



## Pensando el diagnóstico en el psicoanálisis de niños

**María Margarita Melazzini**

**Resumen:** El diagnóstico en la infancia es fundamental para arribar a un abordaje clínico adecuado que permita la utilización de herramientas psicoterapéuticas específicas de acuerdo a las manifestaciones que el niño y su familia presenten.

El diagnóstico es una hipótesis que deberá ir revisándose a lo largo del tiempo.

El diagnóstico en la infancia incluye lo epocal, implica una postura ética de parte del analista en tanto lo considera como un proceso que lleva tiempo y que incluye entrevistas a los padres, horas de juego diagnósticas, entrevista familiar diagnóstica, gráficos y entrevistas de devolución al niño y a sus padres.

**Descriptor:** Diagnóstico, Infancia, Psicoanálisis de Niños, Psiquismo Temprano, Corrientes Psíquicas, Subjetividad.

### **¿De qué hablamos cuando nos referimos al diagnóstico en nuestra práctica clínica con niños?**

Según la Real Academia Española, diagnosticar significa "determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos". Esta conceptualización está construida desde una perspectiva médica que apunta a la búsqueda de patologías. Ahora bien, desde nuestra perspectiva clínica psicoanalítica con niños, entendemos al diagnóstico como un proceso, momento de inicio en el camino que iremos transitando con un niño y sus padres/familia. Pensamos que el proceso de diagnosticar nos permite hacer un relevo de varios datos que nos van a servir como guía para orientar nuestra práctica. A lo largo de la misma vamos a considerar y trabajar tanto los aspectos ligados al sufrimiento, lo sintomático, lo compulsivo, lo agresivo, lo traumático, lo deficitario como aquellos otros relacionados a la creatividad, aspectos reparatorios, amorosos, resilientes en el niño.



Es fundamental entender que el *diagnóstico concebido como proceso*, nos va a permitir detectar distintos funcionamientos psíquicos, tanto del orden de lo patológico como del orden de lo saludable, será nuestro objetivo poder investigar sobre el funcionamiento mental y emocional en todas sus dimensiones: intrapsíquicas y relacionales/vinculares.

Nos alejamos entonces de la categorización y clasificación psiquiátrica del DSM que se basa en una cantidad de síntomas o en una serie de ítems que develan conductas determinadas, que no responde a una lectura de la historia de ese sujeto en desarrollo, de su marco social ni cultural, sino que propicia —en muchos casos— la *sola y exclusiva* ingesta de medicación, objetalizando y estigmatizando a ese niño, rotulándolo y ubicándolo en un lugar fijo y permanente, generando así un *statu quo* que resulta totalmente distante de la idea de crecimiento mental, psiquismo en desarrollo, y efectos reparadores de los vínculos que una detección precoz y un tratamiento psicoterapéutico adecuado pudieran propiciar.

Samuel Zysman (2004) en su texto: “Mis ideas actuales sobre el diagnóstico en psicopatología infantil”, refiere que el diagnóstico es sincrónico y también diacrónico.

Sincrónico en tanto recorte que hacemos del presente: qué le está pasando a este niño en este momento actual. Diacrónico en tanto vamos evaluando a lo largo del proceso terapéutico si nuestras hipótesis diagnósticas se mantienen o se van modificando a lo largo del tiempo. El diagnóstico nos permite esbozar hipótesis que nos irán guiando y que tendremos que ir contrastando a lo largo del trabajo analítico con ese niño.

Es fundamental plantear una postura ética con respecto al diagnóstico en las infancias, ya que de no poder pensar en la idea de proceso y de psiquismo abierto en formación y transformación, el riesgo es caer en la objetalización del niño, que responda entonces —de acuerdo a una cierta cantidad de ítems que se observen en su conducta— a una clasificación rígida que lo cosifique y que en muchos casos lleve a la medicalización y estigmatización, creando identificaciones de “objeto” y no de “sujeto” en el niño.

## ¿Diagnóstico de qué?

Evaluamos distintos ejes:

- 1- En primer término al *niño que es traído a la consulta*: evaluaremos el grado de salud o enfermedad, es decir, con qué recursos cuenta para afrontar los conflictos que el propio desarrollo le presenta, la capacidad sublimatoria, la posibilidad de jugar, el tipo de pensamiento: concreto/ simbólico, la riqueza de la fantasía, la capacidad para tolerar la frustración, el grado de conexión y/o registro de la reali-



dad externa, el manejo de los impulsos, el montante pulsional: tanto de excitabilidad erógena como de agresividad y los modos en que estos se expresan; la dinámica pulsional: movimientos regredientes, progredientes, puntos de fijación. La capacidad de hacer lazo con otros, de sociabilizar. Los recursos defensivos con que este niño cuenta. Consideraremos también el tono afectivo con el que el niño se presenta y que podremos registrar a partir del uso instrumental de nuestra contra-transferencia: tristeza, enojo, excitación, miedo, abulia, indiferencia, omnipotencia, deseo de conocer acerca de lo que le pasa o deseo de no conocer. (*K/ -K de Bion*).

En este sentido consideraremos los aspectos sintomáticos que el niño presente: indagaremos acerca del dormir, del soñar, la alimentación, la posibilidad de vincularse con pares, el tipo de vínculo que predomine: amoroso, hostil, competitivo; miedos, expresiones de la sexualidad infantil: modos de obtención del placer, culpas, posibilidad de jugar, de tolerar la espera, celos, rivalidad, envidia, sentimientos de exclusión (estos últimos considerados como parte de la conflictiva edípica).

También, tendremos que evaluar aspectos ligados a lo que denominamos trastornos. Cuando hablamos de trastornos nos ubicamos en un período del desarrollo mental que es previo a la instauración de la represión primaria. Si seguimos las ideas de Silvia Bleichmar (2008), pensamos que los síntomas se producen en tanto la represión primaria ya está instalada. Cuando hablamos de trastornos, en cambio, nos referimos a manifestaciones clínicas correspondientes a un tiempo previo a la instalación de la represión primaria. Podríamos pensar al trastorno como una manifestación correspondiente a un psiquismo temprano, no hay aún un narcisismo unificado, no se ha establecido aún un corte y discriminación clara entre el bebé y la mamá (sujeto maternante o quien cumpla esa función). Esto es clave en cuanto a diagnóstico diferencial, ya que nuestra labor clínica va a ser totalmente distinta; y aquí, como nos enseñó nuestro querido Sigmund Freud, nuestras intervenciones serán "per vía di porre o per vía di levare", esto se traduce así: ante el trastorno el analista debe actuar per vía di porre, debe construir junto al niño, la palabra, el sentido, la metáfora. Y con un compromiso profundo de parte del analista ya que estamos ante manifestaciones clínicas de déficit, lo que nos exige un vínculo transferencial-contratransferencial de mucha simbiosis y dependencia, necesarios para ir logrando lentamente la construcción de un yo y un psiquismo más integrado. Aquí estaríamos en el plano de la constitución del "ser."

En cambio ante el síntoma, en tanto ya la represión está operando, el trabajo clínico será "per vía di levare", ayudando al niño a hacer consciente lo inconsciente. Aquí estaríamos ante manifestaciones clínicas de conflicto intrasistemas: yo- ello- superyó. Desde la esfera



vincular, ya está instalada la terceridad, lo que se juega entonces sería del orden del “tener” (conflictiva edípica). Aquí sí hay concepción de otredad, no así en la idea de trastorno.

Estos conceptos son vitales, poder diferenciar si estamos ante un trastorno o ante un síntoma, lo que va a llevarnos a una tarea clínica particular y distinta con ese niño.

### **¿Es posible hacer diagnóstico de estructura psíquica en la infancia?**

Desde mi comprensión psicoanalítica y basándome en las ideas de estados mentales de Bion y de ansiedades persecutorias y depresivas de Klein, que van desde momentos más disociados de funcionamiento mental a momentos de mayor integración —lo que Bion conceptualiza como oscilaciones entre la posición esquizo paranoide y la posición depresiva— por un lado; por otro lado pensando en la idea de cuerpo en la infancia: que tanto desde la perspectiva del crecimiento y desarrollo madurativo está en un constante fluir; sumando la idea de un narcisismo que se va constituyendo también a partir de las experiencias corporales (la alimentación, el destete, el control esfinteriano con sus vivencias de expulsión y posterior retención, la gradual separación de la madre o de quien cumpla esa función, la capacidad de tolerar la espera, la formación de los símbolos y la gestación del pensamiento: la madre se va y el niño la empieza a nombrar, el tránsito por la conflictiva edípica, en donde es necesario atravesar la experiencia de exclusión, para poder así ir conformando la idea de otredad y de terceridad, y tener que transitar el duelo por la caída de la omnipotencia ante la amenaza de castración, lo que lo ubica al niño en la serie de ser uno más entre otros y ya no más “su majestad el bb”).

Por otro lado incluir también la dimensión vincular, quien asiste a ese niño en su proceso de crecimiento: ¿ese adulto cuidador está atravesado por la castración, está atravesado por la ley de la prohibición del incesto? ¿Va a poder ir regulando las necesidades de ese niño sin abusos, excesos, violencia, pudiendo introducir palabra, prestando símbolo para que ese niño vaya desarrollando su mente y su emocionalidad en el marco de un contacto afectivo cálido y de sostén?

Por todos estos elementos pienso que la estructura en la infancia no es posible concebirla como una organización y funcionamiento psíquico cerrados ni definitivos, será un camino a recorrer con el tiempo, que decantará en la adolescencia. Sí podremos pensar entonces, y vuelvo a citar a Silvia Bleichmar en “*funcionamientos mentales a predominio*”, como ella dice: “corrientes psíquicas predominantes: a predominio de funcionamiento neurótico (mayor integración y operando el mecanismo de la represión, con presencia de

angustias depresivas en donde hay una idea de objeto distinto a mí al que intento reparar porque lo quiero), o a predominio de funcionamiento psicótico (mayor disociación, mayor presencia de angustias paranoides y de mecanismos proyectivos, y la consecuente confusión e indiscriminación con el objeto, que en general tiene una coloratura persecutoria para el niño).

También incluimos funcionamientos psíquicos a predominio autista, donde siguiendo a Meltzer, hablaríamos de un demantelamiento mental, una caída del pensar, en donde habría un intento de desligamiento de la realidad externa que por frustración resulta intolerable para el niño. La realidad resulta bidimensional, no hay concepción de objeto continente, por lo que no hay volumen, no hay cuerpo cerrado, sólo bordes para tocar y chupar incesantemente y de esa manera sentirse ser, sentirse vivo a través de la sensorialidad. No hay idea de otredad. Y la apuesta en el análisis es ir construyendo la concepción de "mismidad", ser yo, empezar a reconocer algo de lo propio, el nombre, el propio cuerpo por ejemplo.

Por último y muy frecuente en la clínica con niños, el funcionamiento mental a predominio somático, esto es toda expresión en el cuerpo que traduce una emocionalidad que no está pudiendo ser detectada como tal, pero que se expresa a través de un síntoma físico, aquí vamos desde los funcionamientos de las enfermedades psicosomáticas: alergias, trastornos respiratorios, hasta dolores de cabeza, dolores de panza, trastornos alimentarios entre otros.

### **Diagnósticos en la infancia: modas, épocas y otras yerbas... capitalismo y tecnoceno mediante.**

Otro tema a considerar son los diagnósticos o mejor dicho *sobrediagnósticos de autismo, trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad, trastornos del lenguaje, trastorno oposicionista desafiante entre otros...*

Quiero aclarar, que no estoy diciendo que estas manifestaciones clínicas no se presenten en nuestra práctica, desde luego que esto acontece. Entiendo, en el caso del autismo sobre todo, que es una situación compleja que requiere de una detección precoz y de un profundo, arduo, y largo trabajo clínico en donde son varias las disciplinas que intervienen para su abordaje: comprensión psicoanalítica, muchas veces medicación psiquiátrica, psicomotricistas, abordaje familiar, pedagogía, neurología, etc.

A lo que me refiero es que muchas veces con mucha liviandad y en una sola entrevista, se puede arribar a un diagnóstico de autismo y es en ese punto en donde se desvirtúa la

idea de *proceso diagnóstico*, que lleva tiempo y considera varios factores en juego: entrevistas a padres, horas de juego diagnósticas, tests gráficos, hora de juego familiar diagnóstica, entrevistas de devolución al niño, a sus padres y si la situación lo requiere a la escuela, al Juzgado, o también a otro profesional de la salud.

## **Diagnóstico y contexto histórico: nuestra época hoy. 1) Tecnología**

Vivimos como dice la pensadora argentina Flavia Costa (2021) en su libro, en la era del "Tecnoceno", por lo que tenemos que incluir en nuestra mirada diagnóstica, la relación del niño y su familia con la tecnología: uso de pantallas, computadoras, tablets, juegos en red. Sabemos que el uso de la tecnología produce efectos en la subjetividad. Esto nos lleva a preguntarnos:

¿Cuánto tiempo pasa un niño frente a una pantalla? ¿Qué efectos produce esto en su subjetividad, en su pensamiento, en la expresión de su impulsividad, en sus emociones, en su lenguaje, en su relación con otros, en la relación con el tiempo, en su capacidad de espera y su tolerancia a la frustración, en su sentimiento de omnipotencia, en la idea de límite, en la noción de finitud y de muerte, en las expresiones de violencia, en la constitución de un lenguaje que muchas veces incluye palabras que no pertenecen a la lengua materna, en su capacidad de atención y de concentración, en el desarrollo de pensamiento conectivo y multitasking?

¿Qué efectos en el psiquismo produce el uso de pantallas en bbs que aún no portan el lenguaje verbal y en donde lo que predomina (en el mundo virtual) es la imagen de carácter bidimensional? ¿Qué sucede cuando el recurso de un adulto cuidador ante el llanto de un bb es ofrecerle "consuelo" a partir de la exhibición de pantallas/ imágenes con sonido y movimiento? ¿cuánto de todo esto incide en la formación del pensar simbólico de un niño?

Por otro lado: el uso que ese niño hace de la tecnología: ¿Permite que se conecte con otros? ¿Produce mayor aislamiento y omnipotencia?

## **2) Pandemia - pos pandemia**

Estamos hoy, año 2023, saliendo lentamente de un proceso largo de pandemia que se inició en 2020, esto provocó forzosamente un encierro obligado. "Quedate en casa" era el lema que se repetía hasta el cansancio; "lávate las manos, no des besos, no des la mano, usá barbijo, el virus está en el aire, no transites por la vía pública", etc.



¿Cuánto de todos estos decires fueron conformando subjetividad en nuestrxs niñxs y analizantes?

Para nosotrxs hoy día, es importante incluir esta dimensión en nuestros procesos diagnósticos con los niñxs que llegan a consultar:

¿Qué pasa con la endogamia/ exogamia en el marco de una pandemia - pos pandemia?

¿En la actualidad, cuáles son sus efectos en la realidad psíquica y vincular de nuestros pacientes? ¿Qué pasa en la expresión de ansiedades paranoides en el contacto físico con otros?

*Diagnóstico y género en infancia:* los movimientos sociales, el feminismo, el colectivo lgbtq+ nos interpela en relación al concepto de identidad. Las categorías binarias hombre / mujer se ponen en discusión, esto también se traslada a nuestros consultorios y desde nuestra escucha analítica tenemos que incluir estas ideas para poder pensar cuando un niñx dice que se siente incómodx en el cuerpo que porta. Intervenimos desde nuestra actitud analítica permitiendo que la pregunta se pueda formular, sin apurar, tolerando la incertidumbre, sin patologizar, funcionando desde el lugar de analistas en donde el inconsciente, el psiquismo en desarrollo, el plano de lo vincular y las identificaciones son ejes a considerar; nuestra ética aquí se traduce en que nuestro rol no es desde una actitud militante que imponga certezas inmediatas, todo lo contrario, es desde el acompañar un proceso que se irá desplegando a lo largo del tiempo.

Al decir de Delia Torres, psicoanalista argentina "con el psicoanálisis no alcanza pero sin el psicoanálisis no se puede".

Esto es en tanto el niñx y su presentación en la consulta.

2- En segundo término tendremos que considerar a los *padres en su discurso y en su relación transferencial con nosotrxs y con ese niñx:*

¿Qué refieren de ese hijx que los convoca a consultar? ¿Cuál es la conducta que les llama la atención de ese hijx y cómo los afecta: ¿los angustia? ¿Los enoja? ¿Les resulta irrelevante pero es atendida por requerimiento de un tercero? (la escuela, un pediatra, un juzgado, por ej.)

Dentro del eje transferencial que los padres vayan estableciendo con nosotrxs —si bien sabemos que no podemos interpretarles— sí evaluamos en qué lugar nos ubican a nosotrxs analistas y en qué lugar se ubican ellos, cómo les resulta tolerar la exclusión edípica de no ser los protagonistas en el espacio terapéutico. Podemos funcionar como: padres severos (aspecto superyoico), rivales (¿seremos nosotros quienes podremos "curar" al niñx y no ellos? Lo que puede provocar una herida narcisista que se exprese a través de resistencias en el tratamiento de ese niñx, ausencias, llegadas tarde, por ejemplo). Podemos llegar a



ocupar también el lugar del saber omnisciente, generando en los padres conductas infantiles de sumisión, obediencia y dependencia.

- 3- En tercer término tendremos que evaluar a partir de nuestra *contratransferencia*, si es que nos sentimos en condiciones de llevar adelante este proceso diagnóstico, en base al motivo de consulta, en base a los sentimientos /emociones contratransferenciales, aspectos de nuestro propio yo y de nuestro inconsciente que se movilizan y que tendremos que ir considerando desde dos perspectivas: la primera, en tanto estemos dispuestos a asumir el compromiso clínico con este niño y su familia, la segunda, en tanto guía (nuestra contratransferencia) de lo que este niño y su familia presentan como trama vincular e intrapsíquica y que nos permitirá intervenir en la etapa posterior de tratamiento propiamente dicho. Y que también funcionará como una hipótesis diagnóstica más que tendremos que ir contrastando a lo largo del tiempo.

### **Motivo de Consulta**

Vamos a considerar lo que denominamos motivo de consulta, esto se traduce como: "aquellos motivos conscientes e inconscientes que hacen que un padre/madre/ adultx responsable por un niño venga a consultar."

### **El diagnóstico según distintos autores**

Gisela Untoiglich, analista de niños argentina, nos dice en su texto que *En la infancia los diagnósticos se escriben en lápiz* (2011), esto significa que en tanto el psiquismo de un niño está en proceso de estructuración los diagnósticos no son definitivos, y más aún, en tanto un niño luego de un proceso psicodiagnóstico inicia un tratamiento psicoterapéutico, tiene chances de modificar ese diagnóstico de inicio, potenciando sus aspectos sanos y trabajando sobre sus dificultades de modo de ir generando cambios en su subjetividad.

Esta autora considera de importancia hacer un diagnóstico sobre cuatro ejes:

- 1- Lo familiar: qué tipo de dinámica vincular predomina en la familia a la que el niño pertenece, en qué lugar este niño está ubicado, si puede desplegar su deseo en términos de crecimiento mental y emocional, o si funciona como objeto de goce materno/paterno.
- 2- Antecedentes de la enfermedad: rastrear los orígenes, aspectos identificatorios del síntoma que el niño puede presentar, desde cuándo, ante qué situación.



3- Lo vincular: ¿este niño hace lazo? ¿Se relaciona con sus pares? ¿Juega con otros? ¿Predomina lo amoroso o lo hostil? ¿Los vínculos son de carácter narcisista? ¿O puede incluirse la terceridad edípica? ¿Hay registro de la otredad? ¿O se juega el ser en sus fallas constitutivas? Aquí tenemos que hacer diagnóstico diferencial entre manifestaciones clínicas del orden del ser (trastornos narcisistas y de estructuración yoica; lo que implica déficit o falla en la estructuración subjetiva) y manifestaciones clínicas del orden del tener (conflictiva edípica, lo que implica conflicto entre instancias intrapsíquicas e idea de otredad).

4- Lo propiamente sintomático del niño.

J. Sahovaler y colaboradores en su texto: "Reflexiones actuales acerca del diagnóstico en el psicoanálisis de niños", nos dicen que "el diagnóstico es la elaboración de una estructura formal comunicable a otros ámbitos", "el poder transmitirle a los padres del niño qué es lo que entendemos que le pasa, genera alivio y baja la ansiedad, también puede funcionar como alarma frente a lo que ha sido renegado o ignorado y puede ayudar a que puedan contactarse con el sufrimiento del niño y operar de modo adecuado, por ejemplo, dando inicio a un abordaje terapéutico."

Es importante cuando el analista arriba a ciertas hipótesis diagnósticas que pueda informarlas a los padres o adultos responsables, a la escuela, a un pediatra, etc. Para esto es conveniente usar un lenguaje coloquial y entendible. También es conveniente evaluar qué se dice, a quién y para qué. Qué le vamos a contar a ese niño acerca de lo que entendemos que le pasa; a lo que puede recepcionar un docente de la escuela a la que el niño asiste, o a un pediatra. Siempre es apropiado dar una devolución diagnóstica de forma oral, y en el caso que el pedido sea por escrito se sugiere escribir en términos de estados, conductas o manifestaciones actuales pero nunca de estructuras. Al decir de Silvia Bleichmar podríamos hablar de corrientes psíquicas a predominio (neurótico/ psicótico/ autista/ de déficit narcisista).

Raúl Levín (2013) en su texto: "Consideraciones sobre la psicopatología psicoanalítica, con especial referencia a la de niños", nos dice que: "es importante evaluar no solamente los aspectos estructurales de la metapsicología (funcionamientos del yo-ello-superyo), del inconciente en sus dimensiones tónica-dinámica-económica, sino también las variables que introduce el narcisismo (fluir de la libido yoica a la libido objetal). Y sigue: "evaluar la adhesión al síntoma, la viscosidad libidinal, las resistencias a la resolución de una neurosis, los aspectos tanáticos que pueden obstaculizar o impedir la posibilidad de un psicoanálisis".

Dice también que hay que considerar si es que hay (en el niño) una narrativa que se expresa a través del habla, el acto, el juego, el dibujo.

Marilú Pelento (1980) en su texto acerca de "Los criterios de analizabilidad en el análisis de niños", nos plantea que durante el proceso diagnóstico tenemos que considerar si hay apoyo de los padres a la posibilidad de un tratamiento, si hay juego, si hay deseo de analizarse. Todos estos elementos nos serán de guía tanto para el diagnóstico como para el pronóstico de un tratamiento posible.

Recordamos lo que allá lejos y hace tiempo Anna Freud nos refería acerca del "*perfil metapsicológico del niño*", en donde mencionaba distintas categorías diagnósticas a considerar:

"Trastornos normales del desarrollo, síntomas transitorios, existencia de neurosis infantil, trastornos de carácter, aspectos regresivos del yo, impulsividad, funcionamiento del superyó, psicosis, deficiencias primarias de naturaleza orgánica, privaciones tempranas, procesos destructivos que interrumpen el proceso evolutivo."

### **Palabras finales a modo de síntesis**

El diagnóstico en la infancia es fundamental para arribar a un abordaje clínico adecuado que permita la utilización de herramientas psicoterapéuticas específicas de acuerdo a las manifestaciones que el niño y su familia presenten.

El diagnóstico es una hipótesis que deberá ir revisándose a lo largo del tiempo.

Siempre es necesario descartar lo orgánico en primer término, para investigar lo psicodinámico después (caso de una niña sorda que fue diagnosticada como autista, y que luego de detectarle su trastorno auditivo, se le indicaron audífonos y empezó a dar señales de su conexión con la realidad externa: podía escuchar y a partir de allí podía responder cuando se le hablaba).

El diagnóstico en la infancia incluye lo epocal, implica una postura ética de parte del analista en tanto lo considera como un proceso que lleva tiempo y que incluye entrevistas a los padres, horas de juego diagnósticas, entrevista familiar diagnóstica, gráficos y entrevistas de devolución al niño y a sus padres. Y también puede extenderse a devolución a instancias terceras (colegas de otras disciplinas, escuela, Juzgados).

Si logramos realizar un proceso diagnóstico profundo, nuestro trabajo terapéutico posterior será más ajustado a las necesidades y conflictivas de ese niño y su familia, generando mayor comprensión, sostén e inclusión y de este modo estaremos colaborando en la promoción de una mayor salud mental y emocional.



**Maria Margarita Melazzini:** Lic. En psicología. Psicoanalista miembro de APdeBA- IPA- Fepal. Especialista en Niños y Adolescentes por IPA y Consejo Superior Colegio de Psicólogos de la pcia. Bs. As. Docente universitaria UBA, Salud Mental UD Ferrari- Zalzman. Profesora titular de “Problemáticas actuales en la clínica con niños”, Colegio de Psicólogos Distrito XIV- Morón- Pcia. Bs As. Ex Directora Departamento de Niños APdeBA –Período 2021-2022.

### Thinking about diagnosis in the psychoanalysis of children

**Abstract:** The diagnosis in childhood is essential to arrive at an adequate clinical approach that allows the use of specific psychotherapeutic tools according to the manifestations that the child and his family present. The diagnosis is a hypothesis that should be reviewed over time. The diagnosis in childhood includes the epocal, implies an ethical stance on the part of the analyst as he considers it as a process that takes time and that includes interviews with parents, hours of diagnostic play, diagnostic family interview, graphs and return interviews to the child and his parents.

**Descriptors:** Diagnosis, Childhood, Psychoanalysis of Children, Early Psychism, Psychic Currents, Subjectivity.

### Pensando o diagnóstico na psicanálise de crianças

**Resumo:** O diagnóstico na infância é essencial para se chegar a uma abordagem clínica adequada que permita o uso de ferramentas psicoterapêuticas específicas de acordo com as manifestações que a criança e sua família apresentam. O diagnóstico é uma hipótese que deve ser revista ao longo do tempo. O diagnóstico na infância inclui o époco, implica uma postura ética por parte do analista, pois ele o considera como um processo que leva tempo e que inclui entrevistas com os pais, horas de brincadeira diagnóstica, entrevista diagnóstica familiar, gráficos e entrevistas de retorno à criança e seus pais.

**Descritores:** Diagnóstico, Infância, Psicanálise de Crianças, Psiquismo Precoce, Correntes Psíquicas, Subjetividade.

### REFERENCIAS

- Bion, W. (2006). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé-Paidós.
- Bleichmar, S. (2008). El concepto de neurosis en la infancia a partir de la represión originaria. En *Los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Amorrortu.
- Costa, F. (2021). *Tecnoceno*. Taurus.
- Freud, A. (2005). Un perfil metapsicológico del niño. En *Normalidad y patología en la niñez*. Paidós.
- Freud, S. (1905). Sobre Psicoterapia. En *Obras Completas* (vol. 6). Amorrortu.
- \_\_\_\_\_. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras Completas*. Amorrortu.
- Klein, M. (1996). Neurosis en los niños. El psicoanálisis de niños. En *Obras Completas* (cap. 6). Paidós.
- Levín, R. (2013). Consideraciones sobre la psicopatología psicoanalítica con especial referencia a la de niños. *Controversias en psicoanálisis de niños y adolescentes*, 12, 7.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2013). American Psychiatric Association.
- Meltzer, D. (1979). Psicología de los estados autistas y de la mentalidad post autista. En *Exploración del autismo*. Paidós.
- Pelento, M. (1980). En torno al problema de la analizabilidad en el análisis de niños. En *Analizabilidad y momentos vitales: alcances y límites personales y sociales del psicoanálisis* (pp. 325-344). Nau Llibres.
- Real Academia Española (1992). *Diccionario de la lengua española* (21° ed.). Espasa Calpe.
- Siedman, E., Sahovaler & Zimerman (2003). Reflexiones actuales acerca del diagnóstico en el psicoanálisis de niños. En *VI Jornadas del Departamento de niños y adolescentes* (pp. 335-341). APdeBA.
- Torres, D. (2020). Diplomatura Iusam Sexualidades y Género I. IUSAM.
- Untoiglich, G. (2011). En la infancia los diagnósticos se escriben en lápiz. *Actualidad Psicológica*, 36(396), 2.
- Zysman, S. (2004). Mis ideas actuales sobre el diagnóstico en psicopatología infantil. Ficha de Apdeba.