. (2011). *Versiones actuales del sufrimiento infantil*. Buenos Aires. Noveduc.
- Vasen, J. (2009). *El mito del niño bipolar*. Buenos Aires: Noveduc.

### Formato de citación

- 
- Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135 - 154 Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
-

## Notas

<sup>1</sup> Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Ministerio de Salud Pública. Junio de 2011. República Oriental del Uruguay. Se indican tratamientos psicológicos para niños y adolescentes de abordaje individual, grupal, familiar de duración variable según la patología.

---