

## *La difícil tarea de diagnosticar*

**Resumen:** Lo que a algunos profesionales de la salud mental les parece una tarea sencilla y rápida, pensamos que en realidad implica varias cuestiones complejas quisiéramos pensar en este trabajo. Creemos que el poder hacer un diagnóstico no solo implica el buen uso del DSM IV o de alguna otra herramienta similar, sino que implica una alta responsabilidad tanto social como subjetiva. Y aquí es donde si no se toma conciencia de los efectos que causan los rápidos e imprecisos diagnósticos, caemos fácilmente en los peligros de estereotipar y rotular a los sujetos. Esto se ve a diario en el consultorio donde los pacientes llegan diciendo lo que traen de otros profesionales, con la angustia de ser “portadores de”. Esto se intensifica aún más en los tratamientos con niños, donde se hace visible los errores que cuestan todo un sufrimiento familiar, por el solo hecho de tener que diagnosticar y dar respuestas antes de tiempo. Creemos necesario poder pensar en las implicaciones que trae dar un diagnóstico, y poder problematizar la función del diagnosticar en nuestra práctica cotidiana como agentes de la salud mental.

### **Desarrollo:**

Si bien en mi recorrido teórico y académico no me he detenido nunca en el tema específico del diagnóstico, si me ha llamado la atención desde la clínica interrogar esta práctica de los agentes de la salud mental en este caso, y de los agentes de la salud en general. Dicha problematización sobre el tema surge de observar cotidianamente en la práctica profesional los errores y confusiones que se producen a la hora de diagnosticar. Esto nos indica que la tarea es por demás compleja, por lo tanto requiere de un tiempo para hacerlo y de un cuidado especial a la hora de decir al paciente. Creemos que ambas cosas se han ido descuidando con el tiempo, y lo que vemos hoy en día es una banalización de la función diagnóstica, donde hay que dar diagnósticos al minuto, cual comercio de comidas rápidas (sale el pedido en menor tiempo posible). Es así como se deslegitima a la labor del profesional en salud mental, además de los daños que tienen como consecuencia estos diagnósticos a nivel social y subjetivo. Si bien no trabajo con niños, me llama fuertemente la atención el caso especial que se da a la hora de realizar un diagnóstico a un menor. Allí las

características que anteriormente describíamos se ven acentuadas, y las consecuencias parecen ser aún más graves. Se entiende que cuando se trata de niños los padres demandan respuestas rápidas por el monto de ansiedad que implica conocer si sus hijos poseen o no algún tipo de patología, pero atender obedientemente esta demanda parece no ser la solución correcta. Se naturaliza decir que un niño de 2 años es psicótico, y el diagnóstico se convierte en un pronóstico desfavorable de por vida. Así comienza un desgaste no solo económico (pensemos que los padres comienzan un largo peregrinaje por diferentes especialistas), sino también subjetivo y social. En este nivel las consecuencias son devastadoras, ya que el niño queda marcado y estigmatizado en sus lugares de inserción (jardín, escuela). Ahora nos preguntamos, ¿cuáles son los criterios para poder decir en una entrevista, con suerte pueden ser dos, que un niño pequeño es psicótico (o autista, etc)? ¿O no es necesario, y más en esa edad, poder tomar el tiempo necesario para dar tal diagnóstico? En el caso de los adultos muchas veces nos es muy difícil llegar a un diagnóstico de certeza, hay que recorrer un largo camino antes de poder decir algo en relación a ello, y ante todo no debemos olvidar que allí hay un sujeto frente nuestro. Creemos que en el caso de los niños, donde muchas veces aún no poseen lenguaje, el camino a recorrer debe ser mucho más cuidadoso, y si es necesario tomar un largo tiempo antes de diagnosticar no hay por qué apresurarlo. Por ello, ya sea un niño o un adulto, debemos tener ante todo presente que tratamos con subjetividades, que de ellas es imprescindible no olvidarse en esa carrera contra el tiempo por el diagnosticar lo antes posible.

### **El caso de los adultos: marca de identidad**

En el caso de los adultos que llegan al consultorio se presenta el grupo de aquellos que traen un diagnóstico anterior, portando el ser en dicho rotulo. Así, se presentan diciendo “soy....”, la frase se completa con el diagnóstico que le han dado (bipolar, anoréxico/a, histérica/o, etc). Algunos de estos diagnósticos han sido dichos a los pacientes por otros profesionales, pero también existen los casos en los que el paciente conoce su propio diagnóstico de forma indirecta, por cuestiones burocráticas de las obras sociales o por tramites que se le exigen desde las fuentes laborales. Así, al conocer su diagnóstico la primera reacción es el enojo, el distanciamiento de aquello que les resulta hasta ofensivo.

Muchas veces, el saber popular condena a alguien al decir que es “un neurótico” o “una histérica”. Para ello, y evitando los enojos y los malos entendidos, además de dar un diagnóstico al paciente, y para que él no sea solo un rótulo, es necesario poder explicar de qué se trata lo que estamos diciendo, tomar un tiempo para que el paciente comprenda que con ello podemos trabajar y encontrar formas de direccionar la cura, y que no es un elemento que solo marque un estigma, muy por el contrario debería poder ayudar a encontrar ciertas respuestas y alivios en el paciente. Pero para ello, como ya hemos dicho, es necesario poder tomar el tiempo necesario, tanto para arribar al diagnóstico, como para poder explicar de qué se trata cuando se le comunica al paciente. Volviendo al trabajo con niños, he visto muchas veces que se deja un informe escrito a la secretaria del consultorio para que los padres luego lo retiren y lo lean solos, sin dar ningún tipo de devolución ni explicación alguna sobre lo que se está diciendo. Se informa allí que el niño tiene TGD o ADD, y ni siquiera se dan herramientas para que los padres puedan descifrar estas siglas y conocer de qué hablamos cuando decimos esto.

Remontando el caso de los adultos, se puede observar que luego del enojo y desconcierto inicial el diagnóstico se convierte en marca de identidad. Poder trabajar con un sujeto que viene marcado de tal forma es muy difícil, las marcas del diagnóstico pasan a ser marcas subjetivas, marcas del saber-poder que construyen subjetividad. Hay que pensar en principio en poder correrse de esas marcas, y que el sujeto pueda salir de esa posición de cosificación que significa quedar cristalizado en un sentido tan fuerte como es el diagnóstico. Posibilitar este corrimiento permite comenzar a pensar en un sujeto singular, más allá de los rótulos sociales-morales-médicos, más allá de las generalidades que engloban los diagnósticos donde solo se es uno más del millón. Si bien como hemos dicho antes los diagnósticos orientan nuestras coordenadas a la hora de direccionar la cura, solo deben cumplir esta función sin empañar el horizonte subjetivo. Poder pensar en la singular del sujeto nos permite la construcción de otro tipo de subjetividad posible.

### **Obras sociales, organismos e instituciones que apremian: aparatos de estado**

Como hemos dicho anteriormente los organismos como las obras sociales, o algunos otros que otorgan trabajo o beneficios a los pacientes, se encargan muchas veces de ser los informantes indirectos de los diagnósticos con los pacientes. Pero no solamente esto es lo

que hacen, obstaculizando en ocasiones nuestro trabajo, sino que también exigen que nos convirtamos en máquinas burocráticas que expiden diagnósticos e informes al por mayor. Es así como el apremio por conseguir un diagnóstico lo antes posible no siempre viene de la mano de la ansiedad del paciente, sino que muchas veces es la obra social, o cualquier otro organismo, el que demanda un diagnóstico de certeza con suerte a la segunda sesión. Esto lógicamente limita e impide un trabajo a conciencia, por lo que uno debe optar entre satisfacer a la institución demandante o cumplir con la tarea de analista. Muchas veces se informa a la obra social para que el paciente no pierda los beneficios otorgados por esta, y a la vez se decide comentar la situación con el paciente, dando la posibilidad de poder seguir trabajando en su análisis más allá de las exigencias burocráticas. El caso extremo se ve con las personas que demandan análisis solo como forma de conseguir su certificado de licencia, o cambio de tareas. De esta forma nos convertimos en meros agentes administrativos, y quedamos atrapados en una *encerrona trágica* del estado. Así es como nuestro rol se va desvirtuando, quedando en el lugar del agente que otorga las licencias, donde el Estado empleador obliga a continuar los tratamientos para que el cambio de funciones o de lugar de trabajo se pueda conservar. Por lo tanto es importante poder repensar nuestra práctica, no quedar enajenados en estas trampas del sistema, y poder seguir con el oficio de analistas más allá de los escollos que impone el aparato estatal.

Retomando la problemática del diagnóstico, queremos decir que muchas veces otros profesionales de la salud cooperan sin saberlo con este sistema, lo que trae como consecuencia pacientes rotulados, y para colmo de males, mal rotulados. Esto es lo que llamábamos anteriormente diagnósticos al minuto, que en pos de responder a las exigencias del sistema apresuran los tiempos *inapresurables*. El caso de los médicos psiquiatras es un tanto especial, ya que el diagnóstico se torna imprescindible a la hora de medicar, pero creemos que de todas formas el diagnóstico vuelve a ser solo una herramienta, que debe cuidarse a la hora de su uso. Una vez más destacamos la importancia de no apresurar el diagnóstico, ni por el apremio de los organismos, ni por la necesidad de medicar ciegamente. Así se cuenta con un alto porcentaje de pacientes mal medicados, o excesivamente medicados, lo que trae consecuencias a largo plazo. Y también aquí volvemos a destacar, ya que hacíamos referencia a porcentajes, que en el caso de los psiquiatras es importante rescatar al sujeto, a la singularidad, y no quedar en una mera

estadística. Así seguramente se prevén ciertos errores, y se brinda al paciente una mejor atención.

### **Conclusión: ¿Es solo una mera opinión?**

Si bien me dedico a la investigación, como explicaba anteriormente no lo hago en relación a esta temática. Es por ello que creo pertinente destacar que este trabajo se enmarca dentro de una preocupación clínica, y no dentro de un trabajo de investigación, lo que lleva seguramente a poder pensar que aquí han quedado manifestadas simples opiniones. Sin embargo creo que es de vital importancia poder problematizar los fundamentos de los diagnósticos, y comenzar a dar relevancia no solo a los temas de investigación que se encuadran dentro de las ciencias sino también a las problemáticas que surgen de la práctica cotidiana como profesionales de la salud mental. Es así como planteo este trabajo desde una preocupación surgida de la práctica clínica, del observar el propio oficio de analista y el de muchos colegas. Todo esto me lleva a re pensar el rol que tenemos todos, el lugar que ocupamos como analistas, médicos, especialistas. La función y la responsabilidad que ella conlleva desde lo social, pero también desde el trabajo puertas adentro del consultorio. Creo necesario poder destacar el trabajo que realizamos con los sujetos, pero para poder revitalizar dicho trabajo es imprescindible saber desde donde vamos a diagnosticar, para quién y para qué.

Lic. Julieta Sourrouille