

# Sobrediagnóstico, derechos vulnerados y efectos subjetivos

**Ana Cristina Bianco**

Facultad de Psicología de la Universidad de Córdoba  
abianco@psyche.unc.edu.ar

**Pablo Figueroa**

Facultad de Psicología de la Universidad de Córdoba  
pfigueroa@psyche.unc.edu.ar

---

## Introducción

---

La Convención Sobre los Derechos del Niño (1989) reconoce al niño, la niña y el adolescente como sujetos plenos de derecho, dignidad y libertad, e insiste en la necesidad de brindarles cuidados especiales, dada su condición particular de desarrollo.

Sin embargo, nos encontramos a diario con innumerables situaciones muy alejadas de estos principios que producen efectos devastadores en el niño y su desarrollo subjetivo.

Quienes trabajamos en el campo de la salud mental, descubrimos una de estas situaciones que atenta contra los derechos de infantes y adolescentes: el sobrediagnóstico.

Observamos a diario niños que llegan a nuestros consultorios y gabinetes “nombrados” a partir de diagnósticos psicopatológicos que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles, basándose en reduccionismos biologicistas que desconocen la complejidad de los procesos y al niño como sujeto en desarrollo.

Es el caso, por ejemplo, del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Estudios develan que en Argentina existen escuelas donde 5 de cada 20 alumnos son medicados “para que aprendan”.

Esta situación nos habla de niños descuidados, desprotegidos, “generalizados”, discriminados, no escuchados, violentados. Un niño que es mal diagnosticado, será también mal tratado y muchas veces medicado, con los consecuentes efectos en su subjetividad: el diagnóstico invalida, rotula, desentiende al entorno, perpetúa la sintomatología, enseña modalidades poco propicias de resolución de problemas (pastilla), conduce a distorsiones identitarias en tanto el niño debe asumirse responsable único de su malestar, entre otras.

Hoy diagnostican (ponen nombre a un malestar) padres, docentes, psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, amigos, familiares, etc., con el consecuente riesgo sobre estos niños y adolescentes. Por todo esto, insistimos en la necesidad de trabajar con todos ellos, capacitando, promoviendo reflexiones, acompañando, con el objetivo de promover algún movimiento en sus posicionamientos y, con esto, efectos en sus hijos, alumnos y pacientes.

Por nuestra parte, como profesionales del campo de la salud mental, bregamos por diagnósticos dinámicos, variables, contruidos sobre reconstrucciones previas, en un trabajo interdisciplinario exento de posiciones dogmáticas y sostenido en el respeto por el niño.

Ningún niño será objeto de injerencia arbitraria en su vida privada.  
(CIDN Art. 16)

Iniciamos este trabajo a partir de un artículo de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que se tornó cada vez más significativo en la medida que avanzábamos en el estudio del diagnóstico y sus efectos, más aún cuando nos aproximamos a la idea de “*sobrediagnóstico*”.

Este trabajo se interroga acerca de los efectos de estas acciones en la subjetividad de niños, niñas y adolescentes habida cuenta de que se trata de psiquismos en estructuración y reconociéndolos como sujetos de derechos vulnerados.

---

### El diagnóstico y la acción de diagnosticar

Si intentamos precisar la acción de *diagnosticar*, nos encontramos con definiciones tales como: “*determinar* el carácter de una enfermedad y su

calificación mediante el examen de sus signos y síntomas característicos”.<sup>1</sup> La enfermedad, como categoría, preexiste al sujeto y se articula a una lista de signos y síntomas que le dan identidad.

Según esta caracterización, realizar un diagnóstico nos permite decir con cierta precisión acerca de un padecer, ubicarlo dentro de la clasificación de las enfermedades. Aquí se nos presenta un primer gran problema para quienes trabajamos en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Coincidimos con Ricardo Rodulfo cuando afirma que la psicopatología infanto-juvenil es una psicopatología más ‘confusa’ y menos ‘discriminada’, puesta en comparación con la psicopatología de los adultos a la que, por su parte, cuestiona en su versión más estructural y dicotómica de las neurosis y las psicosis.<sup>2</sup> El autor caracteriza a la psicopatología de la vida anímica temprana como “una serie de manifestaciones que no se dejan gobernar por las categorías [...] establecidas en el psicoanálisis con adultos”.

Ahora bien, continuando con nuestro intento de atrapar “el diagnóstico y la acción de *diagnosticar*” en una definición (que nos convenza), encontramos una segunda acepción en el diccionario de la Real Academia Española, a saber: “recoger y analizar datos para *evaluar* problemas de diversa naturaleza”.<sup>3</sup> Esto nos invita a definir previamente cuál es la “naturaleza del problema”, en este caso el malestar y el sufrimiento en nuestros niños, niñas y adolescentes.

Entre el *determinar* de la primera acepción y el *evaluar* de la segunda (sólo dos entre tantas otras posibles) podemos señalar una distancia significativa. Según donde nos posicionemos, dentro de esa gradual separación, el diagnóstico permite describir, clasificar, explicar o comprender, entre otras acciones posibles. Diagnosticar implica nombrar, ubicar, dar sentido u orientar; el diagnóstico remite al uso de un saber que permita realizar un pronóstico y orientar las estrategias terapéuticas.

Algunas de estas formas de pensar un diagnóstico no son compatibles entre sí; la posición asumida al respecto explicita otros posicionamientos

1 <http://www.wordreference.com/definicion/diagnosticar>. Consultado 28-02-07.

2 RODULFO, R., 2005.

3 [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=diagnosticar](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=diagnosticar). Consultado 28-02-07.

relativos al sujeto, a la concepción de salud y enfermedad, a la función, las modalidades y las técnicas de los profesionales de la salud mental, en nuestro caso, infanto-juvenil.

Una forma de diagnosticar consiste en “descubrir la enfermedad en la persona” y así la enfermedad (¿y la persona?) se ubican dentro de un cuadro nosográfico. Otra forma exige atender a lo más específico de un padecer que, la mayoría de las veces, se escapa a las clasificaciones, habida cuenta de que no se trata de una enfermedad alojada en la persona, sino un sujeto, producto de su historia y su contexto, que sufre y lo expresa de manera singular. Esta mirada, ligada al psicoanálisis, nos habilita a buscar al sujeto en el síntoma y no a la inversa.

Para organizarnos, podríamos decir que existen *diagnósticos fenoménicos*, basados en lo observable, en datos objetivos y con una función clasificatoria; y existen *otros diagnósticos* que contemplan la historia, el sentido y la interrogación subjetiva.

Si la intención diagnóstica es clasificatoria, asumimos un sistema preexistente y la tarea del profesional se orienta a buscar signos y síntomas. Cada vez que éstos aparezcan según se ha preestablecido, estamos en condiciones de subsumir a los portadores bajo un mismo concepto. En este proceso, el *sujeto que sufre* deviene en *portado* y pierde lo más singular de sí.

Quienes suscriben esta concepción acerca del diagnóstico, deben tener en cuenta que el trabajo con niños adquiere aspectos diferenciales: en primer lugar, señalamos en párrafos anteriores la inexistencia de una nosología tan clara y precisa que nos permita (estando de acuerdo con esto) la “asignación” lineal a una categoría; en segundo lugar, nos encontramos con procesos de estructuración psíquica en pleno desarrollo y manifestaciones que podrían alarmar en un adulto y resultan harto esperables en niños y adolescentes: manifestaciones más “dinámicas” y producto del trabajo psíquico al que se encuentra abocado el sujeto. La noción de conflicto adquiere aquí pleno sentido, conflicto inherente a la constitución subjetiva, no está exento de sufrimiento, aún en el plano de la salud. Este sufrimiento es muchas veces “esperable” (evolutivo) y otras veces, es signo de otra cosa. La inquietud, por ejemplo, o la falta de atención, son propias de un momento evolutivo del niño. Debemos preguntar-

nos entonces “¿por dónde anda ese niño?”, “¿qué proceso subjetivo lo ocupa?” y tal vez debamos ocuparnos, pero no preocuparnos.

Desde nuestro lugar intentamos capturar esa singularidad para poder dar sentido al sufrimiento de un sujeto. Cordero y colaboradores<sup>4</sup> afirman que:

El problema del diagnóstico pone en tensión la necesidad de producir un saber que oriente la práctica del psicoanalista y la necesidad de preservar el lugar de la singularidad en cada caso clínico; difícil tarea de no dejarnos llevar por el saber referencial ni perdernos en lo particular.

Cuando lo manifiesto no es producto de un proceso subjetivo en normal (¿?) desarrollo y la inquietud, por ejemplo, se vuelve signo *no unívoco* de otra cosa, debemos estar atentos: indagar, escuchar, evaluar, cuidar a nuestro pequeño paciente y cuidarnos a la hora de asignar un nombre a su padecer. Marisa Punta Rodulfo advierte sobre el doble peligro: el del diagnóstico erróneo y el de la actitud en relación con el hecho y el trabajo de diagnosticar.<sup>5</sup> El diagnóstico no debe guiar la búsqueda de síntomas y signos. “Cuando la búsqueda del detalle que confirme la estructura se transforma en el objetivo principal, difícilmente se pueda hacer lugar a lo singular. La lectura de un caso desde un saber cristalizado puede llevar a interpretaciones forzadas de algunas manifestaciones clínicas”.<sup>6</sup>

---

### La dimensión iatrogénica del diagnóstico

En este recorrido nos hemos ido aproximando, aunque sin nombrarla todavía, a la noción de *iatrogenia*. Esta palabra deriva del griego, *iatos*: médico y *genia*: origen. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: “dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico”.

El hecho y el trabajo de diagnosticar produce efectos, a veces iatrogénicos, producto de la inexperiencia, de la simplificación de lo complejo, de las explicaciones monocausales, del no respeto por los tiempos subjetivos, de la improvisación, de los diagnósticos cerrados, de los diagnósticos pre-

---

4 CORDERO, 2005.

5 PUNTA Rodulfo, Marisa, 2005.

6 CORDERO y col., 2005.

vios a la indagación, de los diagnósticos recibidos y no cuestionados y de la falta de escrúpulos, entre otros.

En su libro *La clínica del niño y su interior*, Marisa Rodulfo se explica a lo largo de varios capítulos sobre la dimensión iatrogénica del diagnóstico; recupera aspectos ya trabajados por otros autores y realiza nuevos aportes. Retoma la idea de Maud Mannoni acerca de la “violencia del significante en la psicopatología infanto juvenil” haciendo referencia al daño que producen en los niños las rotulaciones diagnósticas que acaban proporcionándole una identidad, a lo que se añaden otros efectos que generalmente se despliegan en el colegio y en la familia. Por este “efecto del significante” Juancito deviene en “el autista”, María en “la anoréxica” y Pedrito en “el ADD”.<sup>7</sup> De esta manera señala el potencial iatrogénico de las clasificaciones en psicopatología sobre todo en niños, niñas y adolescentes, habida cuenta que se trata de subjetividades en formación.

A este riesgo, afirma Punta Rodulfo, se agrega el hecho de que “esa actividad clasificadora o diagnóstica se manejará imprudentemente, sin precauciones, sin conciencia del peligro, algo en lo cual desgraciadamente es muy fácil de caer”.<sup>8</sup>

Al referirse a los riesgos implicados en el error diagnóstico, hace hincapié fundamentalmente en los padecimientos que le acarrea al niño en su vida cotidiana y un tratamiento “*parcial o totalmente inadecuado*”, in-conducente en el mejor de los casos.

Destaca entre los factores que coadyuvan a este acto iatrogénico:

- cierta omnipotencia –riesgo permanente en la práctica médica y psicológica– que promueve frecuentes ligerezas en los procedimientos diagnósticos,
- deficiencias en la formación de grado y de postgrado,
- una precoz identificación del profesional con alguna corriente teórica cerrada, dogmática, que estrecha prematuramente su panorama,

<sup>7</sup> AULAGNIER, Piera, 1977.

<sup>8</sup> PUNTA Rodulfo, Piera, 2005.

- el peso de alguna “moda” psiquiátrica o psicológica que durante un tiempo reina indiscriminadamente (intereses puramente comerciales no pocas veces la sostienen) encasillando de modo indebido a numerosos pacientes,
- la tendencia a contentarse con diagnósticos “macro”, poco específicos como tales, todo ello en desmedro de la singularidad del caso y del niño.

Es este ataque, esta no consideración de la singularidad, precisamente lo que da a estas intervenciones su sello iatrogénico más decisivo y alienante. (Marisa Punta Rodulfo)

La dimensión iatrogénica se liga entonces no sólo al error de contenido, a la falta de precisiones en cuanto a diagnóstico diferencial, sino también a una actitud del profesional a la hora de analizar un caso.

---

### Los falsos positivos

Cuando psicopatologizamos lo esperable (evolutivo), cuando forzamos la inclusión de un sujeto dentro de una categoría, cuando lo fenomenológico se hace signo invariable de una misma categoría, nos encontramos con lo que metodológicamente se conoce como “falsos positivos”, estamos en el terreno del “sobrediagnóstico”.

Sobrediagnosticar es nombrar al niño, niña o adolescente a partir de un cuadro psicopatológico sin atender a su subjetividad, a lo que hay de singular en su dinámica psíquica.

Sobrediagnosticar es operar en complicidad preservando un estado de situación familiar y/o escolar, con un “niño problema”, sin generar interrogantes al respecto.

Sobrediagnosticar es clasificar un malestar según lo “objetivamente observable”, sin considerar lo que podríamos esperar de un niño o adolescente en función del proceso psíquico que lo ocupa en virtud de su desarrollo.

Se sobrediagnostica en el error y en la falta de diagnóstico diferencial. Pero además, existe un sobrediagnóstico institucionalizado ( $\zeta$ ?): el de la sociedad (traducido luego en las escuelas, por ejemplo) que psicopatologiza lo indeseado. Al respecto Marisa Punta Rodulfo, citando a *Selling Sickness*, señala la estrategia utilizada por la industria farmacéutica para aumentar sus ganancias millonarias: “vender a los sanos nuevas percepciones sobre lo que es enfermedad. La industria ha hecho un marketing para transformar molestias comunes en todo tipo de enfermedades que las presentan como peligrosas y para las cuales ellas tienen la solución”, ejemplo de ello es el ADD(H). A raíz de estos movimientos, denuncia, se diagnostica no sólo a niños con síntomas severos de hiperactividad e inatención sino a muchos otros.<sup>9</sup>

En esta línea de pensamiento propone con cierta ironía (o no) incluir una cuarta dimensión en las series complementarias freudianas de la causación de la enfermedad: la económica, y aclara: “claro que no en el sentido psicoanalítico del término”.

Para “transformar esta percepción” una primera operación consiste en desconocer radicalmente los rasgos propios de la subjetividad de un niño convirtiéndolos en patológicos: que los niños e incluso los adolescentes sean más inquietos, más turbulentos, que presenten una atención más errática e irregular, que sean más impulsivos y menos reflexivos, es algo inherente a su condición de tales [...] durante mucho tiempo [...] nunca se percibió esto como una enfermedad.<sup>10</sup>

En otras palabras, se sobrediagnostica cuando se “crean” enfermedades. Jorge Gonçalves da Cruz desnuda a la institución médica, en tanto relación saber-poder, y denuncia los procesos de modelización de las enfermedades, procesos complejos donde las enfermedades se definen a partir de las especialidades médicas: “se crean nuevas drogas, se investigan sus efectos posibles, se determina así su utilidad posible y a partir de ello se definen enfermedades, síndromes o disturbios para lo que ya se posee la droga adecuada”.<sup>11</sup> Y agrega: “el sobrediagnóstico puede atribuirse a una tendencia médica a la biologización, a una inadecuada contención social, a una sutil presión de la industria farmacéutica, entre otras”.<sup>12</sup>

9 PUNTA Rodulfo, Marisa, 2006.

10 *Ibid.*, 2006.

11 GONÇALVES da Cruz, 2005.

12 FERNÁNDEZ y GONÇALVES, 2006.



Se sobrediagnostica también cuando la sociedad condena sus propias creaciones. Betty Korsunsky Krakov,<sup>13</sup> conjetura que se toman como “patológicos” los rasgos de la subjetividad socialmente instituida. En su artículo se expone acerca de las contradictorias demandas hacia la infancia. Niños y adolescentes, afirma, viven la realidad de la inmediatez, de la saturación de estímulos de los medios de comunicación, de la velocidad en los entornos virtuales y, simultáneamente, circulan por otros espacios que demandan tiempos diferentes, tiempos de espera y metabolización, exigiendo al sujeto otros trabajos cognitivos, donde por ejemplo, prima la conciencia sobre la percepción, la memoria sobre lo instantáneo.

La naturaleza del sujeto se asienta en el conflicto, y en tal sentido podemos decir que es constitutivo de la subjetividad; pero aquí vemos de qué manera la cotidianeidad suma nuevos conflictos, emocionales y cognitivos, que derivan en manifestaciones<sup>14</sup> condenadas luego por la vía de la patologización.

---

#### Diagnóstico, efectos y derechos vulnerados

---

Llegado a este punto y a partir de lo desarrollado hasta aquí, nos preguntamos entonces cuáles son los efectos posibles de un error diagnóstico (potenciado en nuestro caso por tratarse de sujetos en desarrollo), y en qué medida vulneran los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Marisa Rodulfo hacía referencia al error originado en un inadecuado diagnóstico diferencial y a la actitud asumida por el profesional, dos aspectos relacionados y que involucran los posicionamientos que mencionábamos más arriba acerca del sujeto, la salud, la enfermedad, etc. Cuando un profesional simplifica las causas y reduce la explicación, por ejemplo, a lo biológico, acota su diagnóstico y reducen o simplifican los modos de abordaje.

Frente al ADD(H) es común el combo-tratamiento “medicación y modificación conductual”. En el caso de un buen diagnóstico, esta propuesta logrará acallar los síntomas, pero será incapaz de indagar el malestar, las

---

<sup>13</sup> KORSUNSKY Krakov, Betty, 2006.

<sup>14</sup> Manifestaciones tales como inquietud, hiperactividad, dificultades para atender en clase, etc.

angustias y los temores de los niños, y tampoco logrará cambiar algo de su entorno. La medicación eliminará los síntomas y con ello toda posibilidad de pensar qué hay detrás de un niño excitado y distraído que no puede concentrarse para aprender. Al eliminar las manifestaciones, silencia las preguntas y con ello se corre el riesgo de omitir abusos emocionales, violencias, abuso sexual, abandonos, duelos, etc.

Por otro lado, un inadecuado diagnóstico diferencial conducirá a diferentes pronósticos y propuestas terapéuticas inapropiadas, lo que en el mejor de los casos puede resultar inconducente, pero en otros casos puede exacerbar la sintomatología o encubrir cuadros más graves.

En el error diagnóstico, la prescripción inadecuada de medicación puede derivar en estallidos psicóticos, o bien facilitar que transcurran de manera larvada durante la infancia cuadros psicopatológicos más graves, como una depresión, una psicosis, etc., que terminarán estallando en la adolescencia con muchas menos posibilidades de acceso y de transformación.<sup>15</sup>

El uso de psicofármacos debiera contar con sistemas de vigilancia permanente, evitando su uso cada vez que sea posible y administrado en aquellos casos en que medie una decisión tomada por un equipo de trabajo. En muchos casos se desconocen sus efectos a mediano y largo plazo, tal es el caso del metilfenidato: si indagamos en los estudios de los laboratorios, nos encontramos con sus múltiples beneficios; en oposición a ello, se publican con frecuencia informes que cuestionan tales beneficios; algunos de los más recientes, por ejemplo, relacionados a casos de muerte súbita ligados al uso de estos estimulantes.

Con todo esto no debemos olvidar que el efecto del fármaco no es curativo sino sintomático, por lo tanto, si el fármaco no fue el acompañante de un proceso psicoterapéutico, al retirarlo reaparecerán los síntomas.

Además de todos estos riesgos, no podemos ni debemos desconocer otros efectos: la relación docente-alumno-padres mediada por la pastilla, la afectación de la autoestima de los niños cuando, frente a un estado de inquietud se los interroga “¿no tomaste la pastilla hoy?” desconocidos en su dimensión de hacedores posibles, la adicción psíquica en tanto se aso-

---

<sup>15</sup> GONÇALVES da Cruz, 2006.

cia rendimiento con ingesta, sujetos que aprenden que la solución a sus problemas está en el psicofármaco y no en sus propias decisiones.

Marisa Rudolfo<sup>16</sup> manifiesta su preocupación ante un niño “incapacitado de experimentar lo que fuere como de *su* marca, de su agencia, mala o buena, placentera o sufriente”.

De esta manera ingresamos sin darnos cuenta, transitando la sutil línea que lo limita, al terreno de los efectos en la subjetividad, subjetividad “en proceso”, “a cielo abierto”, en un tiempo de identificaciones, en un tiempo en el que debemos obrar con más cuidado que nunca.

Detectar patología no es lo mismo que colgar un cartel y en tiempos de identificación es necesaria la cautela; cautela al nombrar (¿siempre es necesario?), no hacer del sujeto un “portador”, velando por que los procesos identificatorios transcurran por otro lugar.

El orden causal se invierte. Ya no es que un niño tiene tales manifestaciones sino que, a partir de las manifestaciones, se construye una identidad que se vuelve causa de todo lo que ocurre [...] una categoría descriptiva pasa a ser explicativa.<sup>17</sup>

La autora continúa diciendo que un niño que afirma ‘soy ADD’ “...pierde nombre propio, adquiriendo una identidad prefigurada que lo unifica en la invalidez y en la dependencia a un fármaco” [...] “Un niño que afirma ‘soy ADD’ puede sentir que esa denominación le otorga un lugar distinto al de los demás y que eso es mejor que no tener ninguno. Un lugar de enfermo para tapar el déficit de identidad o de narcisización. El niño que se nombra a sí mismo identificándose con una identidad psicopatológica se supone siendo en un rasgo que lo borra como sujeto, pero que, a la vez, lo ubica como algo diferente a la nada”. ¿Doble violencia? ¿Doble violación? La del lugar no otorgado y la de brindar la posibilidad de ubicarse en el de la enfermedad. Es nuestra tarea, al iniciar un trabajo diagnóstico, desalojar los malos diagnósticos y esto involucra el trabajo con padres y maestros.

<sup>16</sup> PUNTA R. Marisa 2005.

<sup>17</sup> JANIN, Beatriz, 2004.

Marisa Rodulfo hablaba de “actitud”: reducimos la enfermedad, medicamos, desoímos, desatendemos, omitimos... cuántas nuevas situaciones de violencia y abuso para con un niño que tal vez llegó excitado por otras situaciones de violencia y/o abuso. ¿En dónde quedaron sus derechos?

---

### Los derechos del niño

La Convención Internacional Sobre los Derechos de los Niños, aprobada el 20 de noviembre de 1989, marca un cambio de paradigma con respecto a la niñez, ya que no sólo implica la universalidad de estos derechos, “al niño todo y a todos los niños”, sino también una concepción integral de los niños como sujetos con sus propios derechos y necesidades.

En este documento se reconoce al niño, la niña y el adolescente como sujetos plenos de derecho, dignidad y libertad y, ya no, como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad. En él se insiste en la necesidad de brindarles cuidados especiales habida cuenta de su condición particular de desarrollo.

Dentro de los 54 artículos que componen su texto, en función de lo que nos ocupa, rescatamos algunos que consideramos vulnerados, toda vez que erramos cuando sobrediagnosticamos, cada vez que asumimos una práctica acrítica e irreflexiva.

La convención nos convoca a:

- Garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, sus tutores o de sus familiares.
- Asegurarnos de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.
- Garantizar, en la máxima medida posible, el desarrollo del niño.

## ARTÍCULOS

- Garantizar al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente (...), teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño.
- Dar al niño oportunidad de ser escuchado.
- Velar porque ningún niño sea objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.
- Proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.
- Procurar procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención, (...) tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.
- Reconocer que el niño mental o físicamente impedido, deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
- Promover, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional.
- Reconocer el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.
- Adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

- Proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

Sólo leerlos basta para reconocer las múltiples formas de violación a estos derechos que se desprenden de los actos iatrogénicos antes mencionados y que, como señalamos al principio, involucra a familiares, amigos y escuela y no sólo a los profesionales de la salud.

Consideramos que el sobrediagnóstico constituye una forma de violación de estos derechos, y como tal, una modalidad de maltrato hacia el niño, la niña y los adolescentes.

La CIDN caracteriza, en su artículo 19, al maltrato como “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”. En general se han descrito tres niveles de maltrato en la sociedad:

El error diagnóstico, los “falsos positivos”, constituyen sutiles formas de maltrato (sutiles por su forma, más no por sus efectos) en todos y cada uno de esos ámbitos.

Pensemos por ejemplo en el niño asumido como “el problema” en la familia, donde los adultos no pueden (y recalcamos: ¡no pueden!) comprometerse, involucrarse e interrogarse acerca de su implicación en el malestar de su hijo. O la solicitud de certificados de tratamiento para que el adolescente expulsado de todos los colegios logre encontrar un banco (la inspectora de la zona habilita una lista de colegios posibles siempre y cuando se “demuestre” que está siendo “tratado”). Al respecto nos preguntamos ¿los docentes han ajustado sus propuestas a los tiempos que corren, se han interrogado acerca de su propio malestar y de éste en relación a la inquietud de sus alumnos?

Y no nos olvidemos de aquellos niños hoy rotulados, víctimas de un sistema que se procura ganancias millonarias a costa de psicopatologizar la infancia.

---

## Palabras finales

---

En este artículo intentamos explicitar un estado de situación y aspiramos a promover algunas reflexiones.

Quienes nos desempeñamos en el campo de la salud mental infanto-juvenil debemos estar alertas, detectando actitudes iatrogénicas, revisando a cada momento nuestra propia praxis para devolver a niños, niñas y adolescentes su estatus de “sujetos de derecho”, reconociendo la singularidad de su padecer, respetando la complejidad de su “momento” y de su malestar.

La escuela, por su parte, es muchas veces el primer lugar en el que un niño se encuentra con otros no familiares; y es en ese encuentro donde suele aparecer/descubrir/explicitar el “problema del niño” surgiendo diferentes acciones por parte de ambas instituciones (familia y escuela): enojos, impotencias, temores, culpas, deseos de protección, incertidumbres, diagnósticos y tantas otras.

Es aquí donde pensamos la necesidad imperiosa de trabajar con la comunidad para evitar situaciones iatrogénicas. A partir de nuestra experiencia creemos que la capacitación docente y el trabajo con padres es una instancia que produce valiosos efectos: repensar con ellos la noción de constitución subjetiva, su complejidad y sobredeterminación conduce en el mejor de los casos a un reposicionamiento de cada uno de ellos en relación al malestar del niño y con ello, salidas por mucho diferentes a la derivación a un neurólogo.

Habida cuenta de que trabajamos con “sujetos en desarrollo” nos corresponde colaborar con la estructuración de esos psiquismos, desatando anudamientos, reconociendo que existen momentos para interpretar, pero otros en los que previamente debemos construir, trabajando con los padres facilitando la aparición del deseo en relación a su hijo, despatologizando el lugar de hijo, trabajando con los docentes, interrogando su propio malestar, deshaciendo el chivo expiatorio, etc.

Todo esto sin otra opción que el trabajo interdisciplinario, con un equipo exento de posiciones dogmáticas, que realice la valoración inicial, el pro-

nóstico, la propuesta terapéutica y sus ajustes ligados a un diagnóstico dinámico y abierto, superando las intervenciones expulsivas, las que expulsan el problema y junto con el problema, con frecuencia al niño.▲

## Bibliografía

- AULAGNIER, Piera. *La Violencia de la Interpretación*. Amorrortu. Buenos Aires, 1977.
- BLEICHMAR, JANIN, RODULFO, RODULFO, TALLIS y otros. Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado «Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad».
- CORDERO y cols. Una vuelta sobre el diagnóstico. *Acheronta, revista de psicoanálisis y cultura*. (www.acheronta.org) N° 21. Año 11. Buenos Aires, 2005.
- DSM IV *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). 1994.
- FERNÁNDEZ, Alicia y GONÇALVEZ da Cruz, Jorge. “Nuevos aportes de la psicopedagogía clínica ante el cuestionado diagnóstico de ADD/ADHD (TDA/TDAH)?”. Curso a distancia. EPsiBA. Buenos Aires, 2006.
- GONÇALVEZ da Cruz, Jorge. “*Enfermos de desatención: desatentos o desatendidos?*”, en <http://www.epsiba.com/index.htm> , consultado 28-02-07, 2005.
- . “Nuevos aportes de la psicopedagogía clínica ante el cuestionado diagnóstico de ADD/ADHD (TDA/TDAH)?”. Curso a distancia. EPsiBA. Buenos Aires, 2006.
- JANIN, Beatriz. *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Noveduc. Buenos Aires, 2004.
- LEVIN, Esteban. *¿Hacia una infancia virtual? La imagen corporal sin cuerpo*. Nueva visión. Buenos Aires. 2006.
- KORSUNSKY Krakov, Betty. “Niños trastornados. Niños medicalizados ¿Por qué en la escuela? en *Actualidad Psicológica*, N° 342. Año XXXI. Buenos Aires, 2006.
- PUNTA Rodolfo, Marisa. “La dimensión iatrogénica del diagnóstico: ¿El caso del ADD/ADHD?” en *La clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle*. Paidós. Buenos Aires, 2005.
- . “El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia”, en *Actualidad Psicológica*, N° 342. Año XXXI. Buenos Aires, 2006.
- RODULFO, Ricardo. *El psicoanálisis de nuevo. Elementos para la reconstrucción del psicoanálisis tradicional*. Eudeba. Buenos Aires, 2005.
- TALLIS, Jaime. “Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades” en Beatriz Janin. *Niños desatentos e hiperactivos*. Noveduc. Buenos Aires, 2004.
- TALLIS, Jaime. “Diagnóstico diferencial en trastornos por déficit de atención con hiperactividad”, en *Actualidad Psicológica*, N° 342. Año XXXI. Buenos Aires, 2006.