



## Diagnostico psicológico: su sentido y sus efectos en contexto de patologización

**Adriana Cristóforo**

**Alicia Muniz**

**Resumen:** El trabajo parte de una conceptualización del diagnóstico psicológico, desde una perspectiva compleja, proponiendo el mismo como un dispositivo que busca dar un nuevo sentido al sufrimiento de niños, niñas y adolescentes, que se manifiesta a través de sus conductas. Desde esta perspectiva, analiza los efectos que los Manuales DSM han tenido sobre la manera de realizar los diagnósticos y, fundamentalmente los efectos sobre la subjetividad de niños, niñas y adolescentes.

**Descriptores:** Psicodiagnóstico, Infancia, Patología, Psicofármacos, Vínculo.

### **El Sentido**

La práctica del diagnóstico psicológico ha sido estudiada, investigada y reformulada desde hace varias décadas por grupos expertos. Inicialmente llamada Evaluación Psicológica, luego Psicodiagnóstico para volver a la nominación de Evaluación, ha sido considerada alternadamente como un corte aquí y ahora que describe el funcionamiento psíquico del sujeto evaluado o bien como proceso que se propone construir una demanda, teniendo en cuenta los aspectos transferenciales, haciendo del objeto de estudio un sujeto consultante.

Estas diversas nominaciones no son azarosas, sino que implican cambios de paradigma en la clínica psicológica, complejización de teorías e inclusión de prácticas en los más diversos contextos. Se destierra además la noción de diagnóstico como etiqueta, como nominación que captura en una nomenclatura, la complejidad de la subjetividad.

El campo de la evaluación y del diagnóstico psicológico presenta varios desafíos en su práctica, siendo uno de los principales el hecho de que generalmente el sujeto es enviado, derivado para ser estudiado. Desde el ámbito médico, educativo, forense, laboral, se solicitan evaluaciones que sin distinción deben considerar mínimos requisitos éticos a fin de posicionarse ante las dificultades y el sufrimiento del sujeto de la consulta. Si bien esto parece muy sencillo, escuchar abiertamente, no prejuizar, no realizar diagnósticos psicopatológicos apresuradamente y abrir un espacio de devolución, son prerequisites.

Del mismo modo si la decisión implica aplicar técnicas, pruebas y/o tests, se debe guardar la seriedad y el respeto por los materiales y las formas de administración avaladas.

La denominación Evaluación Psicológica alude a un campo más abierto, experimental, donde se aplica el método clínico siguiendo una estrategia que se va configurando paso a paso. Aplicar un modelo predeterminado a modo de "talle único" es una indeseable forma de acercarse a las diferentes producciones que provienen del encuentro: la escucha durante la fase de entrevistas, lo que surge en las técnicas, lo que va más allá de las respuestas (gestos, posturas, entredichos), los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, hacen que sea imposible pensar que, una evaluación pueda ser igual a otra o bien que el esquema preestablecido sirva por igual para un sujeto u otro en diferentes situaciones.

Claro está que esto depende también de las posibilidades del técnico, de su formación, del contexto donde se trabaje, del material que disponga, pero siempre requerirá de una formación específica, al contrario de lo que comúnmente se cree. Este es un campo que implica profundos conocimientos tanto teóricos como técnicos, a fin de que la lectura de los emergentes sea confiable y sustentada.

Diagnosticar significa conocer a través (dia-gnosis), para este caso, a través de las técnicas, pero también, a través de lo que va surgiendo en esos encuentros donde la empatía, así como la ansiedad, la desconfianza, el temor y hasta el deseo se ponen en juego. Cada encuentro con otro es inaugural, diferente, en tanto son dos sujetos que generan un espacio único que posibilitará el desarrollo de la tarea de una forma singular. El dispositivo, en el sentido foucaultiano, permitirá que se despliegue el mundo interno del sujeto consultante en un encuentro con otro que —al contrario de lo que se dice del clínico— no sabe acerca de lo que le pasa a quien consulta, sino que conoce algunas estrategias para facilitar el despliegue de la subjetividad. Las resonancias a partir del encuentro, las observaciones, impresiones, escuchas y miradas formarán parte de ese encuadre acotado pero intenso que implica el diagnóstico psicológico como práctica.



Quien consulta viene o es enviado por alguna razón conocida o no, que provoca sufrimiento o malestar y que probablemente impide un desarrollo saludable, así como el despliegue de sus potencialidades, el disfrute por las tareas habituales y el encuentro con otros. Quizás sepa qué le sucede, pero no el por qué.

Llegar a responder todas las preguntas que surgen sería, sino imposible, trabajoso para un encuentro acotado en el tiempo. Esta exigencia de respuesta muchas veces lleva a forzar diagnósticos que no contemplan cuestiones básicas como las contextuales, evolutivas, procesos agudos, que no indican necesariamente una patología, pero sí un sufrimiento.

Si de las infancias se trata, la mayor parte de las demandas provienen de las instituciones educativas porque no se rinde acorde a lo esperado tanto a nivel académico como conductual, y ello dispara un irracional periplo por diversas disciplinas sin tener en cuenta aspectos fundamentales como por ejemplo las circunstancias familiares, los cambios provocados por las características de la escolarización ( niños, niñas y adolescentes que iniciaron ciclos durante la pandemia, por ejemplo), las condiciones económicas, las características del docente, la adecuación de los programas y un largo etc.

Entonces, un objetivo prínceps en la evaluación psicológica es el de dar sentido a lo que sucede. No sólo para el consultante, sino también para su entorno inmediato (familia, institución educativa, etc.), qué produce en el psiquismo la vivencia de fracaso, qué se espera de su desempeño, cómo afecta a los vínculos este padecimiento o bien, cómo se origina en los vínculos ese padecimiento. Esgrimir un sentido novedoso que provoque el pensar acerca de lo que le/s pasa.

Dar sentido a lo que sucede implica hacer un alto, mirar desde una perspectiva compleja, escuchar de forma abierta (y no pensar en qué cuadro encaja lo que dice) para luego reintegrar esas lecturas a fin de producir en ese espacio algún contenido que acerque hipótesis acerca del motivo de consulta. Motivo que fue señalado por el derivante, pero que se construye-en sintonía o distonía con lo derivado- en el aquí y ahora del encuentro inédito.

## **Los efectos**

Las conceptualizaciones propuestas respecto al diagnóstico psicológico tienen, como toda conceptualización, atravesamientos producidos por el contexto histórico que generan efectos sobre las prácticas. Nos importa poner el foco en aquellos atravesamientos que surgen de la aparición y prevalencia de la serie DSM (desde la versión III).



No está de más recordar que el DSM es una publicación de la *American Psychiatric Association* (APA), por lo que el enfoque que realizamos refiere a la incidencia de los diagnósticos psiquiátricos en los diagnósticos psicológicos, así como también en los sujetos a los que se les adjudica tal diagnóstico.

Realizar un diagnóstico psicológico, tal como se planteó arriba, supone partir de paradigmas completamente distintos, respecto de cómo se concibe la construcción del diagnóstico psiquiátrico en el DSM. Por una parte, el DSM busca categorizar el sufrimiento, organizándolo en base a criterios descriptivos, específicos para cada categoría, fuera del contexto (social, familiar, individual) en el que se producen. Por otra parte, el diagnóstico psicológico busca dar un nuevo sentido al sufrimiento, precisamente incluyendo el contexto en el que se produce.

Sin embargo y a pesar de tales diferencias, vemos como la lógica de los manuales DSM, muchas veces permea el diagnóstico psicológico, puesto que una de los "efectos eficaces" se ve en cómo esa forma de diagnosticar comienza a ser parte del lenguaje social y de los modos de subjetivación. Entonces se habla de trastornos, o directamente de algunas categorías, como Trastornos del Espectro Autista, como si las mismas pudieran describir los fenómenos psicológicos de los que se habla.

Y esto ha sido así a tal extremo, que en algunos países se considera al DSM como el manual de la psicología clínica. En Uruguay se ha dado la situación de forzar a los psicólogos a que en la historia clínica (en el caso de servicios de salud de asistencia colectiva) se ponga el diagnóstico de acuerdo a las categorías del DSM, que por supuesto, no es equivalente al diagnóstico psicológico, por lo que se termina "forzando" los términos y haciendo encajar al individuo en algo que no lo describe cabalmente. Rebasa los objetivos de este artículo, analizar por qué se busca equiparar o subsumir el diagnóstico psicológico al psiquiátrico, en la búsqueda de un pretendido "lenguaje común", cuando de lo que se trata es de miradas disciplinares suplementarias de un mismo objeto.

Ahora bien, ¿cómo se llega a este estado de situación? El manual ha tenido dos momentos que se pueden diferenciar claramente: sus versiones I y II, en los que la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis tienen una importante presencia, los cuadros patológicos se comprenden incluyendo sus causas, siendo el sufrimiento psíquico una señal de las mismas. A partir de la versión III (1980), se busca realizar un manual "ateórico", por lo que pasa a ser exclusivamente descriptivo. La versión III además es un claro reflejo del paradigma de la psiquiatría de esa época, pasando a tener una orientación exclusivamente biomédica, consecuencia de lo cual queda afuera el contexto y pasa a ser algo del individuo. García Zabaleta (2019) describe esta versión como el "origen de la medicalización" (p.446) de la psiquiatría.



Es importante señalar que las distintas versiones introducen varios cambios, fundamentalmente en los criterios diagnósticos. Sin embargo, y a los efectos de los objetivos de este artículo, señalaremos que dicho cambio en los criterios diagnósticos fue acompañado de un aumento progresivo en la cantidad de categorías diagnósticas, especialmente visible entre las versiones IV y V. En la versión III se describen 265 categorías, en la IV, 297 y en la V, 541. García Zabaleta (2019) señala en este sentido que:

Si bien es cierto que no se puede traducir este aumento de categorías exclusivamente como una aparición de nuevas enfermedades, debido a que en gran parte se debe a un incremento de la especificidad de las categorías, parece evidente que esa sistematización contribuye a la patologización de cada vez más comportamientos. (pp. 451-52)

Estos cambios producen también un efecto sobre los profesionales de la salud, y fundamentalmente sobre los sujetos de la consulta, ya que la lógica normalizadora que incluye (puesto que demarca qué es lo normal y que no), habilita a que un amplio espectro de fenómenos y conductas sean contemplados en las categorías diagnósticas y consideradas como patologías. Entendemos importante en este punto traer las palabras de quien fuera presidente del grupo de trabajo del DSM IV Allen Frances (2014)

A pesar de que habíamos sido obstinadamente moderados en nuestro objetivo...no fuimos capaces de predecir ni prevenir tres nuevas falsas epidemias de trastornos mentales infantiles: autismo, déficit de atención y trastorno bipolar infantil. Además, no hicimos nada para frenar la creciente inflación diagnóstica que ya estaba extendiendo los límites de la psiquiatría mucho más allá de sus competencias (p. 12).

No se trata exclusivamente de una descripción de fenómenos o síntomas tal como se intenta justificar; en tanto esa categoría es nominada como patología pasa a tener una existencia que se autonomiza de su origen (es decir de la descripción de los fenómenos o síntomas). Las existencias de tales categorías operan como un mecanismo discursivo de anticipación, puesto que da lugar a significados, previos al que aporta el discurso de los sujetos.

¿Cómo opera esto en el diagnóstico de niños, niñas y adolescentes?, De acuerdo a Bianchi (2016)

...los diagnósticos psiquiátricos en la infancia tienen estatuto propio, ya que constituye el segmento poblacional más intensamente gobernado, y es uno de los blancos directos de

múltiples estrategias de normalización individual y colectiva en las sociedades occidentales. (p. 419)

Como se mencionó anteriormente, los manuales DSM han tenido efectos sobre las prácticas, algunos de los cuales se hacen evidentes a partir de la versión III, por los cambios de paradigma que la misma supone.

### **Efecto 1: La patologización**

Como se propuso ya en una exposición (Cristóforo, 2021), la patologización se refiere a la inclusión de un fenómeno normal en la categoría de enfermedad. La dependencia de niñas, niños y adolescentes hace que queden sujetos a las significaciones que los adultos les otorgan a sus conductas y expresiones.

Cuando la inclusión de una conducta dentro de lo normal o anormal está demarcada externamente, esto es por el discurso que lo anticipa, y a su vez el abanico de lo anormal es cada vez más extenso (como pasa en el DSM V), es muy probable que los adultos (maestros, profesionales de la salud, familia) adjudiquen esas significaciones a aquellas conductas de los niños, niñas y adolescentes que no se corresponden con lo *esperado*.

Se observan dos modalidades en las que se vehiculiza la patologización:

- En la necesidad de diagnosticar o incluir en categorías diagnósticas toda conducta que no forma parte de lo esperado por los adultos. Cada sociedad sostiene ideales de cómo deben ser estos niños, niñas y adolescentes. De aquí que, cuando no cumplen este ideal se sancionan como no normales. De esta forma se diagnostican comportamientos o acontecimientos que no son más que manifestaciones de los modos de subjetivación de la época, o bien son reacciones saludables ante situaciones vitales como conflictos familiares, escolares, presiones sociales, etc.

- Y a consecuencia de lo anterior, es poniendo en el centro de todas las acciones a las niñas, niños y adolescentes que presentan tales conductas, significándolos como problemáticos y descontextualizando dichas conductas de los factores familiares, sociales, económicos y culturales. Es decir se individualizan y personalizan los problemas y queda el niño, la niña o adolescente, como único responsable de lo que le pasa.

Cabe recordar que este fenómeno es consecuencia de la perspectiva biomédica que se instala a partir del DSM III. Como consecuencia, el sufrimiento en infancias y adolescencias y sus diversas manifestaciones, es entendido por los adultos como un *problema de salud*, por lo que se requiere de la intervención de los profesionales de la salud, aumentando la

consulta a los mismos, incluso por situaciones que no son de salud (generalmente de índole vincular y/o social). El problema se genera cuando los profesionales de la salud, se ven impelidos a dar respuestas sanitarias (por ej. nominarlo como patológico, o proponer distintos tratamientos), ante problemáticas altamente complejas que provienen de múltiples factores como ya se señaló (sociales, económicos, políticos, médicos y psicológicos).

## **Efecto 2: Eliminación de los factores histórico sociales, individuales, familiares y situacionales**

Las categorías psicopatológicas no son existentes, son producciones sociales (en este caso descritas en un manual de la psiquiatría), que pasan a ser tratadas como un objeto real, naturalizado. Se instala un discurso que se institucionaliza<sup>1</sup>, esto es, establecida la categoría, quedan establecidas también las acciones y los actores que intervienen, adquiriendo el valor de verdad científica. En el caso de las categorías diagnósticas del DSM, por su concepción biomédica, queda establecido (sin decirse) el tipo de tratamiento y la intervención de la medicina.

Si bien podemos entender esta tendencia como una construcción social, surgida en un momento socio-histórico en donde el desarrollo de la biología (y las neurociencias) habilita una forma prevalente de entender los fenómenos humanos (fuera de sus componentes subjetivos, históricos sociales, individuales y situacionales), tiene sobre los sujetos-pacientes, un efecto desubjetivante y, por lo tanto, violento.

## **Efecto 3: Sobre los vínculos**

Uno de los efectos de realizar diagnósticos categoriales de acuerdo al DSM, se visualiza en cómo los mismos permean los vínculos de los niños, niñas y adolescentes, con los adultos, tal como se ejemplifica con una viñeta surgida de un consultorio universitario.

Fernando es un niño de 9 años por el que consultan “debido a que en clase nunca puede atender a la maestra, no se queda quieto”. La maestra sugiere que debería ser medicado, sugerencia que se realiza desde una posición patologizadora, y que devela desde donde lo mira su maestra. No obstante, la madre resuelve empezar con una consulta psicológica.

---

<sup>1</sup> De acuerdo a Berger y Luckman la institucionalización de los fenómenos sociales supone que: “las instituciones establecen que las acciones de tipo X sean realizadas por actores del tipo X” (1986: 76).



En la primera entrevista al hacerlos pasar entran Fernando y su madre. Al preguntar por el motivo de consulta la mamá (María) contesta: "puedo llamar a mi madre que está afuera, porque fue ella la que llamó". Al pasar la abuela al consultorio llama la atención la posición en la que se sientan y la escena que se instala. Fernando queda sentado en medio entre ambas mujeres, siendo lo más llamativo de la escena, el diálogo entre la madre y la abuela, mirándose una a la otra, por encima de la cabeza de Fernando, sin mirarlo en ningún momento a pesar de referirse a él todo el tiempo. Esta situación cambia cuando Fernando se empieza a mover de tal forma que las incomoda en su diálogo. La mamá dice "desde que se paró para caminar ya no paró"

Son múltiples las lecturas que se pueden hacer de la situación relatada. Interesa en este momento jerarquizar que no solo la madre y la abuela no miran a Fernando, o solo lo miran cuando se mueve, sino que además no pueden escucharlo cuando él desde su inquietud pide que lo miren-atendan.

Fernando en sus producciones da cuenta todo el tiempo de las particularidades de la escucha y la mirada que siente por parte de sus referentes.

En el reactivo verbal de la técnica Situación Persona Prestando Atención (SPPA) Fernando cuenta: "Había una vez una paloma que estaba muy asustada porque un tipo borracho la miraba y no le despegaba los ojos de ella..." (mirada con función de control de acuerdo a Berger, 2000)

Fernando tiene una madre que funciona en el vínculo con él, como una hija de su abuela quien tiene la palabra privilegiada, quedando entrampado en este vínculo peculiar entre su madre y su abuela. A fin de ser visto, mirado, comprendido, debe hacer cosas para captar la atención de estas mujeres que lo desean inmóvil para que no interfiera en el vínculo. Una mamá que ha quedado instalada en el lugar de hija respecto a su madre-abuela, resignando el lugar de contención que demanda Fernando. Entonces, el signo por el que viene el niño, podría comenzar a ser producido como síntoma tomando un nuevo sentido y así desplegar otras posibilidades de subjetivación, incluyendo a todos los protagonistas. Si se trabaja sólo con el niño, queda colocado en el lugar del problema, del que debe hacerse cargo a solas de esta complejidad vincular que lo precede, descontextualizando el sentido de su inquietud.

Se comparte junto a Faraone et al (2009) el señalamiento sobre el hecho de que las clasificaciones derivadas de discursos donde predomina la lógica del signo, no son ingenuas, remitiendo a posicionamientos ideológicos, políticos y económicos. Y las instituciones vinculadas a las infancias como la familia, la escuela y la salud, se hacen eco demandando la sujeción de los cuerpos dóciles al decir de M.N. Miguez (2012), que se apartan de las necesidades y demandas de esos niños, niñas y adolescentes.





El sufrimiento que se pretende aliviar, al ser mirado exclusivamente desde los signos de los denominados trastornos o peor aún, los que tienen “riesgo de”, generan efectos a varios niveles por los que circulan estos hijos, hijas, alumnos, alumnas, pacientes. Se ha demostrado que la distancia entre lo esperable y lo obtenido cuando se medica la infancia, en la familia genera una importante ambivalencia respecto al tratamiento farmacológico. La familia se siente tironeada entre las exigencias del sistema (educativo y sanitario) y la autopercepción como familia. El niño que molesta, al ser medicado, llega a ser vivido como extraño, “ya no es el mismo, no es mi hijo, aunque esté quieto”. Los sentimientos contradictorios respecto al tener que medicar al niño portador de un “trastorno DSM” para que permanezca en la escuela y el temor a ser relegado del sistema, están fuertemente presentes en las familias de niños medicados. (Muniz Martoy, 2017)

La mirada sobre las condiciones que producen un sufrimiento, así como los efectos de las acciones terapéuticas tomadas, ha de ser constante, incorporada a partir de intervenciones múltiples —a fin de no dejar al niño solo—, en las que se puedan trabajar los niveles inter y transubjetivos involucrados.

Para finalizar, interesa destacar una vez más, que el diagnóstico psicológico tiene como objeto la construcción de un nuevo sentido al sufrimiento que niños, niñas y adolescentes muestran a través de sus conductas y que los adultos significan como no normal, en tanto no entran en lo esperado por ellos.

La “entrada en escena” de los manuales DSM, fundamentalmente a partir de la versión III, introduce en la sociedad un discurso, que a través de la categorización que impone, patologiza esas expresiones del sufrimiento y establece modos de abordaje desde una perspectiva exclusivamente biomédica, que desconecta dicho sufrimiento de las condiciones que lo producen como tal.

Tener en cuenta los efectos de la acción simplemente diagnosticadora sobre la subjetividad del consultante, así como de su entorno familiar, escolar, social, implica una postura ética y de cuidado en clave de derechos de niños, niñas y adolescentes.

---

**Adriana Cristóforo:** Dra. en Psicología por USAL. Ex. Profesora Titular del Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad de la República.  
Docente de la Especialización en Evaluación Psicológica y de las Maestrías en Psicología Clínica y Educación de la Facultad de Psicología, UDELAR.



**Alicia Muniz:** Dra. en Psicología por USAL. Ex Profesora Titular del Instituto de Psicología Clínica, Ex Encargada de Curso de Psicopatología Clínica de la Infancia y Adolescencia, Universidad de la República. Actualmente es docente de posgrado en la UDELAR y en el IUPA-AUDEPP. Psicoterapeuta psicoanalítica individual y vincular.

### **Diagnóstico psicológico: seu sentido e efeitos em contexto de patologização**

**Resumo:** O trabalho parte de uma conceituação do diagnóstico psicológico, desde uma perspectiva complexa, propondo o mesmo como um dispositivo que busca dar um novo sentido ao sofrimento de meninos, meninas e adolescentes, que se manifesta através de seus comportamentos. Nesta perspectiva, analisa os efeitos que os Manuais DSM têm tido sobre a maneira de realizar os diagnósticos, e, fundamentalmente, os efeitos sobre a subjetividade de meninos, meninas e adolescentes.

**Descritores:** Psicodiagnóstico, Infância, Patologia, Psicofármacos, Vínculo.

### **Psychological diagnosis: its meaning and its effects in the context of pathologization**

**Abstract:** The work is based on a conceptualization of psychological diagnosis, from a complex perspective, proposing it as a dispositive that seeks to give a new meaning to the suffering of children and adolescents, which is manifested through their behaviors. From this perspective, it analyzes the effects that the DSM Manuals have had on the way of making diagnoses and, fundamentally, the effects on the subjectivity of children and adolescents.

**Descriptors:** Psychodiagnostics, Childhood, Pathology, Psychotropic drugs, Liaison.

### **REFERENCIAS**

- Berger, P.L. y Luckman, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. (17ª ed.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Berger, M. (2000). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención: un enfoque clínico y terapéutico*. España: Síntesis.
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 14(1). <https://doi.org/10.11600/1692715x.14128210715>
- Cristóforo, A. (28-29 de abril de 2021). Medicalización y patologización. [Conferencia Inicial]. *Conversatorio on line: Cortemos por lo sano*.
- Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E. & Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Revista Electrónica Margen*, 54. [www.margen.org/suscri/margen54/faraone.pdf](http://www.margen.org/suscri/margen54/faraone.pdf)
- Frances, A. (2014) *¿Somos todos enfermos? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Barcelona. Ariel
- García Zabaleta, O., (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34(3), 441-460.)
- Muniz Martoy, A. (2017). Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares del diagnóstico psicopatológico y del tratamiento por dificultades en la atención y por hiperactividad en niños escolares [tesis doctoral]. Universidad del Salvador, Buenos Aires. <https://racimo.usal.edu.ar/5569>