

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Título:

La masificación del diagnóstico en salud mental,  
estigma e identidad.

Ensayo

Agustina Sosa

Legajo: S-5228/1

DNI: 38723845

Mail: [agustina.sosa27@hotmail.com](mailto:agustina.sosa27@hotmail.com)

Docente responsable: Alejandra Ballerini

-2024-

AGRADECIMIENTOS

Le quiero dedicar este trabajo a mi mamá, por su apoyo y amor incondicional. Todo lo bueno es gracias a ella.

Quiero agradecer también, a mi familia: mi papá, mi hermano, mi abuela María, mis tíos y primas. No hubiera podido sin ellos.

A mis abuelos Ángel, Beatriz y Alberto, que están en todo lo que hago, siempre.

A mis amigas, por apoyarme en los momentos difíciles y hacerme reír cuando más lo necesitaba.

A Alejandra, mi tutora, por su calidez, dedicación y por permitirme participar todos estos años como ayudante en la Cátedra de Salud pública y salud mental, una materia bisagra en mi vida.

A la universidad pública y a sus docentes, más que nunca en estos momentos, por formarme y alojarme con tanta amabilidad y generosidad durante estos años. Me siento orgullosa de formar parte de la UNR.

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	3
Introducción.....	4
I. Breve historia del diagnóstico en salud mental.....	5
II. Manuales de clasificación modernos.....	7
III. Las rémoras del diagnóstico: estigma y medicalización.....	12
IV. Autodiagnóstico en redes sociales: no hay sujeto sin malestar...	15
V. El diagnóstico en psicoanálisis: escuchar el malestar.....	19
Conclusiones.....	22
Referencias bibliográficas.....	24

## RESUMEN

El presente escrito, bajo la modalidad de ensayo, da cuenta de la actual masificación que se produce del diagnóstico en salud mental. A partir de un breve recorrido por las diversas conformaciones nosológicas, aquellas que considero más representativas, puede verse en el presente trabajo cómo a lo largo de los siglos las clasificaciones no hicieron más que ir en aumento. Dicha extensión terminológica se sostiene a partir de los manuales de clasificación diagnóstica, los cuales se expanden y se vuelven más abarcativos en cada edición. Es así, que en la actualidad se produce un movimiento inédito. Por un lado, el diagnóstico continúa siendo un estigma, en la medida que pesa e influye en las relaciones y en la vida de los sujetos diagnosticados. Pero, por otro lado, como consecuencia de la masificación, se ha vuelto identitario. Se demanda una etiqueta que pueda darle sentido y explicar el malestar reinante, a partir del autodiagnóstico en redes sociales. De este modo, sobre la base de videos cortos donde se describen conductas aisladas y fácilmente identificables se intenta dar cuenta de una patología. La base teórica desde la cual se desarrolla el TIF es el psicoanálisis, el cual es subversivo a las lógicas de normalización, en la medida que sigue suscitando lecturas e interrogantes. Al mismo tiempo, el psicoanálisis permite ir más allá de la etiqueta diagnóstica para encontrarse con sujetos que sufren de forma singular.

Palabras Clave: masificación del diagnóstico, salud mental, estigma, identidad

## INTRODUCCIÓN

Desde su concepción en el siglo XVIII hasta entrado el siglo XX, el diagnóstico se consideró el guardián de la frontera que diferenciaba y apartaba, lo normal de lo patológico, procuraba la separación y encierro de los anormales de la sacra sociedad. Desde entonces, los usos que se le ha dado fueron mutando, aunque en su esencia permanece dicho distanciamiento. Hoy en día, se produce una masificación de las conceptualizaciones psiquiátricas, un uso común de ciertas categorías que son compartidas por el conjunto de la sociedad; nos encontramos que esta, asumió y se apropió de la terminología. Y a partir de ellas, tiende a leer la realidad, de tal modo que cualquier situación que escape a la norma será catalogada psicopatológicamente.

Parto de la hipótesis, que dicha extensión terminológica, se sostiene a partir de los manuales de clasificación modernos, como el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y la CIE (Clasificación internacional de enfermedades), los cuales, con cada edición, descienden aún más el umbral psicopatológico a partir de criterios laxos y, por ende, abarcan cada vez a más personas. De este modo, cualquier sufrimiento o malestar puede ser considerado una categoría. Una de las consecuencias principales es la patologización de la vida cotidiana, es decir, conductas consideradas esperables ahora devenidas patológicas, dando lugar a una medicalización desmedida. Y a su vez se produce un nuevo movimiento. En la medida que el diagnóstico es demandado, se necesita de uno que pueda darle sentido al malestar, a partir del auge que

tuvo en los últimos años el autodiagnóstico en redes sociales.

De este modo, cuestionar los diagnósticos es nodal, porque se encuentran instalados en la práctica cotidiana. El trabajo en salud mental exige un cuestionamiento continuo, que permita dar el lugar a interrogantes que disputen aquellos lugares naturalizados, ya que el diagnóstico legitima e instituye prácticas. A partir de ello, se abordará el escrito desde una perspectiva psicoanalítica, en función de concebir la clínica no desde el mero agrupamiento de signos y síntomas, sino desde el encuentro dialéctico con los sujetos, los cuales tienen una injerencia activa en todo el proceso y no reciben el diagnóstico pasivamente. Sobre la base de concebir a las clasificaciones nosográficas como constructos que responden a las exigencias de cada época y de este modo universalizan el padecimiento. Porque, a fin de cuentas, ¿qué nos dice el diagnóstico acerca de los sujetos?

4

## I. Breve historia del diagnóstico en salud mental

“El diagnóstico es una de las enfermedades más extendidas”  
(Karl Krauss, 1982).

“Pero, en general, no es muy importante cómo se nombre a los cuadros clínicos”  
(Sigmund Freud, 1911).

Las palabras no son inocuas, crean realidades e impactan de modos totalmente singulares en cada sujeto, marcan formas de nominación que no son en absoluto azarosas, son políticas y sociales. Con las cuales, después de todo, procedemos a leer y entender el mundo. El diagnóstico es un concepto complejo, con múltiples ramificaciones donde se ponen en juego no sólo saberes clínicos y psicopatológicos, sino también la posición ética de aquellos profesionales comprometidos, enmarcado por disputas que involucran la hegemonía y el poder que implican las nominaciones.

Así, diagnóstico en salud mental -sin importar cuál sea o cómo es recibido por la persona a quien se le adjudica- no es una palabra más entre otras, no es inocente, tiene un peso social, cultural y subjetivo, que impacta profundamente en los vínculos de los sujetos. De modo que, la mayoría de las veces aparece como una figura aplastante para el sujeto debido al carácter performativo y estigmatizante que adquiere (Colina, 2019).

Desde esta perspectiva, pasa a fundirse, se fusionan categoría y sujeto. Así, antes que nada, el sujeto se transforma en psicótico, esquizofrénico, bipolar o cualquier otra entidad de las tantas que rellenan los manuales de clasificación diagnóstica. En definitiva; ¿a quién intenta remitirnos, a un cuerpo o a un sujeto que padece?

Es así que pensar la clasificación en salud mental se vuelve más complejo que, por ejemplo, en la medicina general. Debido a que “si a una rata se la llama rata y a una roca, granito no pasa nada; en cambio si a una persona se la llama esquizofrénica, algo ocurre en ella” (Szasz, 2001, p. 188). Por consiguiente, el acto diagnóstico es un hecho sumamente significativo, en la mayoría de los casos bisagra en la vida de las personas. Es necesario tener en cuenta que clasificar, por lo tanto, no es un acto que concierna en última instancia sólo al discurso médico; es inherente al ser humano. El mismo permite aferrarse a la ilusión de poseer control sobre el mundo, darle un orden a aquello que nos rodea y que la mayor parte de las veces resulta incomprendible; nombrarlo es intentar comprenderlo y darle un lugar, con el objetivo de actuar en consecuencia. Desde los comienzos mismos de la historia se ha clasificado con la intención de conocer y dominar la realidad (Szasz, 2001).

Los inicios del diagnóstico en salud mental se remontan al siglo XVII y tienen como antecedente e inspiración el modelo botánico. Carlos Linneo, considerado el creador del modelo taxonómico, desarrolló el primer sistema nomenclador de clasificación, la ya conocida diferenciación entre género, reino y especie. Identificó en primer lugar el género con una letra y con otra consecuentemente el nombre específico de la especie. Es sobre esta base que, Philippe Pinel, padre de la clínica psiquiátrica elabora una primera clasificación inspirándose en el modelo de Linneo. Así, aisló cinco clases fundamentales de trastornos mentales: melancolía, manía con delirio y sin delirio, demencia e idiotismo (Braunstein, 2013).

Este, elabora su nosografía en un escenario convulsionado por la Revolución Francesa, contexto de enormes cambios a nivel social, económico y político, los que se vieron reflejados en todos los ámbitos de la vida. La misma tuvo un profundo impacto en la naciente clínica alienista, donde a partir de las ideas de la revolución, se produce la creación y transformación de los ámbitos asistenciales, entre ellos, el hospital. El mismo

5

dejaba de ser una institución filantrópica para pasar a ser la institución médica por excelencia (Amarante, 2019). En ese momento, nos dice Néstor Braunstein (2013), los locos pasan a ser objeto y problema de la higiene social de la época, pasan a ocupar un lugar preponderante en el ojo público. Con Pinel se inicia un movimiento interesante, se produce el gesto fundacional de la psiquiatría, ya que libera a los locos de las cadenas que los mantenían cautivos en la Bicêtre. Con este gesto simbólico comienza el declive de la superstición medieval, los locos ya no eran explicados a través de posesiones demoníacas. Es decir, se transformó la enfermedad mental en una enfermedad de causas naturales, equiparable a una enfermedad orgánica. Por primera vez el loco adquiere estatuto de humano (Allen, 2014). Como nos dice Foucault (2015), hasta mediados del siglo XVII y XVIII la locura no recibía un trato humanitario debido a que por definición pertenecía al mundo de la animalidad. La revolución pineliana, permitió situar a los locos en el lugar de insensatos, es decir, como alienados de sí mismos, desprovistos de toda razón, pero sin dejar de reparar en su humanidad. (Roudinesco, 2015). A pesar que este hecho fue radical para la época, implicó aun así la institucionalización y el encierro en aras del tratamiento moral que procuraba Pinel.

Durante todo el siglo XIX, extendiéndose hasta la actualidad, la clasificación psiquiátrica aumentó exponencialmente. No hubo tratado posterior que no se expandiera y engrosara sus páginas con nuevas clasificaciones, a su vez con el objetivo de intentar dar consistencia y estatuto científico al campo psiquiátrico. La siguiente sistematización significativa, y en muchos sentidos, con resabios vigentes en la actualidad fue la de Emil Kraepelin, con su Tratado de Psiquiatría (1883). En su primera edición, que contaba con alrededor de 380 páginas, delimitó un número de catorce trastornos, que incluía todo un nuevo campo de las psicosis, la demencia precoz y de las personalidades psicopáticas, todo lo que hoy se denominaría trastornos de la personalidad. A lo largo de treinta años se publicaron ocho ediciones del mismo, llegando la última a más de 2.500 páginas (Bercherie, 2014).

En consecuencia, como heredero del positivismo y de un biologicismo férreo, postuló la causa de los trastornos psiquiátricos principalmente como biológica. Constituyó una clasificación mixta, donde dividió los trastornos en endógenos y exógenos, y donde a su vez tenía en cuenta el ciclo y la evolución de la enfermedad. Fue mediante un saber clínico que se apoyaba en la observación de síntomas, con su respectiva explicación anatómo-patológica, caracterizándose las más de las veces, en un empeoramiento de carácter progresivo e incurable. De esta manera, quedaba deliberadamente excluida la palabra del paciente, pasaba a un segundo plano su experiencia, no importaba aquello que tuviera que decir, porque no era determinante en el curso de la enfermedad, debido a su causa orgánica. Hablaban los síntomas y los órganos por él (Caponi, 2013).

Paralelo a la conformación nosográfica de Kraepelin, Freud fundaba la práctica analítica. Ambos contemporáneos, aunque su relación fue prácticamente nula, con algunas excepciones. Previo a que Sergei Pankejeff quedara inmortalizado como el hombre de los lobos, fue atendido por Kraepelin infructuosamente (Caponi, 2013). Ambos se encontraban en posiciones inconciliables a la hora de pensar los padecimientos mentales; mientras que Freud concebía los síntomas como formaciones del inconsciente entramadas en el decir, para Kraepelin eran una manifestación orgánica de procesos medibles y observables.

Por lo tanto, en consonancia con el recorrido médico de Kraepelin, cuando Freud llega a París e ingresa a La Salpêtrière -con el objetivo de estudiar y seguir especializándose en la anatomía del sistema nervioso- se encuentra allí con las histéricas. De ese encuentro se produce una lectura inédita que invierte la cuestión de forma transcendental para la época. Dado que se encuentra, ya no con el cuerpo de la histérica,

6

-como si lo había hecho la medicina tradicional durante años- sino, con una manera diferente de leerla. La histeria, como concepto psicopatológico ya existía previo a Freud, pero con él, logra que la histérica recupere un decir. A partir de ello son abandonadas las certezas absolutas del saber médico, en la medida que los síntomas no respondían a causas meramente orgánicas. Gracias a este acontecimiento, Freud termina por abandonar la neurología, e inaugura una praxis que significa ir por el desnudamiento de sentidos. Los cuales, de otra manera, terminan cristalizados por el saber médico (Kohan, 2019).

Es necesario tener en consideración que la nosografía psicoanalítica conlleva aún el lastre psiquiátrico. En pocas palabras, encontramos tres estructuras psicopatológicas con tres mecanismos específicos que implicarían tres posiciones diferentes del sujeto: neurosis, psicosis y perversión. A diferencia de los otros autores citados, Freud no

buscaba cimentar una nueva nomenclatura, más bien puede verse cómo mantenía un diálogo constante con el saber de la época. De esta manera, no reniega de las clasificaciones, las utiliza, aunque muchas veces sea para discutir las y ponerlas en tensión. Intenta constantemente desprenderse de la herencia psiquiátrica, porque este subsume lo particular a lo general, el psicoanálisis pretende operar de otro modo, ya que reconoce cada síntoma en su singularidad, en la particularidad del caso (Muñoz, 2019). Inclusive Freud no hablaba de estructuras, sino de tipos clínicos, de esta forma no mantenía cuadros estancos. Esto se puede observar en las modificaciones que encontramos a lo largo de su obra, que siempre son a partir de pensar la práctica clínica, sus alcances, limitaciones y obstáculos en el terreno.

Fernández Miranda (2020) nos aporta que la psicopatología psiquiátrica no es inherente al pensamiento psicoanalítico, sino más bien un enquistamiento en la praxis que no termina de abandonarse. Y esto es así, por un lado, debido a que el diagnóstico desde esta perspectiva intenta por todos los medios reducir al sujeto a su estructura, identificarlo a un conjunto de síntomas a toda costa, en el cual se desconoce su particularidad. Así permite, por añadidura, “desestimar todos aquellos puntos en que la singularidad del paciente desborda la estructura” (Fernández Miranda, 2020, p. 134). Y, por otro lado, debido a la infranqueable dicotomía que implica la herencia conceptual, ya que la concepción acerca de lo patológico desde la psiquiatría, se define por contraste a la llamada normalidad, supone que todo lo que es patológico no es normal y viceversa, aparecen como dos posturas contrapuestas. El psicoanálisis lleva a cabo una operación singular, desestima esa oposición y borra las barreras, lo normal comienza a entreverarse con lo patológico; el ejemplo canónico es la neurosis. Por consiguiente, no existe lo normal por fuera del pathos, este es inherente a la vida y no puede reducirse a lo psicopatológico.

## II. Manuales de clasificación modernos

“¿Tan pobres somos que solo hay ciencia frente a tanto dolor?”  
(Gabo Ferro, 2009).

Para el 1900, la OMS (Organización Mundial de la Salud) establece la CIE (Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud). Su creación se fundamenta en la necesidad de una nomenclatura internacional de enfermedades que permitiera generar un cierto consenso entre profesionales y una mayor facilidad en la sistematización de datos y en la investigación. La CIE, a diferencia de otros manuales no se circunscribe únicamente a salud mental, ya que abarca no sólo

7

enfermedades sino también datos estadísticos vinculados a la mortalidad y morbilidad de diferentes países. Dentro del manual encontramos el capítulo V, dedicado a trastornos mentales y del comportamiento (Stagnaro, 2006). En este manual puede verse, en las sucesivas publicaciones, la influencia de la nosografía kraepeliana. Ambos sistemas nominales se corresponden con códigos alfanuméricos y ponen el foco fundamentalmente en la enfermedad, desconociendo las condiciones concretas de existencia y el relato del paciente.

Además, en 1952 la APA (Asociación de Psiquiatría Americana) edita la primera

edición del DSM-I (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales). Contaba con un número de 106 trastornos, constituyendo, hasta la fecha, la clasificación de trastornos mentales más significativa en el ámbito clínico y académico. Su objetivo principal era lograr un lenguaje común entre profesionales, poder arribar a un diagnóstico de forma más ágil, con protocolos específicos y facilitar la investigación (Stagnaro, 2006). Es interesante remarcar cómo hasta la tercera edición, su uso no estaba masificado, ya que no se le daba mayor importancia y no era de empleo común entre los psiquiatras. Hasta que, en 1980, con su tercera edición se convierte en un ícono cultural, un best seller, un objeto de devoción con valor sacro. El DSM-III fue la salvación para una psiquiatría que hasta el momento era desacreditada y más asociada a una forma de arte que al campo científico (Allen, 2014).

Aquello que la tercera edición traía de novedoso, se basaba en el llamado enfoque multiaxial. Éste se apoyaba en una evaluación de cinco ejes, donde cada uno brindaba información de ciertas áreas que permitirían una evaluación mucho más integral y extensa. Es decir, se buscaba una evaluación que tuviera un enfoque biopsicosocial del sujeto. Los cinco ejes incluían trastornos clínicos actuales, trastornos de la personalidad y el desarrollo, enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales y, por último, una evaluación de la actividad global (Stagnaro, 2006). Este sistema es abandonado en la última edición. Además, conviene tener presente que la información que proporcionaba respecto al sujeto ya era escasa a la hora de pensar lo psicosocial. De modo que, con su retirada, se pierden esos datos que permitían dar cuenta de un enfoque integral, con lo cual, queda solo una perspectiva biológica.

A su vez, en el proscenio de dichas modificaciones se produce un cambio no menor, muta la concepción del manual. Así, de utilizar una conceptualización psicoanalítica, se pasó a un modelo descriptivo con base empírica. De esta manera, por ejemplo, se intercambia neurosis por trastorno de ansiedad. Esta modificación significó una preeminencia y un triunfo de las ideas kraepelianas por sobre las ideas freudianas, con la que se produjo una mudanza de un paradigma dimensional a un paradigma categorial, es decir fundado exclusivamente en los síntomas (Sandín, 2013).

Dentro de estos sesenta años de ediciones, el manual no hizo más que crecer. En la actualidad, el DSM cuenta con cinco ediciones, la última fue publicada en el 2013 con 216 trastornos. Es necesario considerar que tanto el manual, al igual que en el campo psiquiátrico, busca al modo de la medicina general, obtener causas fisiológicas y químicas, poder agrupar manifestaciones psicopatológicas que en su conjunto respondan a causas neurológicas y/o desbalances neuroquímicos, así como poder explicar de forma objetiva el causante de los llamados trastornos (Caponi, 2016). Desde luego que, en vistas de obtenerlo, se desestima y se desentiende del padecimiento de los sujetos. No es posible afirmar en última instancia que los padecimientos mentales son exclusivamente causados por alteraciones del funcionamiento a nivel cerebral, si bien estos se ven involucrados (ya nadie desestima esos aportes). Al contrario, deben ser considerados en conjunto con otros factores. Al conformarse con síntomas clínicos difusos y ambiguos, se

8

cimentó el camino a la creación y difusión de nuevas invenciones patológicas. Asimismo, se estableció una enorme red que permite, de forma tajante y arbitraria determinar, en pocas palabras, a quien se lo concibe como enfermo y a quién sano, con todo lo que eso supone en la vida de las personas.

Suena reiterativo afirmar que los manuales clasificatorios son una construcción

cultural, social e histórica, aunque es necesario tenerlo presente. Las categorías se crean, no se encuentran, no son objetos en la naturaleza, todas las clasificaciones existen en el tiempo y espacio donde se constituyen. Tanto los diagnósticos como las patologías no pueden aislarse del contexto social donde fueron formuladas, porque estas responden a cada momento histórico.

Existen muchos ejemplos de ello a lo largo de la historia. En 1851 el psiquiatra norteamericano, Samuel Cartwright publica en la revista médica de New Orleans un trabajo donde describió una supuesta entidad mórbida llamada drapetomanía; la misma era la fusión de las palabras “drapetes” es decir, esclavo, con “manía” asociado a locura y a enfermedad. La misma se caracterizaba por el sentimiento del esclavo negro por escapar de su amo, sus ansias de libertad. No es azaroso que sea publicado a mediados del siglo XIX, donde se avecinaban enormes cambios a nivel económico, donde se producía una transición del modelo agrícola sostenido por esclavos al capitalismo industrial. ¿Cuál era el tratamiento prescrito? Latigazos, amputaciones de los dedos del pie para imposibilitar su huida. Si bien nunca fue completamente aceptada por los círculos médicos si permitió y aseguró el abuso de miles de personas. Lo que en ese momento la psiquiatría de la época leía como síntoma, como enfermedad, encubría un sistema inherentemente explotador y desigual. No fue la única enfermedad mental que postuló el autor; en el mismo escrito también describía la Dysaesthesia aethiopica, como una enfermedad que provoca la pereza e insensibilidad. Y que incluso las enfermedades mentales se dan más en esclavos liberados y quienes podían mantener a raya la enfermedad eran los esclavistas (Valencia, 2021).

Más cercano en el tiempo podemos encontrar que la homosexualidad ya era una categoría diagnóstica en la primera edición del DSM-I, tuvieron que pasar casi veinte años, específicamente hasta 1973 donde la homosexualidad es retirada de los manuales, debido a la presión de activistas a favor de los derechos humanos. A la luz de estas transformaciones, deja de ser considerado un trastorno, dando cuenta del carácter social de este, porque no fue sobre la base de teorías científicas que fue incluida, ni excluida del manual. Más bien fue a partir de constructos desde el prejuicio y valores morales. Los psiquiatras norteamericanos tuvieron que elegir, nos dice Braunstein (2013), sabían que la batalla estaba perdida desde el comienzo y antes que se derribe todo su edificio conceptual decidieron eliminarla como categoría.

Paralelo a esos cambios, en la tercera edición, a mediados del 1980 se incluye transexualidad, y se suscita un movimiento similar gracias a la presión de activistas que abogaban por la despatologización de las identidades trans. En el DSM-IV es retirada la palabra transexualidad de los manuales, pero simplemente ocurre un cambio de nominación, que en esencia aún encubre la patologización y segregación de identidades disidentes. Comienzan a surgir conceptos paraguas que logran englobar de igual manera a los sujetos dentro de la patología (Mas Grau, 2017).

Se produce un trueque de transexualidad por diferentes denominaciones. Como, perturbación de la orientación sexual, trastorno de la identidad de género, incongruencia de género, y finalmente en la edición 5ta se acuñó disforia de género, el cual hace referencia al “malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado” (DSM-V, 2014, p.451). Diversos autores remarcan que muchas veces el llamado malestar que se expresa en el

hacia las identidades disidentes, que solo logra incluir cada vez a más sujetos bajo sus rótulos (Mas Grau, 2017).

Es así que el DSM, edición tras edición, redefinió la forma en la que entendemos al padecimiento mental, dando un nuevo giro conceptual, al modo en que Pinel había exorcizado los demonios de los locos para tratarlos en el ámbito de la medicina. La APA nos transformó a todos en potenciales enfermos mentales (Allen, 2014). Creó un entramado tal, en el que todos podemos estar inmersos, debido a la categorización de comportamientos cotidianos como patológicos, de esta manera todos nos convertimos en pacientes y por ende en receptores de tratamiento; sobreviene lo que muchos autores denominan patologización de la vida cotidiana, esto es, que toda conducta puede ser leída en clave psicopatológica. Es decir, se conciben de manera mórbida cada vez más aspectos de la vida de los sujetos, aquellos problemas inherentes a la vida cotidiana son mudados y tratados en el campo médico. Este proceso implica una causa unívoca y determinista de los padecimientos mentales, donde toda la vida de los sujetos pasa a ser comprendida bajo esa única condición y desde ese momento toda su vida se verá atravesada por la categorización patológica (Affonso Moyses, Collares, Untoiglich, 2013).

Por todo ello, el DSM llega a su paroxismo en su última versión, donde explota la euforia por diagnosticar y las fronteras se vuelven aún más difusas. Frances Allen (2010) marca que esto se debe al aumento de nuevas clasificaciones que responden, en primer lugar, a patologizar la vida cotidiana y en segundo lugar, al descenso de los umbrales diagnósticos. Lo que trae aparejado que muchas más personas pasen a conformarse como pacientes y por tanto destinatarios de tratamientos médicos, en muchas ocasiones innecesarios, con enormes efectos secundarios. Es indispensable tener presente que no existe un inventario minucioso y único de manifestaciones dentro de los padecimientos mentales, no hay posibilidad de instaurar límites precisos que aseguren la tan anhelada objetividad científica. Por ende, las combinaciones son infinitas y elásticas, y pueden surgir constantemente nuevos trastornos o modificarse para agrupar cada vez a más personas

Los ejemplos de ello abundan; a continuación, solo algunos que permiten dar cuenta y son claves para comprender el proceso de patologización que se viene gestando en la última edición, donde podemos encontrar trastornos tales como el trastorno disfórico premenstrual, el cual se caracteriza por presentar síntomas que se desencadenan previos al ciclo menstrual y desaparecen una vez finalizado. Algunos de ellos son: cambios de humor, irritabilidad, sentimientos depresivos, ansiedad o manifestaciones físicas como dolor en las mamas, dolor muscular o sensación de hinchazón (DSM-V, 2014). Sin embargo, si se tiene cuenta que la menstruación es un ciclo de cambios fisiológicos desencadenados por hormonas, no resulta raro pensar que inevitablemente en mayor o menor medida conlleva alteraciones y por ende no debieran caer bajo la rúbrica de la patología.

Lo mismo ocurre con el trastorno de la comunicación social (pragmático), donde el mismo da cuenta de una dificultad en el uso social del lenguaje, la comunicación verbal y no verbal para propósitos sociales, en su mayoría en niños y adolescentes (DSM-V, 2013). Si se tiene en cuenta todo aquello que evidenció la irrupción de la pandemia COVID-19, su enorme impacto, no sólo a nivel relacional y social debido al aislamiento, sino en todos los ámbitos de la vida, surgieron diversas notas periodísticas, acerca de escuelas que daban cuenta de la dificultad que presentaban en el lenguaje niños de los primeros niveles. La pandemia, entre otras cosas, limitó el contacto con pares, significó el cierre de escuelas y nuevos modos de pensar la educación a distancia. Es ingenuo

pensar que los niños permanecieron exentos de eso. Por lo tanto, a través de la patología

10

se intenta resolver aquella dificultad con respuestas unívocas y deterministas que invisibilizan la trama social y política en que los sujetos se desarrollan. Otro ejemplo clave es lo que sucedió con el síndrome de Asperger, entidad específica en el DSM-IV, pero que tras la publicación de la nueva edición se recategoriza. De modo que desaparece como clase aislada y pasa a formar parte del TEA (trastorno del espectro autista). Se presenta como una categoría paraguas, con características difusas, que sirve para englobar a una gran cantidad de sujetos. Comunidades de familias y pacientes no concuerdan con estas modificaciones alegando que conlleva imprecisiones terminológicas que dificultan su abordaje integral, ya que agrupa de manera generalizada a un grupo de signos conductuales, calificándolas como desviaciones a partir de una medida estandarizada (Affonso Moyses, Collares, Untoiglich, 2013).

También encontramos el trastorno cognitivo menor, este se basa en síntomas inespecíficos que repercuten en el desempeño cognitivo de personas de más de cincuenta años. Fue muy discutida debido a la gran cantidad de posibles falsos positivos que podrían obtener, ya que cualquier olvido cotidiano podría ser indicio. Ante ello la APA, decidió elaborar una evaluación que permitiera su confirmación, de la manera más objetiva posible. Pero, colocó un punto de referencia muy bajo, debido a esto ante la primera y/o segunda desviación del cuestionario es factible esbozar un diagnóstico. Lo que dará por resultado una enorme cantidad de prescripciones y tratamientos médicos innecesarios (Allen, 2010).

Asimismo, se incluye en el nuevo manual, el trastorno no especificado, este aplica a quienes “no cumple los criterios de ninguna categoría específica dentro de una clase diagnóstica” (DSM, 2014, p.16). Dicha elección es dejada al juicio del médico, quien dispone si se trata, por ejemplo, de un sujeto con síntomas depresivos pero que estos no alcanzan para establecer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, por ende, será clasificado como trastorno depresivo no especificado (DSM, 2014). Es una denominación polémica, a causa de que la decisión termina por estar enteramente librada al discernimiento del profesional, a su ética y de su propio posicionamiento a la hora de pensar la práctica clínica.

Pero, quizás el más controversial es el síndrome de riesgo de psicosis, que termina por no ser incluido en el manual, debido al caudal de críticas que recibió, por los riesgos que aparejaba. En función que su principal objetivo era favorecer la identificación precoz y el tratamiento preventivo en jóvenes y adolescentes con alguna sintomatología psicótica, a partir de la hipótesis que, así podría anticiparse al desarrollo crónico del trastorno. Pero en su lugar se incluyó el síndrome de psicosis atenuado, el cual se basa en presentar síntomas similares a los psicóticos pero que no llegan al umbral de psicosis establecida. Estos se caracterizan por ser transitorios y leves, los cuales no afectan el juicio de realidad del sujeto (DSM-V, 2014).

Todo ello, se sostiene sobre la base del modelo de la prevención y anticipación de riesgos. Ya que el riesgo aparece como la estrategia metodológica principal, que permite legitimar el aumento de categorías y etiquetar precozmente a los sujetos. Al tomar los planteos de Braunstein vemos que: “El riesgo o vulnerabilidad nos hace a todos potenciales trastornados” (Braunstein, 2013, p. 103). De este modo, solo bastan pequeños desvíos de la norma y la inclusión de padecimientos diarios al universo psicopatológico para justificar un diagnóstico y posterior tratamiento (Caponi, 2016). Cabe

preguntarse, ¿riesgo de qué?; ¿qué implicaría ese mal potencial que causa tanto pavor y que es necesario anticipar a toda costa? Si volvemos a la idea de que intrínsecamente los padecimientos mentales están signados por la singularidad del sujeto y de que la vaguedad en la sintomatología descrita en los manuales es una de sus características principales, no es posible determinar objetivamente los padecimientos. Anticiparse es,

11

ante todo, anticiparse a un universo de combinaciones infinitas, donde todos podemos ser portadores de una psicopatología, debido a que son construidas para encontrar lo que se busca.

A fin de cuentas, ¿cómo se intenta evitar el riesgo? La respuesta, para sorpresa de nadie, son los psicofármacos. ¿Esto no trae como consecuencia riesgos mayores de aquellos que se pretende combatir? Sí, si se considera los enormes efectos secundarios que traen aparejados, y más aún, si hablamos de infancias y adolescencias.

Entonces, no sorprende la respuesta, porque es de público conocimiento el vínculo de la APA con las empresas farmacéuticas. Allen (2014) nos dice que, para la cuarta versión del DSM en 1994, más de la mitad de los miembros del comité tenían uno o más vínculos financieros con las compañías farmacéuticas. También en ese mismo año recibieron más de noventa sugerencias para incluir nuevos diagnósticos y sólo aceptaron dos, el autor no especifica cuáles.

De esta manera, se debe tener en cuenta que el manual no propone líneas de tratamientos fijas, ni adscriben a una sola teoría. Incluso enuncia: “el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento” (DSM, 2014, p.20). Por lo tanto, pareciera que dista de la realidad, donde la industria farmacéutica, una de las más lucrativas del mundo, se encarga de elaborar recetas para cada trastorno descrito.

Sin perder de vista, que los fármacos han cambiado para siempre la historia de la locura y procuraron una enorme mejoría en la vida de las personas con padecimientos mentales. Fueron una revolución en el ámbito psiquiátrico y con ello “le devolvieron al loco su palabra” (Roudinesco, 2015, p.22), en función de ese momento, se comenzaron a abandonar los tratamientos inhumanos y barbáricos. El problema radica cuando se pone al servicio y al rédito económico de las grandes empresas farmacéuticas, donde el hecho mismo de vivir sea convertido en enfermedad y las prescripciones sean sin criterio clínico, como un fin en sí mismo y no como un medio, dando lugar a una medicalización desmedida, generalizando su consumo a una población cada vez mayor.

### III. Las rémoras del diagnóstico: estigma y medicalización

“La evaluación diagnóstica no nos autoriza a rotular pacientes y clavarlos con un alfiler, como a mariposas en un museo”  
(Francis Tustin, 1990).

En este punto, se vuelve necesario abordar la estigmatización que viene adosada junto al diagnóstico. La locura siempre ha cargado con un pesado estigma. La figura del loco peligroso sigue enraizada profundamente en el imaginario social, el cual impregna toda nuestra cultura. A pesar de los muchos avances en materia de derechos que se han logrado en los últimos años, no es visto, ni pesa de la misma manera, ser portador de un diagnóstico vinculado a la salud física, que uno en salud mental. De hecho, este último

tiende a definir la identidad del sujeto, pasa a encarnarlo y se resignifica toda su vida bajo el sintagma psicopatológico.

Hay que mencionar, además que, en una sociedad capitalista, ávida de consumo y producción, donde el tiempo es dinero, todos aquellos que no integren el proceso productivo son fácilmente descartados. Lo que trae consigo, un desarraigo del sujeto respecto a la sociedad, pérdida de lazos afectivos y referencias comunitarias, los cuales en última instancia justifican su exclusión. Como nos dice Thomas Szasz (2005) "La enfermedad mental arroja al paciente fuera del orden social, del mismo modo que la

12

herejía arrojaba a la bruja fuera del orden social medieval. Este es, en realidad, el verdadero objetivo de los términos estigmatizantes" (p.242).

A partir de la sobreabundancia de diagnósticos, se produce una lectura psicopatológica de todo aquello que acontece en la vida de las personas, esta adquiere condición mercantil, que, en conjunto con el estigma, obstaculiza y no permite hacer lugar al padecimiento singular, a la palabra, ni a la biografía propia del sujeto. Se cimienta sobre la base de prejuicios y estereotipos, que cada sociedad y cada momento histórico encuentra como desacreditador. Estos tienen enormes efectos sobre la constitución del sujeto.

Puede rastrearse cómo, ya desde la antigua Grecia, el estigma (Goffman, 2006), implicaba una marca corporal distintiva, que permitía reconocer el estatus social de la persona que la portaba, por ejemplo, indicaba si era un criminal, un esclavo o un traidor. A pesar de que, esta definición tuvo modificaciones a lo largo del tiempo, en la actualidad mantiene la misma esencia. Según Goffman, podemos encontrar al menos tres tipos de estigma, las deformaciones físicas, defectos del carácter, que incluyen los trastornos mentales, alcoholismo, adicción, reclusión entre otros y, por último, los estigmas tribales, vinculados a la raza, etnia o religión. De modo que el estigma aparece como un atributo profundamente deshonoroso y desacreditador, que trae consigo una manera particular de vincularse con los otros; permite diferenciar e identificar a quienes lo poseen, de aquellos que no. Así, este se define como una marca que rebaja y resta valor al sujeto, ya que transgrede las normas sociales.

De esta forma, quienes portaban el estigma se convertían en una amenaza para el cuerpo social, el cual para el siglo XIX ya no era una simple metáfora política; se había convertido en terreno de la intervención médica. El médico, así, pasaba a ser el técnico especializado para su resguardo, debido a que era el encargado de identificar los estigmas psicopatológicos con el objetivo de defender a la sociedad de los potenciales peligros que aparejaba la locura. A partir de poder delimitar, lo desviado, lo insensato, resguardando la normalidad (Foucault, 1996). Como nos dice este mismo autor: "nuestra sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo que ella encierra y aparta; en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo" (1984, p.87).

Fernando Colina (2021) coincide en afirmar que el nuevo encierro de la locura, ahora es un recinto simbólico y social. Puesto que la lógica manicomial opera extramuros, ya no necesita de las gruesas paredes del hospicio para funcionar. Sino que está presente en las prácticas, en las concepciones que portamos acerca del padecimiento mental y cómo nos vinculamos con él. Continúa el autor: "El discurso del etiquetado diagnóstico es la nueva figura de la institución manicomial. Aparece como la nueva camisa de fuerza, en este caso conceptual. Viene a ser el encierro simbólico que sustituye al corporal" (Colina,

2021, p.41). Es así como, aún se sostiene en la actualidad, la dicotomía normal-patológico, ya no desde el encierro propiamente dicho, sino de esta separación, ahora lingüística, mucho más sutil, pero que consigue un efecto similar a la institucionalización, el de separar y apartar la locura de la llamada normalidad.

No se puede perder de vista, que la etiqueta no sólo clasifica, sino que ordena y da la ilusión de que, a través de ella, se conoce la esencia de la persona que la porta. A partir de ello, todos los aspectos de su vida, pasan a ser resignificados bajo la órbita de los síntomas; “se verá a un esquizofrénico que pinta y su pintura será una pintura de esquizofrénico, se verá a un discapacitado comprometiéndose en la política y será antes que nada un discapacitado que hace política” (Benasayag, M; Schmit, 2011, p.27). De ahí que, escapar de ella, se vuelve una proeza casi imposible, porque es la que ubica a la persona en el mundo a través de una mirada normalizadora.

13

Para combatirlo, Basaglia (1970) proponía, “poner la enfermedad entre paréntesis” (p.45), lo cual no significa desconocer la existencia del padecimiento, sino que sólo así pueden emerger los sujetos que estaban reducidos e invisibilizados tras su sintomatología. Dado que esta alcanza un peso tal, que la etiqueta sobrepasa con creces al padecimiento en sí mismo. Así se intenta evitar, cosificar al sujeto y a su experiencia. Desde el momento que la noción de enfermedad mental entra en escena, todo se rubrica bajo su lógica, ya nada le pertenece al sujeto, todo concierne la enfermedad. Resulta ejemplificador un episodio que presencia el autor, este relata que en un hospital de Trieste una interna, buscaba de forma desesperada un peine. Decía que estaba despeinada y lo necesitaba con urgencia, pero nadie se lo quería dar, temían que se transforme en un arma y ataque a alguien, o que sea simplemente una idea obsesiva, una manifestación más de su delirio y no le dieron mayor importancia. De este modo, puede verse como una simple necesidad básica, de autocuidado o autonomía, puede ser entendida como un indicio psicopatológico (Paulo Amarante, 2019). Es importante tener presente la singularidad que conlleva cada síntoma, cómo este refleja lo propio de la historia singular y da cuenta de un modo de sufrir.

En las últimas décadas, como se mencionó anteriormente, triunfó y se consolidó la visión biológica de los padecimientos en salud mental, se asume rápidamente que son causados por procesos localizables en el cerebro y a desbalances neuroquímicos. En tal sentido, se justifica la expansión en la prescripción de tratamientos psicofarmacológicos. Hoy, su consumo está naturalizado, se considera la norma y hasta esperable, se volvieron parte de la cotidianidad. En contraposición, hasta hace no tanto tiempo, donde el uso de psicofármacos era profundamente estigmatizado y su consumo era epónimo de locura y enfermedad mental.

Esto tiene sus antecedentes en 1952, con la revolución química, de la mano del descubrimiento de la clorpromazina, el primer antipsicótico. Esta revolución abrió el paso a una nueva era, la cual significó para la psiquiatría lo que la penicilina a la medicina general. De este modo, la psiquiatría logró cierto prestigio entre las especialidades médicas, pasó de confinar la locura a curarla (Carreño y Matilla, 2018). Se concibió como el primer tratamiento efectivo contra la enfermedad mental, un nuevo método químico para el control de los pacientes en los hospicios. Así, la utilización de estos tranquilizantes, abonaron a la idea de que los trastornos mentales serían enfermedades médicas curables, mediante el uso de este tipo de drogas (Szasz, 2001). Se buscaba, por

un lado, normalizar la conducta, suprimir los síntomas a partir de la sujeción química, y por otro permitió la apertura a nuevos tratamientos y nuevas vías de integración de los pacientes a la sociedad.

Aunque esto se evidencia a partir en la década de los 70s con la introducción en el mercado de las drogas blockbuster, como las benzodiazepinas y el Valium, es en esta etapa donde surge una nueva ola de fármacos que prometían ser menos invasivos y de fácil consumo. Esto permitió que el número de consumidores aumentara significativamente y marcó una nueva era en el desarrollo y comercialización de medicamentos dirigidos a un público cada vez mayor, lo cual se tradujo en el sobrediagnóstico y acrecentó la patologización del malestar.

Como consecuencia, este proceso trajo por consecuencia una mercantilización de la salud, producto de la enorme maquinaria de marketing de las industrias farmacéuticas, donde para que su modelo de negocios sea rentable necesitan de un mayor número de clientes-pacientes, que consuman cada vez más y en lo posible diferentes psicofármacos. ¿Cómo lo logran? A través de la patologización de la vida cotidiana, impregnando las situaciones interpersonales y conflictos cotidianos de signos patológicos. Aquello que antes era considerado normal o esperable, ahora necesita ser tratado. Un ejemplo

14

ilustrativo de esto, es la coincidencia en el lanzamiento del DSM-III-R y el Prozac en 1987. El fármaco fue un éxito en ventas, en gran parte debido a los criterios laxos para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor que se describían en el manual. Como resultado, se estableció que las ventas podrían verse influenciadas por los criterios del manual (Allen, 2014).

Así, el diagnóstico se convierte en la puerta de entrada a un lucrativo negocio. Ya que, a menudo este no sólo describe o clasifica al enfermo, sino que lo inventa bajo el empuje de intereses económicos e ideológicos (Colina, 2021). Esto se produce a partir del gran poder performativo que detenta la psiquiatría, ya que los trastornos no existen per se, o sea no son objetos naturales que se encuentran en el mundo. Más bien, son constructos que derivan de la clasificación, de la conjunción arbitraria de signos y síntomas (Braunstein, 2013). De esta forma, en el momento que se sella el diagnóstico, este se vuelve crónico, se eterniza, hace de los sujetos la encarnación misma de los padecimientos, estos existen a través de ellas.

El diagnóstico, se vuelve una palabra que tiene enormes efectos materiales en la vida de las personas. Es nodal no perder de vista el impacto en lo social que conlleva, porque este resulta de la escucha, en conjunto con la observación, el análisis y la interpretación. Por esta razón, en tanto profesionales de la salud mental es necesario hacer el movimiento de lo general a lo particular, para ello la escucha es fundamental, indagar la historia subjetiva; cómo y en qué contexto se manifestó el padecimiento, qué sucede en su comunidad, con sus relaciones, entre otros aspectos.

#### IV. Autodiagnóstico en redes sociales: No hay sujeto sin malestar

En la actualidad se produce una masificación del diagnóstico psiquiátrico, es decir, el alcance masivo de ciertas conceptualizaciones y categorías nosográficas a un público lego cada vez mayor. Estas categorías con sus respectivos signos y síntomas implican una terminología que se volvió de dominio público, y por consiguiente es demandada por una gran variedad de actores: desde pacientes, los padres de los niños, las instituciones

escolares e incluso de los propios profesionales.

Algunos autores lo denominan como una inflación diagnóstica (Allen, 2013) o pasión diagnóstica (Kohan, 2022). Todo aquello que no encaje en los estándares de lo esperable, se le atribuye una caracterización nosográfica: quien no gusta de salir o de reuniones sociales, es fóbico o los niños que no juegan con sus pares son rápidamente posicionados dentro del espectro autista. Los ejemplos abundan y se escuchan de manera constante, siempre con la característica de ser enunciados de forma ambigua y superficial.

Una tendencia que va en aumento, y que es necesario abordarlo en tanto profesionales de la salud mental, es el autodiagnóstico a través de redes sociales, especialmente de TikTok, YouTube e Instagram. A partir de videos de pocos minutos e incluso segundos de duración, en los cuales se enumeran una serie de conductas y rasgos aislados, es factible descubrir, nominar e identificar el mal que aqueja a los sujetos. Son llamativos y vistosos, la mayoría de las veces con música de moda o coreografiados, se caracterizan por una vaga generalización de síntomas, donde la mayoría de las veces se aconseja el uso de test en línea u otros materiales similares que puedan encontrarse de forma online.

Cabe señalar un estudio reciente realizado por PlushCare (2022), donde analizaron 500 videos en redes. Los resultados indicaron que el 83,7% de los consejos sobre salud mental en TikTok son engañosos. Mientras, que el 14,2% de los vídeos incluyen contenido que podrían resultar potencialmente perjudiciales. A su vez

15

encontraron que solo un 9% de quienes lo producen tenían algún tipo de asesoramiento con especialistas. También identificaron que el 100% del discurso relacionado con el trastorno de hiperactividad incluía información errónea. De igual modo, se descubrió un 94,1% vinculado al trastorno bipolar y un 90,3% acerca de la depresión.

Para comprender mejor este fenómeno es necesario poner el foco en una de sus características centrales: el enorme poder de propagación o “viralización” que detentan. Dicha información prolifera de manera rápida y desmedida, de esta manera una vez subida a la red social se vuelve dificultoso su control. Solo en TikTok los usuarios ascienden a más de mil millones y las búsquedas en salud mental a más de cincuenta millones (PlushCare, 2022). Asimismo, es la red social donde más tiempo trascurren los jóvenes; según un informe de Amnistía Internacional (2023) pasan más de 20hs mensuales, contra 17,3hs de Instagram y 15,3hs de Facebook.

Ahora bien, al poseer un algoritmo personalizado, que brinda una experiencia ajustada y a la medida de cada usuario, genera el efecto de creer que estos mensajes están destinados y son únicos para cada persona que lo consume, produce identificación y hace lazo con quienes crean estos posts. En consonancia, instaura una cotidianeidad, debido al diálogo constante que se gesta en la red social, este origina confianza, crea un sentido de pertenencia y comunidad. Fundamentalmente, al tener en cuenta que TikTok ya no solo es una plataforma de distensión y entretenimiento para los jóvenes, sino que se ha convertido en el lugar donde muchos consultan sus inquietudes y se informan. Así, los creadores de dicho contenido se convierten en referentes en la materia, dando credibilidad a su discurso.

En consecuencia, si alguien enuncia en las ya mencionadas redes sociales que levantarse tarde es un rasgo del espectro autista, por poner un burdo ejemplo, esto puede ser replicado por otra persona y otra, hasta que en algún punto de la cadena alguien que

consume este producto, tomará el mismo como axiomático. Una verdad absoluta que le fue revelada en ese instante, identificándose inmediatamente con el supuesto síntoma, siendo la vía regia muchas veces al consumo de psicofármacos. Así es, como uno de los problemas radica en que el sujeto queda reducido a una etiqueta sólo por el hecho de tener determinada conducta.

A su vez se genera un movimiento tándem, en la medida que se incrementa el consumo de este contenido, el algoritmo en las redes sociales recomendará mayor material relacionado o aumentará la posibilidad que se avizore primero. Estas intentan ser respuestas frente al padecimiento que se pretenden instantáneas, que no involucran al sujeto, ni lo interpelan con lo singular de su sufrimiento. No dan lugar a la palabra, se ubican desde la certeza absoluta y obturan así la pregunta por lo singular, aquello que aparece como innominado perturba. Mientras que, al nombrarlo calma, no se intenta cuestionar el malestar, sino solaparlo, no saber nada de ello y naturalizarlo. El rol del diagnóstico pasa a volverse identitario.

Tampoco resulta azaroso que en su mayoría el lenguaje que se utiliza a la hora de plantearlo sea con un fuerte sesgo neuro-biologicista, la mayor parte de aquellos que crean y consumen este tipo de contenido utilizan el término neurodivergente para denominarse, el mismo hace referencia al funcionamiento cerebral "atípico", el cual trae consigo un diagnóstico. Quizás el más representativo sea el de autismo, pero también se encuentran otros. En contraposición, encontramos el término neurotípico, este hace referencia a un cerebro de funcionamiento "normal" (Pérez-Fournier, 2023). Esta reducción biologicista responde al paradigma biomédico, donde la causa principal de las enfermedades es eminentemente orgánica, con una perspectiva ahistórica y generalizante, el cual queda supeditado siempre a la racionalidad científica. Por lo tanto,

16

es importante señalarlo ya que las nominaciones implican prácticas y modos de abordajes específicos, de ello dependerá el encuentro con el sujeto y sus vicisitudes. Como se mencionó anteriormente, podemos encontrar online una enorme cantidad de activistas o influencers que abogan por el autodiagnóstico, lo promueven como una alternativa gratuita e inocua al diagnóstico por parte de especialistas. Ubicándose estos últimos como quienes simplemente avalan y cierran un proceso que se comenzó a gestar en redes. Desde este lugar el diagnóstico se mecaniza, se vuelve un camino directo, cómodo y sin rodeos, estandarizado, donde no hay lugar para la pregunta. Debe tenerse en cuenta, además, que una de las recomendaciones que se vuelcan en redes es continuar consultando con profesionales hasta dar con la etiqueta o el concepto que se esperaba, porque es ese y sólo ese, el que explica lo que a uno le ocurre. Se presenta como una piedra angular en la construcción de su propia identidad, y el mismo aparece al modo de una validación que reconforta.

Las etiquetas apaciguan y traen tranquilidad, ante el desconcierto y la incertidumbre. Debido a eso, se llega al extremo de exigir las, sin menor cuestionamiento (Soller, 2009). Simplemente, por identificarse con las experiencias singulares que relatan quienes crean estos videos. Si se tiene en cuenta, que el surgimiento de las redes mutó para siempre la subjetividad contemporánea, esto nos trae nuevos desafíos y nuevas formas de pensar la práctica, que no pueden pasar desapercibidos. El autodiagnóstico a través de las redes, se encuentra instalado principalmente entre adolescentes y jóvenes. Dado que ellos constituyen el rango etario que se encuentra más susceptible y vulnerable,

en cuanto al impacto que puede tener la visualización de este tipo de contenidos.

Así lo demuestra, una investigación realizada por Amnistía Internacional en 2023, donde se analizó el impacto que tiene el algoritmo cuando se reiteran las búsquedas en contenido sobre salud mental. A partir de la creación de cuarenta cuentas automatizadas interesadas por la temática, que simulaban la personalidad de niños y niñas de trece años provenientes de Estados Unidos y Kenia. En los primeros 20 minutos, más de la mitad de los videos recomendados estaban relacionados con problemas de salud mental, los cuales romantizaban, normalizaban, o fomentaban el suicidio. Al cabo de 5 o 6 horas en la plataforma, la mitad de los videos recomendados eran potencialmente nocivos, ya que amplificaba contenidos de tintes depresivos y suicidas. A su vez, los resultados dan cuenta de un diseño adictivo, basado en el propósito de retener cada vez más tiempo a los usuarios en la aplicación. Produce “la desjerarquización del conocimiento y la simetrización de los enunciadores” (p.67), ya que al ver un video o interactuar con el mismo, TikTok interpreta, a partir de su sistema de recolección de datos, que se desea ver contenido similar. Dado que, quienes realizan estos videos son generalmente celebridades de internet, personas de referencia para los jóvenes; traduciéndose así en la masificación de prácticas y discursos nocivos acerca de la salud mental.

Es interesante notar esta doble vertiente: por un lado, el diagnóstico en salud mental sigue siendo un estigma, una condena, una marca indisoluble del ser y, por otro, pasa a volverse identitario, genera alivio ante la ausencia de respuestas y ante la posibilidad de nombrar al malestar. Porque, de alguna manera, se encubriría una posible vía de acceso al tratamiento. Frente a esto, pareciera que se vuelve un imperativo colocarle un nombre, buscarle lógica y sentido. Por eso, una vez nombrado, se vislumbra, aunque sea solo una ilusión, un camino a seguir. Entonces si el diagnóstico, la mayoría de las veces ubica, la pregunta es: ¿En qué lugar?, ¿qué hago con esa nominación? Esta, en última instancia no dice nada del sufrimiento de los sujetos, no le da lugar, solo pretende describirlo. En definitiva, el diagnóstico no es sin la particularidad del sujeto, su contexto y vicisitudes.

17

Es pertinente a su vez destacar, que es un fenómeno que comenzó a gestarse en Estados Unidos, el cual nace fuertemente ligado a los obstáculos en el acceso a la salud. Ya que, al no existir un sistema público, y darse un predominio del sector privado, se vuelve extremadamente costoso, puesto que está ligado directamente a la capacidad de pago y poder adquisitivo (González Juárez, 2022). Como consecuencia, gran parte de la población queda por fuera del acceso a la salud mental, en la medida que no es un derecho reconocido por el Estado, sino una respuesta de privados. Cabe preguntarse, entonces, ¿por qué, teniendo un sistema de salud público logró exportarse esta tendencia? Por ende, será parte del desafío repensar el lugar de la salud mental para garantizar que todas las personas tengan un acceso adecuado a los servicios, a partir de medidas que fortalezcan los lazos comunitarios, con un abordaje integral e interdisciplinario.

Por otro lado, la inmediatez que caracteriza internet, con sus respuestas automáticas y ajustadas a gusto de cada consumidor, se vuelve una alternativa factible a la hora de dar respuestas al padecimiento subjetivo. Y no sólo sucede en redes sociales, sino que estamos en presencia de una sociedad profundamente adiestrada para diagnosticar, la cual se ha apropiado de la terminología psiquiátrica, más que en cualquier otra disciplina, su conceptualización es de uso común y corriente. En salud mental, es

parte del vocabulario cotidiano expedir diagnósticos psiquiátricos y en la misma línea utilizarlos como insultos o peyorativamente. Se intenta de forma constante tipificar, encasillar y clasificar aquello que se presenta como inasible, aquello que irrumpe en el orden establecido. En una época diagnosticista, todos deben ser etiquetados (Soller, 2009).

Este discurso se presenta como un discurso liberador, pero que se vuelve normativo y disciplinador, respecto al lugar pasivo que deja al sujeto en relación a lo que vivencia, donde no tiene nada que hacer o decir al respecto. Debido a que la respuesta ante el malestar viene de forma instantánea, por parte de un otro que, al compartir la propia experiencia, esta se generaliza y se vuelve un molde, donde todos podemos encajar.

En consecuencia, muchos pueden sentir que sus síntomas se ajustan con aquellos que se describen tanto en Internet como en los manuales, pero esto no quiere decir que presentar alguno de ellos signifique padecer un trastorno en sí mismo. Muchos de esos “síntomas” forman parte de la vida (Allen, 2013). El malestar, la angustia, la ansiedad (entre muchos otros) son afectos displacenteros que impregnan la cotidianeidad, son propios de nuestro día a día y estos resultan insoslayables. Es importante hacer hincapié en el carácter atemporal de los planteos freudianos, sobre el malestar en la cultura (1991a); este es estructural y por lo tanto ineludible. Allí Freud nos dice que el fin y propósito de la vida es la búsqueda incansable de la felicidad, la cual, como sabemos nunca ocurre completamente. Y es sobre la base de estas renunciaciones pulsionales que se edifica la cultura, la cual tiene por consecuencia un malestar inherente que entrafia la vida en sociedad. Más aún, el sufrimiento amenaza desde tres lugares, el cuerpo propio, el mundo exterior y de las relaciones con los otros.

De este modo pareciera, que no queda escapatoria. Pero Freud, por el contrario, no traduce estas renunciaciones en impotencia, si no, que esas pulsiones sofocadas son desplazadas y pueden tomar otros caminos, como es, por ejemplo, el caso de la sublimación. Es así que cada época encuentra sus propios modos de responder al malestar en la cultura, ya que los síntomas son históricos y varían según los discursos dominantes de cada época (Soller, 2009). Por lo tanto, el malestar es constitutivo de la subjetividad, es cultural y no es posible pensar un sujeto aséptico, porque se vuelve ineluctable. El autodiagnóstico en redes sociales, en contraposición, patologiza el mal estar, lo considera algo disfuncional que debe arreglarse.

18

La proliferación de estas narrativas trae consigo enormes interrogantes, como, por ejemplo, ¿qué les significa las categorías psicopatológicas a los sujetos? ¿Qué les brindan? Ya que es una práctica que está instalada en lo cotidiano y ocupa muchas horas del día de las personas, es necesario interrogarla. Deben ser puestas en cuestión para evitar cristalizaciones y caer en lugares estancos que conducen a su naturalización. Los modos de abordar dicho fenómeno, son múltiples, no existe uno que salde la cuestión. Es un proceso contemporáneo, donde hay más interrogantes que certezas, donde los efectos, consecuencias e incluso las virtudes no son unívocas y están en permanente discusión. Se presenta, después de todo, como un verdadero desafío en el porvenir de la práctica.

## V. El diagnóstico en psicoanálisis: escuchar el malestar

“Lo que es llamado un síntoma neurótico es simplemente algo que les permite vivir”  
(Jacques Lacan, 1975).

“Todo el mundo es loco, es decir, es delirante”  
(Jacques Lacan, 1978).

La clínica psicoanalítica rompe con la tradición organicista de los padecimientos mentales que proponía la clínica psiquiátrica. Con la invención del inconsciente produce un quiebre, un desplazamiento de la línea normal-patológico, la difumina y la vuelve maleable. Al concebir aquellas formaciones del inconsciente, sueño, lapsus, chiste y olvidos como parte de la “psicopatología de la vida cotidiana”, las cuales se las consideraba como acciones sin importancia y aparentemente sin sentido. Sin embargo, estos expresan y develan conflictos inconscientes. De esta manera, la frontera entre la norma y la anormalidad es fluctuante, y en ella todos somos un poco neuróticos (Freud, 1991b). Es decir, no podemos escapar al pathos inherente a la vida.

Como se mencionó anteriormente, el psicoanálisis no deja de tener resabios de la herencia psicopatológica de la época. La noción del diagnóstico tal como la concibe la psiquiatría, se vuelve imposible para pensar la clínica analítica. Si bien cada concepción responde a sus propias problemáticas, ambas son incompatibles. Freud, buscaba elaborar una teoría propia del psicoanálisis, así puede verse ejemplificado en el diagnóstico del presidente Schreber, de demencia paranoide. Pues allí, no lo hace siguiendo las precisiones nosográfica del tratado de Kraepelin sobre la demencia precoz, sino que la centra en su relación con la transferencia. Después de todo, Freud no era ajeno a los desarrollos en psicopatología. Al contrario, hace uso de la nosología de su época, ya que le resultan ineludibles ciertos términos. Pero no buscaba el afán clasificatorio psiquiátrico, ni la conceptualización de cuadros sólidos. Mientras que la psiquiatría opera a partir de criterios taxonómicos rígidos, subsumiendo lo particular en lo general, el psicoanálisis intenta hacer allí una lectura singular (Muñoz, 2019).

Del mismo modo, Jacques Lacan, en 1955, con su consigna “retorno a Freud”, continúa y hace énfasis en la idea freudiana, de “no evaluar al loco en términos de déficit” (Lacan, 1988). Por consiguiente, como intenta desmontar los criterios de la época, que la concebían en términos de realidad fallida, o como una no adaptación a la realidad, lo lee en términos del decir, de la palabra. Por lo tanto, se diferencia de una clínica meramente descriptiva de la psiquiatría y señala como al sujeto del inconsciente no es posible aprehenderlo en una clasificación universalizante. Al respecto enuncia, “no hay análisis sino de lo particular” (Lacan, 2012) ya que, si bien existen tipos de síntoma, cada uno se

19

diferencia de un sujeto a otro, aunque estos puedan guardar elementos en común, no hay un inventario sintomatológico al modo de la psiquiatría (Muñoz, 2019). Alexandra Kohan (2019) nos dice que el psicoanálisis, antes que nada, es un modo de leer. Un modo que se resiste y se posiciona en las antípodas del saber dogmático, absoluto y sin grietas del discurso médico. Ya que, para empezar, el síntoma para el psicoanálisis no responde estrictamente a una patología, no es un problema, sino que es una solución singular. Parte a priori, de un interrogante, de un no saber, no intenta anticiparse al sujeto, ni intenta buscar allí certezas, porque de esta manera no solo replicamos la herencia psiquiátrica de encasillar a cada sujeto dentro de un inventario sintomático, sino que se

vuelve óbice a la escucha singular.

La sintomatología sostenida por la mirada que supone el discurso psiquiátrico, se sustenta por un otro que posee el dominio del saber, desde este paradigma, es el médico quien aparece como único portador. De modo que, en el proceso diagnóstico “no se buscan las huellas de un sujeto, sino las huellas de su enfermedad” (Soller, 2003 p.19). Así, la palabra en vez de concebirse como lugar constitutivo del sujeto, queda reducida a ser un vehículo para enunciar y confirmar signos. En la clínica médica lo primero que debe hacerse es objetivar el padecimiento a partir del saber científico. Aquí se comienza por la observación, luego debe establecerse un diagnóstico, confirmar el trastorno y aplicar el correspondiente tratamiento. El psicoanálisis, en cambio, busca ir más allá de las meras descripciones sintomáticas, busca la singularidad del sujeto. Esto marca un punto de ruptura fundante, en cuanto a qué sujeto se habla. Uno es el sujeto cartesiano, el sujeto puro del saber científico, mientras que el psicoanálisis concibe al sujeto como deseante, escindido y barrado (Leibson, 2015). Por ende, las lecturas que puedan hacerse serán singulares y estarán signadas por el decir, en el transcurso de las asociaciones.

Desde esta perspectiva, el diagnóstico no es un momento previo a la dirección de la cura, es transversal a ella, “son el anverso y reverso de una misma operación” (Fernández Miranda, 2020 p.137). Es así que este no se vuelve un fin en sí mismo, no es una investigación anamnésica, no busca a través de él, encontrar el tratamiento más adecuado o elaborar un pronóstico certero. La única técnica de la cual dispone el analista es su escucha. Esta se sostiene en la atención parejamente flotante, en el discurso del paciente, que queda circunscripto en el campo del decir y de lo dicho. Porque es a partir de esta técnica, que se evita encontrar lo que ya se estaba buscando, no es posible anticiparse a un saber, como tampoco lo es el encuentro con el otro. Por supuesto que el analista se apoya en ciertos elementos estables, que permiten guiar la dirección de la cura (Dor, 2006). En ese sentido, el diagnóstico queda latente tras cierto tiempo de trabajo analítico, “es un acto deliberadamente planteado en suspenso y consagrado a un devenir” (p.18) se vuelve imposible, si no es tras cierto tiempo de construcción, e incluso este no es de una vez y para siempre. En palabras de Freud (1991c):

Nuestros diagnósticos se obtienen a menudo sólo con posterioridad [...] No podemos formular un juicio sobre los pacientes que acuden al tratamiento, ni sobre los candidatos que demandan formación, antes de haberlos estudiado analíticamente durante unas semanas o unos meses. Así, de hecho, recibimos a todos los gatos en una misma bolsa (p.144).

Es decir, produce una inversión de los pasos lógicos que se pretenden en el diagnóstico médico, en este caso no debe establecerse previamente al tratamiento, ya que se parte sin una hipótesis determinada. En este sentido, Fernández Miranda (2020) plantea que el diagnóstico se construye a partir de diversos fotogramas que nos marcan los puntos de detención e inflexión en el proceso analítico. Porque no es estático y no es

20

siempre el mismo, este debe volverse plástico y maleable a la singularidad de cada sujeto. En consecuencia, “el diagnóstico no es en absoluto la asignación del caso a una categoría nosográfica, sino la puesta en forma a través de la teorización psicoanalítica de un modo de padecimiento singular” (p.137) es así como el analista no posee un saber dado de antemano, con la mera observación y clasificación taxonómica que ofrece la clínica psiquiátrica, no alcanza para dar cuenta del sufrimiento singular, “sólo el sujeto

puede decir lo que no marcha para él” (Soller, 2009 p.19). Porque nos valemos del discurso del sujeto, lo que este pueda decir acerca de su padecimiento y la función que le atribuye a su síntoma.

Ahora bien, en tiempos donde el individualismo es llevado a su máxima expresión, es que emerge el autodiagnóstico mediante redes sociales como una vía privilegiada a la hora de pensar el padecimiento subjetivo. El trabajo en análisis no puede quedar supeditado a ello, ni ser reemplazado. El diagnóstico desde una perspectiva psicoanalítica es una práctica subjetivante, que permite adentrarse a lo inédito de aquel encuentro único e irrepetible que se da con cada sujeto. Es un espacio que se resiste a la cristalización de sentidos y al encasillamiento taxonómico, porque entiende que este no es concluyente y las fronteras nunca se encuentran bien delimitadas. Aquellas conductas aisladas que se enumeran en las redes sociales, e intentan brindar herramientas para arribar a un autodiagnóstico solo produce la homogeneización de los sujetos, infiere que todos antes las mismas acciones respondemos de la misma manera y que éstas pueden traducirse a una patología. Esto no basta para la conformación de un diagnóstico por parte de profesionales, porque implica una concepción diagnóstica estática y universalizante. El autodiagnóstico deja al sujeto sin margen de movimiento, sin resto, porque comienza a personificar el cuadro, no solo lo padece, sino que se convierte en él.

Por esta razón, el psicoanálisis continúa siendo subversivo frente a las lógicas de normalización, en la medida que sigue suscitando nuevas lecturas, ya que “no promete la felicidad, pero tampoco promete otra cosa” (Kohan, 2019 p.6). Lo que no significa que esta no se produzca, si no que, permite darle lugar a la angustia, al malestar, sin taponar la falta. Porque entiende que el síntoma no es un problema a solucionar, sino aquello que permite vivir, el modo singular en que lo articula. Porque el diagnóstico no es para siempre el mismo, muta y varía, como lo hace la vida y la singularidad de cada sujeto.

En cada momento histórico el diagnóstico ha tenido una finalidad específica. En un primer momento, se requirió para dar orden al caos imperante en la sociedad. Entonces era necesario diferenciar y apartar lo normal de lo patológico. En la actualidad, se presenta como un estigma y también como una parte nodal de la propia identidad.

En primer lugar, los diagnósticos en salud mental cargan con pesados estigmas, suele ser epónimo de locura y tiende a identificarse a partir de la peligrosidad, el comportamiento irracional e imprevisible. Esto termina por estructurar todos los aspectos de la vida de la persona, la cual deja de ser quien es para encarnar al padecimiento, de este modo la categoría psicopatológica responde por él, de modo que todo lo que respecta a su vida diaria estará teñido y explicado desde el padecimiento. Es así que a partir del terreno que ganaron los manuales de clasificación modernos, como el DSM y la CIE, se produjo una masificación de las nominaciones psicopatológicas, la sociedad asumió las ideas psiquiátricas, y es desde esa lógica que muchas de las escenas cotidianas tienden a ser leídas. De esta forma el diagnóstico continúa siendo una herramienta que obtura y apunta a la exclusión de lo diferente, implica una exigencia a la llamada normalidad, convirtiéndose en una referencia con la cual comparamos y medimos a los sujetos.

A su vez, ante la multiplicidad de diagnósticos, se producen mayores prescripciones de psicofármacos, su consumo está instalado en la sociedad, vemos constantemente propaganda abogando por ellos. Entonces, si bien, los enormes avances en psicofarmacología lograron facilitar la vida de muchas personas, debería ser imprescindible que su prescripción esté acompañada de un juicio clínico y de criterios que los ameriten.

En segundo lugar, se ha dicho que la rapidez aparece como un estandarte en la cotidianeidad, todo debe resolverse de forma rápida y eficaz, todo debe ser consumido sin corte e incesantemente. Desde esa lógica se rigen las relaciones, los consumos culturales y también los diagnósticos. La etiqueta psicopatológica tranquiliza, alivia incertidumbres y permite condensar el malestar en un sintagma que ordena y posibilita vislumbrar algún tipo de tratamiento. Es así que emerge el autodiagnóstico en redes sociales, a partir de un formato corto, simple y visualmente llamativo, el cual termina por ser una práctica nociva, que solo produce la patologización de la vida y sobreabundancia de diagnósticos, banaliza los padecimientos y los homogeniza. Y en su intento de desestigmatizar los padecimientos, solo logra reforzarlos. Entonces, el hecho de que circule más información acerca de la salud mental, es beneficioso puesto que da lugar a una pluralidad de voces como la de los usuarios y su familia, permitiendo desarmar aquellos preconceptos sumamente arraigados en los diagnósticos. Pero importa saber qué información es la que circula y quiénes la imparten. Ya que más información no implica que esta sea mejor.

Así, el autodiagnóstico en redes sociales, aparece como una práctica privilegiada entre jóvenes a la hora de dar respuestas al malestar. Deberá ser un desafío repensar la accesibilidad a los servicios de salud mental y la construcción de la información, así como el acceso a los mismos, su eficiencia y calidad. De modo que permita alojar las inquietudes de los jóvenes, a partir de la transmisión confiable y segura de información.

De este modo, como futuros profesionales de la salud mental, es necesario tener en cuenta que nuestras intervenciones no son inocuas, ni neutrales. Las palabras marcan y hacen cuerpo, se impregnan en los sujetos. Entonces, si el lenguaje construye

la realidad, ¿qué construimos con él? El diagnóstico performatiza, la palabra tiene efectos

22

materiales que producen cambios significativos en la vida de las personas clasificadas y de forma tal que, cuando se ingresa al circuito diagnóstico, toda su vida es recategorizada y leída bajo la rúbrica de la lógica psiquiátrica. Es necesario tener presente que, ninguno de ellos es el diagnóstico, las etiquetas no nos dicen nada de las personas, ni de los padecimientos. Estos simplemente los describen, ya que, se construyeron en base a compartimentos estancos, moldes universales, donde el profesional, desde esta perspectiva sólo debía ubicar al sujeto en uno de ellos.

En ese sentido, no quiero decir que el diagnóstico deba desaparecer o sea inútil, en aras de la singularidad, pero tampoco vanagloriarse en él. Muy por el contrario, el diagnóstico orienta, es una hipótesis que, apuntalada en la escucha, puede ser un instrumento muy valioso en la dirección de la cura. El problema surge cuando aparece como finalidad clínica. Porque este es parte de un proceso en constante construcción, se requiere de tiempo, no está hecho de una vez y para siempre. Y a su vez debe involucrar a los sujetos, estos no son ajenos al proceso, ni traen a cuestas un diagnóstico a la espera de ser descubiertos.

Por ello se vuelve necesario repensar la función que tiene el diagnóstico en la clínica actual, ya que muchas veces ocurre que aparece como un saber anticipado, ya sabido. Es decir, se prevé los posibles desenlaces del padecimiento incluso antes que ocurran. Y de esta manera, el sujeto queda inerte ante la categoría psicopatológica. Las nominaciones legitiman prácticas, de tal forma que el diagnóstico puede ser un instrumento de segregación, o puede funcionar al modo de una brújula, que oriente la escucha, el tratamiento, “al modo de fotogramas que van indicando, los puntos de detención y de inflexión en la cura, puntos en que la teoría se trama con práctica y produce un necesario efecto de lectura” (Fernández Miranda, 2020 p.138). Un efecto de lectura singular apoyado en la clínica, que tense con lo general de la categoría, debido a que no hay un saber que pueda estandarizarse y que responda completamente por el padecimiento del otro. Cada diagnóstico marca sus propias coordenadas, aunque existan elementos comunes, ninguno es igual a otro, ni se cristalizan en el tiempo. Por el contrario, cada categoría debe ser leída contextualmente y construida en conjunto.

En conclusión, las clasificaciones nosográficas son cambiantes, coyunturales e históricas. El malestar y el sufrimiento psíquico no son objetos estáticos e invariantes, sino que son parte de la vida de los sujetos, y estas cambian con ellos. De este modo, se debe tener presente que el sufrimiento es inherente a la vida cotidiana, no hay persona que no sufra, y que no lo haga a su modo particular. Es así que, el malestar, como enuncia Freud, es constitutivo. Por eso no es posible alcanzar un estado de completa felicidad, pero esa falta es la que nos permite seguir deseando.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affonso Moyses, M.A. Collares, C y Untoiglich, G. (2013) La máquina medicalizadora y patologizadora en la infancia. En G. Untoiglich (Ed.) En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. (pp. 25-45) Buenos Aires: Noveduc
- Allen, F. (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? España: Planeta. Allen, F. (abril de 2010) Preparémonos. Lo peor está por venir: el DSM-V, una pandemia de trastornos mentales. En <https://www.topia.com.ar/articulos/prepar%C3%A9monos-lo-peor-esta-venir-dsm-v-una-pandemia-trastornos-mentales>
- Amarante, P. (2019) Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topia.
- Amnistía Internacional (2023). Domar el algoritmo: desafíos para la salud mental y privacidad de Argentina en el uso de TikTok. Argentina
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). España: Panamericana.
- Benasayag, M y Schmit, G. (2011) Las pasiones tristes. Sufrimiento psíquico y crisis social. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bercherie, P. (2014). Los fundamentos de la clínica. Buenos Aires: Manantial. Brausntein, N. A. (2013). Clasificar en psiquiatría. Buenos Aires: Siglo XXI. Caponi, S. (2016). La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero scientiæ zudia, São Paulo
- Caponi, S., Martínez Hernández, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. Revista scientiæ zudia, v. 11, n. 3, (pp. 467-89). San Paulo.
- Carreño, J. y Kepa M. (2018) Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo. Otra mirada sobre las verdades de las psiquiatrías y las psicologías. España: La Otra psiquiatría. Colina, F. (2021). Foucaultiana. España: La revolución delirante.
- Dor, J. (2006) Estructuras clínicas y psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Foucault, M. (1996). La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Altamira. Foucault, M. (2015). Historia de la locura en la época clásica. Vol. 1. México: Fondo de Cultura Económica,
- Freud, S. (1991a). El malestar la cultura. Amorrortu. En Sigmund Freud Obras Completas,

- vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- \_\_\_\_\_ (1991b) Psicopatología de la vida cotidiana. En Sigmund Freud Obras completas vol. VI. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- \_\_\_\_\_ (1991c) Conferencia introductoria nº34: Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En Sigmund Freud Obras Completas, vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Goffman, E. (2006) Estigma, la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Kohan, A. (19 de abril 2022). La pasión diagnóstica. El diarioAR.  
[https://www.eldiarioar.com/opinion/pasion-diagnostica\\_129\\_8922923.html](https://www.eldiarioar.com/opinion/pasion-diagnostica_129_8922923.html) Kohan, A.
- (2019). Psicoanálisis: por una erótica contra natura. Buenos Aires: Indie Libros. Kohan, A.
- (2022). Un cuerpo al fin. Buenos Aires: Planeta.
- Lacan, J. (1988) Presentación de la traducción francesa de las memorias del presidente Schreber. En intervenciones y textos 2. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (2012) Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los Escritos. En Otros escritos. Buenos Aires: Paidós,

24

- Leibson, L. (2015) La subversión de la psiquiatría y la formación del Psicoanalista. En Psicopatología clínica y ética: de la psiquiatría al psicoanálisis. Ed. Fabián Schejtman. Buenos Aires: Grama.
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. Revista internacional de sociología, ISSN 0034-9712, Vol. 75, N.º 2. Barcelona
- Muñoz, P. D. (2019). Las locuras según Lacan. Buenos Aires: Letra Viva. Pérez Fournier, L. (octubre de 2023) Ser joven y neurodivergente: diagnósticos, redes sociales y realidades compartidas. En: <https://gatopardo.com/reportajes/que-es-ser-joven-neurodivergente/>
- PlushCare (2022) How Accurate is Mental Health Advice on TikTok? Estados Unidos.  
<https://plushcare.com/blog/tiktok-mental-health/>
- Roudinesco, E. (2015) ¿Por qué el psicoanálisis? Buenos Aires: Paidós. Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 18, N.º 3, (pp. 255- 286) Barcelona.
- Soller, C. (2009) La querrela de los diagnósticos. Buenos Aires: Letra Viva. Stagnaro, J. C. (2006) Nosografías en Psiquiatría. En Manuel Suárez Richards (comp) Introducción a la psiquiatría (pp. 171-188). Buenos Aires: Polemos,
- Szasz, T. (2001). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu editores,
- Valencia, L. A. (2021) Psicopatología norteamericana del siglo XIX: la Drapetomanía y la Americanitis. Revista Topia. <https://www.topia.com.ar/articulos/psicopatologia-norteamericana-del-siglo-xix-drapetomania-y-americanitis#:~:text=El%20nombre%20proven%C3%ADa%20del%20griego.por%20Oescapar%20de%20su%20amo.>

