

**¿Qué hacemos con el malestar? Psicodiagnósticos, afectos y lenguajes**  
*What Do We Do with Discomfort? Psychodiagnostics, affects, and languages*

**Facundo Goyena<sup>8</sup>**

Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Mar del Plata – Argentina

**Resumen**

En las últimas décadas se ha asistido a una proliferación sostenida de categorías psicodiagnósticas, en gran medida producidas y legitimadas por los manuales clasificatorios contemporáneos, que han ampliado de modo significativo el repertorio de formas de nombrar y ordenar el malestar psíquico o los afectos en general. En este artículo se toman desarrollos desde el psicoanálisis y aportes teóricos del paradigma del giro afectivo, para recuperar los debates conceptuales alrededor de las formas de entender el diagnóstico. Para ello se analizan las relaciones entre las perspectivas de la ciencia, los contextos históricos, y la producción de subjetividad, desarrollando sus articulaciones con otros procesos, como lo son la patologización, la retórica de las neurociencias, y la individualización del malestar. Este ejercicio busca reunir aportes para visibilizar puntos de tensión al momento de dar cuenta de los sufrimientos y su relación con las estructuras del mundo. Allí se argumenta que el psicodiagnóstico como dispositivo no puede abordarse por fuera de la relación de una política de los afectos, y cómo, un abordaje que intente pensar la gestión que las comunidades hacen de sus afectos, encuentra en los criterios *psí* un eje suficientemente válido.

41

**Palabras clave:**

PSICODIAGNÓSTICO; SALUD MENTAL; GIRO AFECTIVO; TEORÍA CRÍTICA; PATOLOGIZACIÓN

**Abstract**

In recent decades, there has been a sustained proliferation of psychodiagnostic categories, largely produced and legitimized by contemporary classificatory manuals, which have significantly expanded the repertoire of ways of naming and organizing psychic distress and affects more broadly. This article draws on developments from psychoanalysis and theoretical contributions from the affective turn in order to revisit conceptual debates surrounding different ways of understanding diagnosis. To this end, it analyzes the relationships between scientific perspectives, historical contexts, and the production of subjectivity, and examines their articulation

---

<sup>8</sup> facugoyena@gmail.com

with other processes such as pathologization, the rhetoric of the neurosciences, and the individualization of distress. This inquiry seeks to bring together contributions that make visible points of tension in accounting for forms of suffering and their relationship to the structures of the world. It argues that psychodiagnosis, understood as a dispositive, cannot be addressed outside the framework of a politics of affects, and that any approach seeking to reflect on how communities manage their affects finds in *psi* criteria a sufficiently valid axis of analysis.

**Keywords:**

PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTIC CATEGORIES; MENTAL HEALTH; AFFECTIVE TURN; CRITICAL THEORY; PATHOLOGIZATION

Fecha de recepción: 13 de febrero de 2026

Fecha de aprobación: 28 de abril de 2026

## 1. Introducción

En las últimas décadas se ha asistido a una proliferación sostenida de categorías psicodiagnósticas, en gran medida producidas y legitimadas por los manuales clasificatorios contemporáneos, que han ampliado de modo significativo el repertorio de formas de nombrar y ordenar el malestar psíquico y los afectos en general. Estas categorías no permanecen circunscriptas al campo clínico o científico, sino que se difunden activamente en la opinión pública, los medios de comunicación y en redes sociales, convirtiéndose en marcos interpretativos hegemónicos para la comprensión de cada individuo y su relación con el mundo.

Para abordar algunas de las discusiones conceptuales a las que nos remite este contexto se toman aportes desde las ciencias sociales que parten del paradigma del giro afectivo y la teoría crítica aplicadas al campo de la salud mental, sumado a otros desarrollos que desde el psicoanálisis problematizan los aspectos epistemológicos y metodológicos de los diagnósticos clasificatorios en la práctica clínica. Se intenta en el presente escrito poder aproximarse a una articulación inicial de ambos campos, presentando una relación entre las formas de pensar al psicodiagnóstico y la circulación social de los afectos, y la producción de subjetividad.

Se entienden los aportes del giro afectivo a modo general, es decir, partiendo de sus premisas más compartidas, sin profundizar en las discusiones dentro de ese campo, por ejemplo, la distinción entre afectos-emociones-sentimientos<sup>9</sup>. Se utilizará principalmente el concepto de afectos en el sentido que le otorga Sara Ahmed (2015), como aquello que es social y a la vez incluye una dimensión no consciente, que excede al lenguaje y que, por lo tanto, se presta a un diálogo con una concepción psicoanalítica. A su vez, se recupera la noción de que a partir del estudio de los afectos es posible analizar y comprender fenómenos sociales y políticos complejos, por lo tanto, los afectos pueden decirnos algo acerca de la vida pública. Incluso, se adhiere al postulado de que los afectos son en definitiva estados del cuerpo (Macón, 2013), incorporándose como una variable central para pensar las sociedades, sus relaciones y transformaciones, entendiendo

---

<sup>9</sup> A pesar de no profundizar en esta distinción, se rescata la relevancia de la misma para pensar la dimensión performativa de los afectos en tanto dinámicas capaces de producir transformaciones en lo social, problematizando su reducción únicamente a estados internos.

a las corporalidades en su dimensión sociopolítica, y dejando de ser un elemento exclusivo del ámbito privado o individual.

Por otra parte, se toma al psicodiagnóstico como un dispositivo de producción de subjetividad y en tanto tal, atravesado por redes de saber y poder que generan efectos. El mismo se inscribe en teorías, concepciones de salud y enfermedad, normal y anormal, criterios de adaptación y patologización, visibilizando aspectos e invisibilizando otros (Deleuze, 1990). Lo que se produzca en ese dispositivo, entre sus participantes, reúne las condiciones para darle una significación posible a los afectos y malestares que allí se despliegan y que luego impactan en la vida social.

Sara Ahmed (2015) se posiciona en un lugar que ayuda a la relación entre ambos aportes, al incorporar las variables del lenguaje, los sentidos y el reconocimiento:

(...) el modo en que experimentamos el dolor implica la atribución de significado a través de la experiencia, así como asociaciones entre diferentes tipos de sentimientos negativos o de aversión. De modo que el dolor no es solamente el sentimiento que se corresponde con una lesión corporal. Aunque el dolor puede parecer evidente —todos conocemos nuestro propio dolor, nos quema— la experiencia y el reconocimiento del dolor como dolor involucra formas complejas de asociación entre sensaciones y otros tipos de estados emocionales (pp. 51-52).

44

Inscribir al psicodiagnóstico como un dispositivo lo hace parte necesariamente de un conjunto de procesos y relaciones que se ponen en juego en él, y encontramos en la cita de Ahmed (2015) que parte de esas operaciones pueden pensarse desde las dimensiones del reconocimiento y la atribución de significados. Entonces el advenimiento de nuevos sentidos, el acontecimiento de significaciones, las metáforas, asociaciones, etc., que no preexistían al encuentro con el profesional (Kacero, 2006), podrían habilitar nuevas formas de experimentar el dolor, para moverlo y transformarlo. Es difícil pensar dinámicas donde estos movimientos del dolor y sus formas de nombrarlo no se articulen de alguna manera con los otros.

En *La política cultural de las emociones* (Ahmed, 2015), la autora sostiene que: “La tarea sería no solo leer e interpretar el dolor como sobre determinado, sino también hacer el trabajo de traducción,

mediante el cual el dolor se lleva hacia el ámbito público y, al moverse, se transforma” (p. 263). En principio, la sobre determinación del dolor nos invita a pensar la relación del mismo con procesos históricos, relaciones de poder y marcos culturales. Además, el trabajo de traducción conlleva la tarea política de nombrar los dolores en los lenguajes posibles o disponibles, y es en ese movimiento donde los efectos posibles acontecen. No se trata entonces de una nominación neutral ni meramente descriptiva, ya que justamente en su carácter performativo “los afectos son capaces de alterar la realidad pública con su irrupción” (Macón, 2013, pp. 11-12) En otras palabras, se pone en cuestión la posible interpretación de los afectos como pasivos, como algo que puede ser opuesto o anterior a la acción: las maneras de sentir están íntimamente asociadas a los modos de hacer.

¿Cómo hay que nombrar los dolores para que sean reconocidos? ¿Qué sentido hay que otorgarles a los sufrimientos para que sean tomados en serio? ¿Qué formas de validación del dolor se ofrecen? Esas preguntas, entre otras, dan lugar a la dimensión social y política de los afectos; no siendo posible entonces pretender que la línea divisoria entre la tristeza y el trastorno, entre dolor propio de la vida y la enfermedad, entre las dificultades y el déficit, no sean una demarcación situada en un campo de disputas, intereses, tensiones. Cuando un dolor se vuelve patológico es una pregunta que necesariamente debe ser respondida incluyendo la dimensión política, histórica y social. Aquellas demarcaciones producen subjetividad, criterios de verdad, y por lo tanto reconfiguran la trama social. En los siguientes apartados se buscará recuperar debates sobre la genealogía de categorías que se han vuelto hegemónicas para nombrar y clasificar los padecimientos en la actualidad y sus implicancias.

Para ello se ha realizado una revisión crítica de bibliografía del campo del psicodiagnóstico desde el marco teórico psicoanalítico, y de la investigación en ciencias sociales en el área de salud mental, con el objetivo de recuperar y analizar discusiones conceptuales y/o epistemológicas que hacen a la práctica del campo *psi*. En este marco se emplea una actitud metodológica analítico-interpretativa de bibliografía específica con el objetivo de presentar relaciones conceptuales, puntos de convergencia entre disciplinas y generar aportes a estos campos de estudios.

La argumentación se desarrolla en tres momentos. Primero, exponer la relación entre las categorías diagnósticas contemporáneas y sus contextos, dando cuenta de las mismas como productos sociohistóricos situados. Para ello se hará un repaso general de los

debates epistemológicos que están detrás de dichas categorías. Segundo, se busca argumentar la creciente tendencia a la patologización de los afectos, analizando la retórica de las neurociencias y argumentando la relación entre las mismas y un modo de producción de subjetividad asociado a la entronización del yo y la responsabilización individual. Tercero, se recuperan aportes que permitirían abrir otro diálogo posible en el contexto descripto, aportando coordenadas para habilitar la circulación de otras formas de significar el malestar.

## 2. Desarrollo

### 2.1. Prevalencia de nuevas categorías diagnósticas: un lenguaje de época

Desde el último tercio del siglo XIX, las categorías diagnósticas se expandieron, incorporando aspectos como las emociones, la idiosincrasia y la conducta culturalmente disruptiva, expandiéndose en el siglo XXI de la mano de la creciente medicalización (Rosenberg, 2006). No obstante, el estado de situación que aquí se intentará abordar se puede localizar y asociar a la década del 80, específicamente con tres acontecimientos concatenados: el lanzamiento de la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los procesos mentales* (DSM III), las campañas publicitarias del Prozac, y la reconfiguración de la psiquiatría.

El lanzamiento del DSM III en su tercera versión implicó no solo una actualización, sino más bien un cambio de paradigma en la forma de concebir los diagnósticos. Resaltando su posición *ateórica*, se transformó en un listado de criterios operacionalizados, una enumeración de síntomas, dejando de lado las causas —el por qué— para poner el foco en el observable —el qué—. Se inaugura una correspondencia muy precisa entre los diagnósticos y sus abordajes farmacológicos, como se expondrá más adelante. Pero tal vez lo más destacable de la aparición del nuevo DSM sea su inscripción en una retórica que tiene como bandera el progreso científico: “ahora la ciencia conoce cosas que antes no eran vistas” podría ser la premisa que acompañe estos avances; como si cada categoría fuera un descubrimiento, antes que una construcción. Uno de los problemas que aborda este artículo es la tensión epistemológica entre avances en el conocimiento o cambios lingüísticos. En otras palabras, preguntarnos si estas categorías para nombrar los padecimientos

implican conocerlos mejor o, si constituyen otras maneras de nombrar lo que ya estaba. Por supuesto esta resolución no tiene una salida clara, ni unilateral, pero de seguro requiere respuestas desde la complejidad que obligan a abordar estos dilemas evitando dicotomías simplistas.

El segundo acontecimiento significativo en ese periodo es el borramiento de los límites entre la esfera médica y la cultura, que implicó la acción publicitaria de los psicofármacos con la promoción del Prozac como precursor.

Así, el imperio de la depresión se fue construyendo sobre la base de efectos sutiles de verdad y persuasión y, ante todo, a través de la circulación y su capacidad para alimentar indefinidamente la conversación, el debate, incluso la sospecha: ¿acaso esta tristeza será una enfermedad? (Prati, 2023, p.8).

Hay un movimiento importante para destacar en esta afirmación. Por un lado, la influencia de la persuasión y de los efectos de verdad es un aporte que se sostiene, debería acompañar a las discusiones sobre la verdad de la ciencia. Por otro, y articuladamente, comienza a esbozarse una idea que se retomará luego: la forma de difusión y divulgación puede llevar a las sospechas sobre la patologización de los propios afectos.

En este marco, puede pensarse también, si lo que señala Renata Prati sobre la medicalización de la depresión es aplicable a otro tipo de categorías que proliferan por las redes sociales como TDA, TDAH, TEA<sup>10</sup>, otras dentro del paradigma de la neurodivergencia, o incluso la depresión misma. Un estudio de Corzine y Roy (2024) presenta datos concretos acerca de la novedosa divulgación y propagación de contenidos relativos a la salud mental presentes en las redes sociales, lo que implica una novedosa facilidad de acceso a relatos y experiencias; configurando un marco actual para la lectura de las formas de difusión en este campo.

El efecto puede ser el mismo si reúne las mismas condiciones: esto que me pasa, seguro es una enfermedad, un trastorno, una patología. En otras palabras “algo debe estar mal en mí”. En cualquier

---

<sup>10</sup> Las siglas corresponden a los siguientes cuadros respectivamente: Trastorno por déficit de atención; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; Trastorno del espectro autista.

caso, y sin generalizar cómo impacta la difusión masiva de los diagnósticos, lo que se quiere destacar es que aquellas categorías que son inauguradas y demarcadas por un manual estadístico progresivamente van permeando en la vida pública, y adquiriendo sus propias lógicas.

El tercer acontecimiento, la reconfiguración de la psiquiatría, es recuperado muy brevemente, solo por su presencia en diversos estudios históricos sobre el campo psiquiátrico y los diagnósticos, y por su coincidencia con otros procesos de la década del 80 que aquí se vienen detallando. Para introducirlo, es importante situarnos en las discusiones que se daban en la disciplina en una etapa anterior. Al respecto Franco Basaglia (1991) recupera parte de estos debates:

La antipsiquiatría (me gustaría aclarar mi criterio sobre esta cuestión ya que el movimiento que yo represento en Italia se puede definir como anti-institucional o antipsiquiátrico) no es una técnica, ni una nueva metodología a incluir dentro del campo psiquiátrico, sino un movimiento de negación y de transformación que tiende a poner en discusión los esquemas y parámetros que se consideran como valores absolutos (p.1).

48

Frente a los embates del fuerte movimiento antipsiquiátrico durante los años 60 y 70 que aquí describe Basaglia, la psiquiatría encuentra una salida a su legitimidad en cuestión. El desarrollo de los psicofármacos implicó primero el descubrimiento de los efectos de determinados químicos, con la omisión de la pregunta por la causa. Porque una cosa es saber qué genera una sustancia y otra muy diferente es para qué sirve, sobre todo teniendo en cuenta la variable de la rentabilidad de las industrias farmacológicas. El qué tiene que poder venderse. Como señala Prati (2025), es allí donde el ensayo clínico como gran legitimador del avance de la ciencia cobró marcada relevancia. Incluso en su divulgación, adjudicándose más cosas de las que podía probar, retórica y marketing mediante. Con esto último, la autora se refiere a la indiferenciación que se da entre efectos y causas, confundiendo hipótesis de trabajo con una causalidad química. En otras palabras, si la persona con depresión mejora tras la administración de serotonina, entonces la causa de la misma era la falta de serotonina. Allí comienza una lógica circular difícil de frenar: todos los resultados se vuelven confirmatorios, se omiten los límites del dispositivo y lo provisorio adquiere un carácter probatorio.

El problema de la circularidad será retomado en el siguiente apartado. En este contexto, la psiquiatría desarrollará una narrativa que ofrecerá un vasto campo de categorías y diagnósticos donde esos descubrimientos químicos podrán advenir. Sostiene Levin (2018) que en varios sectores de la psiquiatría se postula que la propia disciplina se encuentra en una crisis en torno a su paradigma científico. Esto inevitablemente también traslada algunas preguntas a las corrientes de la psicología que encuentran su andamiaje en el paradigma de la psiquiatría, en sus lenguajes y sus metodologías.

Desde luego que se trata de un fenómeno multivariado, que amerita ser leído con la complejidad que merece, y de ningún modo ser interpretado bajo la premisa de que los psicofármacos no deben ser parte de los abordajes en salud mental. No obstante, recuperar este viraje histórico de la disciplina responde a la necesidad de argumentar sobre la naturalización de algunos supuestos epistemológicos. No se quiere postular que la fluoxetina no pueda ayudar en casos de depresión o, por el contrario, que la categoría depresión no aporte nada, pero se intenta resaltar la importancia política, y hasta terapéutica, de no perder de vista que estadísticamente el aumento de los diagnósticos crece en proporción al aumento de los psicofármacos, y que como señala Prati (2024a) las historias de las categorías y la de sus *soluciones*, son “coconstitutivas y complementarias” (p.3).

Podría agregarse un cuarto elemento: la consolidación progresiva de un discurso que entronizará al yo y las libertades individuales. Con la caída de los Estados que habían pregonado abiertamente el colectivismo y la planificación a fines de la década del 80, crecen las narrativas que habilitan una diferenciación entre la masa y el individuo con sus infinitas potencialidades (Sadin, 2018). Se configura entonces un terreno fértil para la expansión de determinadas maneras de entender al sujeto, ligadas a la autosuficiencia, autogestión, con énfasis en sus libertades individuales, y de la mano con esto, categorías *más adecuadas* para nombrar los malestares contemporáneos. Se agrega esto porque, si bien no es objeto de este escrito, son varios los trabajos que profundizan las relaciones posibles entre las formas contemporáneas del capitalismo y las presentaciones del malestar actual<sup>11</sup>. Al fin y al cabo “cada época exhibe especificidades en la estructura económica,

---

<sup>11</sup> Uno de los principales estudios en los últimos años es *Realismo Capitalista* de Mark Fisher, 2019.

política y cultural, que permean los saberes expertos para el diagnóstico de colectivos asociados a la disfuncionalidad en relación a pautas de normalización y conductas esperadas” (Bianchi, 2016, p. 420)

Como señala Renata Prati (2025) el verdadero éxito del DSM III estuvo dado por el lugar que fue adquiriendo en la opinión pública, a tal punto que las categorías cobraron vida propia. No es menor esta expresión; en otras palabras, las categorías diagnósticas entraron en un complejo proceso social donde adquieren propiedades intrínsecas a sí mismas, consolidando una suerte de existencia independiente. Existen por fuera de nosotros, y por lo tanto nuestra tarea será descubrir y describir ese mundo externo a nosotros, condicionándolo de la menor forma posible. Para detenernos en los efectos de este fenómeno, se tomará la analogía de Marx (2010) acerca del fetichismo de la mercancía. Por un lado, el autor retoma el concepto del fetichismo en general para referirse a la atribución de categorías o propiedades a un objeto que intrínsecamente dicho objeto no posee, pero que las adquiere como propias. Por otro lado, en un sentido más profundo, aborda un doble movimiento que implica la naturalización del valor que posee una mercancía a la vez que produce el ocultamiento de la propia explotación del trabajador y las relaciones sociales que la permiten bajo la fantasía de la funcionalidad del sistema.

50

Este mismo concepto es retomado por Julián Ferreyra (2019), quien, a partir de su lectura de *La Promesa de la felicidad* de Sara Ahmed, menciona la fetichización para mostrar el modo en el que los sufrimientos actuales se presentan en la cultura terapéutica del neoliberalismo. Señalando, además, que esto promueve la atomización de las identidades políticas, potenciando la desideologización.

Salvando las distancias, se propone dicho ejemplo como aporte para no esquivar la pregunta sobre los efectos de las construcciones sociales que van adquiriendo *vida propia*. Al fin y al cabo, muchas de las preguntas que aquí se esbozan son producto del ejercicio de analizar qué discusiones históricas se ponen en juego en los discursos actuales, aunque estos muchas veces sean presentados como *ahistóricos* y por entero novedosos. No se encuentran elementos para pensar que las herramientas conceptuales que las ciencias sociales han producido para analizar otros procesos, sean ajenas a los dispositivos psicodiagnósticos y sus efectos.

## 2.2. Detrás del telón<sup>12</sup>: pensar la ciencia

En el siguiente apartado de *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*, Nietzsche (2019) ilustra con un famoso ejemplo el proceso de construcción de una categoría, pero sobre todo, y por esto se convoca aquí, la invisibilización de dicho proceso. Esto último parece condición necesaria para que un concepto/construcción/categoría se objetive a tal punto que adquiriera la independencia suficiente para poseer propiedades intrínsecas, las cuales deberán ser descubiertas o descritas por un observador-investigador-evaluador externo.

Si alguien esconde una cosa detrás de un matorral, a continuación, la busca en ese mismo sitio y, además, la encuentra, no hay mucho de qué vanagloriarse en esa búsqueda y ese descubrimiento; sin embargo, esto es lo que sucede con la búsqueda y descubrimiento de la <<verdad>> dentro del recinto de la razón (Nietzsche, 2019, p. 28).

La invisibilización de la genealogía de las categorías es lo que lleva a que Greenberg (2010), en su análisis de la historia del DSM, repare en la construcción de la neutralidad del evaluador sustentada en la distancia con los conceptos que estudian. Al respecto señala:

El DSM es un logro literario sin parangón. Recoge las variedades de nuestro sufrimiento psicoespiritual sin comentario alguno sobre de dónde provienen, qué significan, o qué hay que hacer con ellas. Se lee como si sus autores estuvieran en Marte, observando nuestros descontentos con un telescopio (p. 15).

Es el propio Nietzsche (2010) el que, en esa misma obra, indica que el problema no son los complejos procesos de construcción de verdades, ni tampoco que algo opere como criterio de verdad. Su

---

<sup>12</sup> Referencia a la obra de Ruben Dri (2011) *Hegelianas. Irradiaciones de la Fenomenología del Espíritu*. En su primer capítulo, presenta un subtítulo denominado “Detrás del telón no hay nada que ver”, donde desarrolla los límites que encuentra la conciencia en su creencia de que a través de los sentidos tomaba posesión y conocimiento del mundo. Postula aquí que detrás del telón está la propia conciencia, argumentando la relación que plantea Hegel entre sujeto y objeto. Se toma esta referencia como un recurso para pensar el conocimiento científico.

argumentación pone el foco en lo problemático del olvido, incluso señalando que el sujeto al invisibilizar su rol como creador de estas verdades logra adquirir cierta calma o seguridad. Se destaca esto último para pensar el posicionamiento de los investigadores o profesionales *psi* en relación con sus tareas. Desde el argumento nietzscheano brindaría mayor seguridad intervenir sobre categorías externas, observarlas, listarlas, enumerar sus propiedades, anoticiarnos de un mundo externo a nosotros. Mientras más describimos esta realidad externa, más evidencia adquiere, más se naturaliza como la realidad objetiva que está allí esperando ser descubierta.

En una recurrencia de significantes, se evidencia que podemos situar las preguntas de este artículo en el marco de los mismos debates epistemológicos que se daban décadas y siglos atrás. Sin ir más lejos, Prati (2025) señala que “la verdadera eficacia del DSM III estuvo en que, sin darnos cuenta, en algún momento nos olvidamos del carácter construido y provisorio de estas categorías” (p.52). Otra vez el olvido, entendido aquí no como un proceso lineal ni sencillo, sino más bien como la producción de un conjunto de prácticas lingüísticas y discursivas, relaciones sociales, marketing, dispositivos institucionales, etc.; que reproducen subjetividades y generan efectos de verdad, dando lugar a la consolidación de determinadas prácticas en salud mental, cuya justificación parcial tiende a basarse en las categorías objetivadas. Es un fenómeno tan circular como el ejemplo nietzscheano de esconder algo detrás del matorral.

Este ocultamiento alrededor de las categorías se puede articular como una invisibilización de algunas dimensiones del dolor. Retomando a Ahmed (2015), la fetichización antes mencionada de las heridas o dolores, tiene efecto justamente a partir del olvido de sus historias, lo que trae como consecuencia que se conviertan en marcas identitarias. Las heridas como identidades, señala la autora, se convierten en algo “que simplemente es, en vez de algo que ha sucedido en un tiempo y espacio” (p.66). En el marco de la dimensión performativa de los afectos, es posible pensar que el ejercicio de recuperar aquellas dimensiones históricas del sufrimiento que han quedado ocultas, permite inscribirlo en un contexto determinado, lo que tiene efectos en las formas de entender, experimentar y hacer algo con esos dolores.

A grandes rasgos, lo expuesto podría presentarse de la siguiente manera en la práctica profesional o en el campo de la salud mental. Si se diagnóstica con una categoría, mi práctica como

profesional de la salud estaría justificada por aquellas acciones que están recomendadas para esa categoría diagnóstica, ya sea porque atenúan sus manifestaciones observables o porque producen algún tipo de alivio. No es que se quiera aquí cuestionar por entero la validez de dicha perspectiva, pero sí señalar la manera en la que circunscribe la práctica a un campo específico, acotando la perspectiva epistemológica y por lo tanto el abordaje posible a un margen muy reducido: ¿de dónde proviene la categoría diagnóstica? ¿hay otras formas posibles de diagnosticar? ¿hay maneras de encontrar otros alivios? ¿qué marca deja en el sujeto esa forma de nombrar lo que le ocurre? ¿son las categorías hegemónicas las expresiones más adecuadas para la realidad que vivimos?

Si bien el DSM ha ido modificándose en sus versiones IV y V<sup>13</sup>, incluso buscando complejizar sus criterios clínicos, la hegemonía de sus categorías y sus efectos de verdad siguen consolidando su hegemonía para pensar la salud mental, los afectos y malestares contemporáneos. Al respecto, no se busca aquí descartar esos aportes, pero sí recuperar la invitación a asumir la tarea de no renunciar a hacer algunas preguntas. Este argumento se inscribe en los aportes de Vinciane Despret (2018), Renata Prati (2023) y Emiliano Exposto (2024), que reflejan de buena manera el valor de cambiar la pregunta<sup>14</sup>.

Despret (2018) titula a su libro *¿Qué dirían los animales... si les hiciéramos las preguntas correctas?*, marcando desde el comienzo la centralidad de las interrogaciones en la labor científica. De hecho, la autora allí muestra cómo modificando el punto de partida —la pregunta— es posible poner en cuestión verdades a las que la propia ciencia ya había arribado con suficiente *evidencia*<sup>15</sup>. Es Renata Prati (2023), retomando a Despret, quien en la elaboración de un artículo sobre estudios de la depresión se pregunta en el título del mismo: “¿Qué diría la depresión si le hiciéramos preguntas más interesantes?”. He aquí una línea propositiva de investigación, que nos señala aquello

---

<sup>13</sup> Mientras se redacta este artículo comienzan a aparecer las primeras noticias acerca de un posible DSM VI. En relación con lo que se viene exponiendo en este artículo, serán analizables tanto sus cambios como sus divulgaciones en pos de los efectos de verdad que genere.

<sup>14</sup> Se elige esta relación entre autores para demostrar la resonancia conceptual y continuidad de esta postura en diferentes elaboraciones, pero no es la única posible en este sentido.

<sup>15</sup> Las comillas aluden a la polisemia del concepto, que siempre se encuentra en tensión, pero cuyos debates no serán objeto del presente escrito.

que ha quedado por fuera en determinados marcos epistemológicos. En este sentido señala Exposto (2024): “Si les hiciéramos preguntas interesantes, esos sentires quizás no hablen el lenguaje frío de las patologías clínicas, las etiquetas médicas, las deficiencias físicas o los síndromes psicológicos. No designan sólo diagnósticos individuales, sino diagnósticos críticos sobre las heridas sistémicas”. (p.130).

### *2.3 Patologización, neurocientismo<sup>16</sup> y autogestión del yo: una política afectiva*

Existen varios desarrollos desde el psicoanálisis que argumentan los efectos iatrogénicos que puede tener un diagnóstico en el marco del avance que tienen las rotulaciones del DSM, específicamente en la infancia y de la mano con la medicalización. El trasfondo de estas argumentaciones pone de relieve la dimensión ética de la práctica del psicodiagnóstico y, por lo tanto, la propia responsabilidad del profesional en el ejercicio de su rol. En el sentido kantiano se entiende que si una acción es factible de ser juzgada éticamente es porque presuponemos el principio de la libertad, es decir, que quien actúa tiene más de una posibilidad para guiar su acción (Kant, 1996). La postura de algunas autoras que se recuperan no consiste en no diagnosticar, sino en hacerlo con un horizonte subjetivante evitando efectos alienantes.

54

Por ejemplo, Fattore et al. (2018) advierten que anunciar con liviandad el aumento de niños con autismo, convierte a esos usuarios en potenciales clientes a quienes hay que detectar para venderles tratamientos costosos, priorizando así la clasificación homogeneizante por sobre la diferenciación.

Por su parte, Rodolfo (2016) retoma autores que “han denunciado lo que implica un rótulo diagnóstico, porque, además, es muy común deslizarse del diagnóstico a la clasificación, de aquí al rótulo, y del rótulo al ser, pasando a ser el rótulo una cualidad del ser” (p. 38). Además, plantea que aquello que fundamenta la atribución de una categoría diagnóstica (TDAH por ejemplo) suele estar en una conducta observable y que dicho comportamiento implica algún grado de desadaptación a lo que el contexto espera. Por lo tanto, lo que

---

<sup>16</sup> J. Ferreyra y J. A. Castorina (2019) utilizan ese concepto para desarrollar una crítica a determinado uso del discurso derivado y difundido de las neurociencias que implican un reduccionismo del sujeto a su cerebro, y no a las neurociencias como rama en particular, a las que consideran importantes para el campo de la salud mental.

obtenemos como resultado es una patologización de la diferencia: se separa la diversidad, patologizándola.

En este punto, puede comenzar a trazarse más claramente la convergencia entre aportes provenientes de teoría psicoanalítica, como los precedentes, con conclusiones provenientes de la investigación en ciencias sociales. La socióloga Eugenia Bianchi (2016) expone muy claramente cómo las versiones posteriores al DSM III, que inaugura un paradigma, han elastizado las categorías diagnósticas abarcando cada vez más indicadores posibles que justificarían la inclusión de los usuarios en una de ellas. Esta expansión del espectro de cada clasificación estaría enmarcada en la coexistencia de un paradigma medicalizador, centrado en la detección y abordajes de enfermedades y patologías, con un paradigma biomedicalizador, que apunta a la salud misma, no limitándose a la presencia o ausencia de patología sino a la presencia de indicadores más abstractos que estarían asociados al riesgo de que una persona adopte conductas desadaptadas.

La lógica misma del “estar en riesgo”, por un lado, prescinde de la manifestación de síntomas específicos, y por otro insta una gradación de la ocurrencia de la enfermedad, antes que la presencia o ausencia de la misma (Bianchi, 2012), más propia de la dinámica de la medicalización (Bianchi, 2016, p. 421).

55

Se acentúan las condiciones para que conductas o afectos propios del estar en el mundo apliquen para una clasificación o nueva condición identitaria. Sobre todo, porque el viraje ya no estaría puesto únicamente en detectar la patología, sino en clasificar un conjunto de comportamientos que es importante identificar, nombrar, agrupar lo antes posible para evitar posibles riesgos o desadaptaciones a futuro. Queda claro aquí que la despatologización para el psicoanálisis no tiene el mismo significado que para los manuales como el DSM. Mientras en estos últimos la acumulación de diferencias nos ubica en los extensos espectros o márgenes que cada categoría contiene, en el psicoanálisis dar lugar a la diferencia tiene un sentido en la lógica del caso a caso: en el marco de un fenómeno transferencial advienen aspectos singulares que pueden otorgar un sentido particular al malestar, tanto para quien consulta como para el profesional que interviene.

En este contexto encontramos un apogeo de categorías que explican algunas expresiones del propio sujeto pero que abren paso a soluciones privatizadas, sin apelar a las condiciones históricas de su posibilidad (Cvetkovich, 1992). Lo íntimo aparece, pero como un elemento desideologizado y necesariamente atomizado, tanto en su concepción, como en su abordaje, lo que parece un efecto estrechamente asociado a la biologización de los cuadros o malestares. En efecto, cuando la explicación del dolor solo se asocia a una falla en la biología estamos en presencia de un campo fértil para concepciones individualizadas del dolor. Lejos de poder dar cuenta del mismo desde su sobredeterminación y sus lazos posibles con el mundo, el sufrimiento es despojado de sus asociaciones posibles. Queda interiorizado dentro de la persona, pero además cargado de una valoración negativa, asociado a la inutilidad y profundamente devaluado (Prati, 2023)

Entender los sufrimientos y las emociones como cosas aislables en el interior del individuo sería despojarlas de sus posibles usos y, por lo tanto, podemos discutir la dimensión social de nuestra práctica incluso en el psicodiagnóstico y la clínica particular: ¿qué usos puede tener un diagnóstico en la manera de entender el mundo y nuestra relación con él?

56

Los diagnósticos son, así, nombres que aspiran a un estatus privado, a una inmunidad al escrutinio y el debate público. Esta primera sección muestra el carácter necesariamente imperfecto de esta aspiración: los diagnósticos, incluido el de la depresión, son criaturas públicas, intrínsecamente políticas, al igual que todos los nombres, al igual que todo lenguaje (Prati, 2024b, p. 159).

Cada vez más, todas esas dimensiones que se ponen en juego en un diagnóstico quedan atribuidas a un sujeto cerebral, donde el cerebro adquiere una centralidad en la explicación de nuestras conductas y por ende, de nosotros mismos. Esto es producto de una retórica particular a partir de la cual las neurociencias se van difundiendo en la vida social y pública como formas de significar el malestar, y consolidándose como tecnologías del yo. Las dimensiones identitarias adquieren rasgos neurobiológicos y la evidencia sobre el propio ser está sostenida por un yo cerebral (Ferreyra y Castorina, 2019).

No se pone en duda aquí el hecho de que los dolores y los afectos tengan una explicación cerebral; lo que se retoma como se expuso antes, es la *confusión* entre la explicación del dolor y la atribución de causalidad. Porque además; el problema del neurocientismo es el tono esencialista que adquiere la materialidad del cerebro como fuente de explicación y evidencia, como si el mismo no fuera una construcción atravesada por lo político. Los fármacos, las formas de crianza, las tecnologías, la educación y la salud hacen al funcionamiento cerebral; entonces *¿Qué hacer con nuestro cerebro?* como se interroga Catherine Malabou (2011) en el título de su libro, es una pregunta que puede ser tomada también por las ciencias sociales, dejando de reproducir falsos dualismos inconducentes, y de la mano con la pregunta por la subjetividad. Desde estas perspectivas, tal vez ya no se trate de determinar con extrema claridad qué le corresponde al cerebro y qué a otros factores, sino buscar abordajes que puedan ayudarnos a pensar desde otras complejidades.

Retomando la pregunta por los afectos, en los tiempos del sujeto cerebral estamos frente a un riesgo de descomplejización en las formas de entender la subjetividad, producto que dichos afectos son entendidos como efectos de una causalidad material y cerebral. El malestar se debe a un desorden químico-orgánico, sin condiciones históricas, sin contextos sociales, aplanando la pregunta por la subjetividad. Los afectos desadaptativos, *malos, incorrectos*, no productivos, darían cuenta de algo que funciona mal en un individuo presentado como, valga la redundancia, una unidad indivisible. Para problemas individuales, soluciones privatizadas.

Incluso, dando un paso más adelante, puede encontrarse que muchos intentos por apelar a causalidades más contextuales aún siguen reproduciendo soluciones individuales con un sesgo adaptacionista. Rápidamente se nos invita con cierto apuro e imperativo a salir de los estados improductivos y sufrientes con un listado de *tips* o herramientas que nos ayudarían a mejorar. Quedan menos visibles cuáles serían los efectos de tener tan disponible la salida y no aplicarla, pero pareciera ser una escena frustrante y solitaria.

Se constituye entonces una lógica que presenta al afecto o al malestar como individualizado, personalizado, exclusivamente propio. En ese escenario no queda mucho para preguntar, más que ir a buscar la causa y la solución en el propio individuo, que posee una unidad entre la organicidad del cerebro y un yo consciente de sí mismo y profundamente voluntarista: en el mejor de los casos *si quiero, puedo*,

pero si no puedo de seguro hay una causa orgánica. Una compleja oscilación entre la responsabilización individual y una desideologización de lo íntimo que configura un dispositivo que puede reproducir el sufrimiento que intenta evitar. La consecuencia que se busca señalar es que los sentimientos han dejado de hablar del mundo. Ya no ofrecen (ni se busca que digan algo) información sobre las formas de opresión de un sistema, los lazos sociales o las formas de organización de una comunidad.

Tanto el giro afectivo como el psicoanálisis aportan a la ruptura de esa unidad individual, descentran al yo como respuesta de todas las cosas, hacen otras preguntas. Sostener que un síntoma es interpretable o pensar que la depresión puede brindarnos información sobre nuestro presente, como postulan el psicoanálisis y el giro afectivo respectivamente, son hipótesis que van en la misma dirección. Lo inútil para una perspectiva (un síntoma o un sentimiento), puede tener otras utilidades, porque la distinción entre lo útil-inútil, así como la de enfermo-sano, trastorno-no trastorno, nunca tiene un criterio definitivo.

Retomando al psicoanalista Bruno Bonoris (2023): “El psicoanálisis demuestra que el sufrimiento psíquico no es una falta de adaptación a la realidad, sino un exceso de adaptación. Una pasión por que la cosa marche sin importar el costo personal” (p. 85). Si de esto se trata, aquellos significados que emerjan necesariamente involucran al mundo que nos atraviesa. Para pensar a qué nos estamos adaptando, es menester partir de la idea de que los afectos y sentires que en un análisis se despliegan nos hablan tanto del sujeto como de su contexto. Pero para que hablen hay que dejarlos hablar.

Cabe destacar que el feminismo ha sido pionero en poner en cuestión dos aspectos íntimamente ligados a los debates aquí presentados. Primero, señalando que algunas emociones asociadas a las mujeres eran sancionadas o mal vistas, mientras que adquirirían una valoración diferente si se presentaban en hombres. Segundo, visibilizando que la intimidad de la vida de las mujeres y sus padecimientos no se debían a factores biológicos, sino que podían tener relación directa con sus condiciones sociales y materiales de vida, en el marco de un sistema denominado patriarcal. Desde las históricas de Freud, hasta las biografías de las *locas* y las *brujas* que resignifica el feminismo, pasando por “La mística de la feminidad” de Betty Friedan (2016), que se aproxima de una forma vanguardista al problema de la depresión en las mujeres de los suburbios de clase media norteamericanos en los sesenta; vemos un sinfín de historias

donde la dificultad adquirió otros sentidos. Como se ha dicho, esto no quiere decir que el dolor no esté, o que no deba ser pensado en su singularidad, pero con este viraje se habilitan nuevos movimientos posibles, otros usos, diferentes horizontes. Precisamente aquí, la idea de la performatividad de los afectos se presenta como un marco conceptual relevante para pensar esos otros sentidos posibles.

El orden social incluye una política afectiva que discrimina los afectos visibles y reconocidos de aquellos ocultos y oprimidos. En palabras de Macón (2021) incluso podemos pensar los modos de ejercer la ciudadanía íntimamente relacionados con la distribución de los afectos. En el terreno de la salud mental, una forma de ilustrar esto es analizar las crecientes demandas de inclusión sostenidas el reconocimiento de identidades diagnósticas.

Estas configuraciones afectivas, que a su modo ordenan los modos de vivir, tienden a presentarse como inmutables. Por lo tanto, aquellas estrategias que habiliten nuevas formas de nombrar, decir y experimentar lo afectivo, implican poner en tensión el orden preestablecido, con sus silencios, ocultamientos y opresiones. Interrogar los afectos y los modos de sufrir de cada época constituye un modo de pensar estrategias políticas y transformaciones sociales (Macón, 2021).

De momento se ha argumentado de qué manera la patologización y la retórica de las neurociencias constituyen en su complejidad una determinada política afectiva, y como tal, apuntala un orden social en particular. En la lógica de la clasificación y el listado de síntomas, dejarse afectar por el mundo (¿cómo no hacerlo?) ubica al sujeto potencialmente en falta si lo aleja de la unidad productiva, del rendimiento constante, y del imperativo de ser feliz (Cabanas e Illouz, 2019). Este sentido que se le otorga a lo que falta, o a su intento de lidiar con ella, nunca tiene que ver con los otros, ni con el sujeto ni con su historia. Ese saber de la ciencia en el capitalismo actual, puesto al servicio de la rentabilidad, justamente se caracterizará porque no se necesita ir a buscar el saber ni el consuelo en otro. El otro pierde su espesor y el sujeto queda solo con su diagnóstico, como queda solo con su consumo.

Allí, señalan Cabanas e Illouz (2019), aparece el auge de publicaciones y programas de salud mental asociados a la gestión emocional como respuesta a la falta de adaptación, el foco en los problemas comunicacionales, el objetivo terapéutico de llegar al máximo potencial y las vastas literaturas de la autoayuda y coaching. Siempre bajo la premisa de que los sentimientos adecuados son los

asociados a la felicidad, mientras los que se alejen de ella serán improductivos.

La felicidad constituía un campo fértil y al parecer no lo suficientemente explorado que debía examinarse desde un punto de vista científico: ¿Por qué son tan importantes las emociones positivas? ¿Cómo puede la gente llevar una vida feliz pese a las dificultades? ¿Puede la ciencia descubrir las claves de la realización personal? ¿Cómo se relaciona el optimismo con la salud y la productividad? Este tipo de preguntas empezaron a plantearse en miles de nuevas publicaciones científicas y de revistas especializadas que repetían los mismos argumentos, promesas, mitos fundacionales y referencias, dando así una sensación de sólido consenso y de coherencia teórica y conceptual que la disciplina, en realidad, no tenía (Cabanas e Illouz, 2019, p. 32).

En este marco se asocia la eficacia a la felicidad, a la par que se desarrollan criterios tecnocientíficos tendientes a la búsqueda de la misma, como si no hubiera un valor en otros sentires, como si la misma felicidad no tuviera muchos tipos ni derivaciones. ¿De qué felicidad estamos hablando? ¿Cómo la definimos? ¿Es la felicidad el afecto que mejor da testimonio del mundo en el que vivimos? Desde luego no se trata de renegar de los aspectos psicológicos, pero sí es revisable el avance de una psicología que parece tener una respuesta práctica y eficaz para todos los problemas, lo que constituye un indicador de la creciente psicologización e individualización de déficits y contradicciones estructurales.

Queda planteado el recorrido general que tiene como objetivo exponer la relación entre la patologización, el neurocientismo, la devaluación de los afectos clasificándolos y la gestión individual de la vida. El objetivo de este apartado es presentar la compleja relación que tiene una forma de diagnosticar en el campo *psi* con una política de los afectos. Y a su vez, cómo esta relación está ligada por un lado a la valoración que tienen los distintos sentimientos, y en qué medida la información que brindan y la gestión de los mismos es parte de la vida privada o la vida pública de cada quien.

#### 2.4 *¿Cómo se nombra un sufrimiento?*

Para rodear el problema sobre cómo designar aquello que sentimos, es necesario detenerse en las implicancias del acto de nombrar. Es decir, instalar la pregunta sobre en qué consiste el acto de asignar un conjunto de significantes o palabras a aquello que se busca representar, pensar en qué criterios se funda ese acto, y contemplar hasta dónde llegan sus alcances y límites. Para ello se parte de que el problema sobre la performatividad de los afectos es indisociable de la cuestión del lenguaje que atraviesa los mismos.

Retomando las concepciones del giro afectivo aquí expuestas, la sobredeterminación de los dolores conlleva la complejidad de sus designaciones lingüísticas. Al alejarnos de una interpretación de los afectos como estados internos que reflejan el mundo de forma pasiva, se vuelve más inconsistente la pretensión de un lenguaje que designe aquella interioridad de una manera fiable y transparente. Justamente por esto, la tarea no consiste en analizar pormenorizadamente qué denominación es más verdadera para dar cuenta del dolor; sino más bien en pensar a los lenguajes en función de aquello que hacen y deshacen, de su capacidad para visibilizar e invisibilizar, para armar y desarmar relaciones sociales. La propia Ahmed (2015) presenta una potente frase que ilustra la inseparable relación entre la dimensión lingüística y sus efectos: “me concentré en el lenguaje porque estaba interesada en los cuerpos” (p.325).

Una de las premisas del giro afectivo es la siguiente concepción de los afectos de Gould (2010):

Para tener una mejor idea del afecto, consideremos cómo a veces experimentamos nuestros sentimientos como opacos, como algo para lo que no tenemos lenguaje, algo que no podemos comprender o expresar completamente pero que sin embargo juega un rol, algo que es generado a partir de la interacción con el mundo y que afecta a nuestro ser corporizado y a nuestras acciones subsiguientes. Llamo a esta experiencia sensorial, corporal, inarticulada y no-del-todo-conciente, afecto (Gould, 2010, p.26).

Esta opacidad de los sentimientos es un elemento crucial porque si constitutivamente los entendemos así, desde Freud en adelante, pretender claridad al nombrarlos implicaría una falsificación. En otras palabras, no es lo mismo decir que los sentimientos son opacos, que los malestares no son del todo conscientes, que escapan

al lenguaje, que sostener que esa poca claridad para reconocerlos es un problema de un yo que no funciona como debería o que no aprendió lo suficiente sobre sí mismo. En palabras de Solana (2020), los afectos tienen permanentemente ese resto no conciente, que en su complejidad escapan a cualquier intento de determinación, y allí justamente es donde radica su potencia.

De esta manera, nombrar aquello que nos pasa afectivamente se presentará como un campo de disputa frente al que se presentan una variedad de lenguajes disponibles. Uno de ellos, según lo recuperado en este artículo, el más hegemónico y dominante es el de los diagnósticos clasificatorios, principalmente asociados a una causalidad inscrita en la naturaleza como si fuera un terreno evidente y pasible una demarcación rigurosa. El problema es cuando ese discurso calla otras cosas porque, se insiste, no son lenguajes de por sí nocivos ni descartables, al contrario, pueden cumplir funciones interesantes. Aquí los diagnósticos cumplen una función ambivalente, ya que por un lado siempre se prestan a ser instrumentos aptos para satisfacer una urgente necesidad de validación, y brindarle un sentido posible a los padecimientos, lo que desde luego muchas veces puede brindar tranquilidad y alivio. Ahora bien, por otro lado, se configura la creencia de que solo el diagnóstico puede cumplir ese efecto de validación (Prati, 2025), lo que promueve una despolitización terapéutica que no le hace preguntas a esas demandas de reconocimiento ni a los afectos que aparecen en la escena.

Hay valor en poder preguntarse por las particularidades de la escena afectiva de nuestro presente, qué afectos son predominantes en la actualidad, y qué sentidos circulantes se presentan disponibles para darle una traducción a aquello que nos pasa. Allí es donde se vuelve necesario reparar qué modos de hablar están más habilitados y cuáles más restringidos en la época en que vivimos. Porque ya no se trata de pensar solo la práctica profesional sino de pensar a un profesional inserto en un campo discursivo que lo trasciende. Frente a un malestar es lógico buscar una significación posible y quizás como en ningún otro momento de la historia, las categorías están a un clic de distancia. Frente al desamparo de las escenas actuales (Fisher, 2021) que ofrecen pocos lugares de sostén, donde las referencias identificatorias se fragmentan, estas categorías se presentan como marcas identitarias posibles. Desde luego, serán tan válidas como cualquier identificación, pero es importante preguntarnos qué subjetivaciones habilita y cuáles restringe, qué lenguajes instituye y cuáles obtura.

En síntesis, el sentido de los afectos, o el significado que buscamos sobre aquello que nos pasa, se presenta como indisoluble de los sentidos del mundo. Por lo tanto, no es extraño pensar que un lenguaje que promueva únicamente la individualización en su intento por traducir nuestra relación con el mundo pueda tener un costo en alguna dimensión. Seguramente sea más rápida y esté más disponible, la idea que la dificultad con una tarea se debe a un déficit de atención. El problema es si esas premisas vienen a tapar nuevas preguntas, o habilitan nuevos interrogantes posibles; si fija una identidad o promueve nuevos devenires subjetivos. El problema es si la solución que más se ofrece consiste en adaptarse a condiciones que son parte de la fuente del malestar.

(...) el enemigo nunca fue el dolor, sino el entramado de intereses e historias que lo produce y que la reificación del diagnóstico ayuda a olvidar (...) ¿qué pasa cuando todos los cursos de acción “normal”, en lugar de salvarnos, refuerzan nuestro vínculo con lo que nos daña? (Prati, 2025, p.155).

63

Se ha expuesto como desde esta forma de entender los afectos, su nominación no está exenta de efectos. Que detrás de cada lenguaje, intrínsecamente problemático, hay una construcción de sentidos epistemológicos, políticos y terapéuticos. Será importante revisarlos cada vez para no perder la dimensión ética de la práctica, para no operar ingenuamente sobre el dolor, para no naturalizar sentidos que se presentan como descubrimientos inmutables.

## 2.5 *¿De qué nos habla un sufrimiento?*

Volviendo al psicoanálisis, hay dos preguntas que se propone recuperar brevemente: cómo diagnosticar y para qué hacerlo. Acerca de la primera, cabe mencionar que el psicodiagnóstico siempre es en transferencia y que ante todo son antes efectos que resultados. Esos efectos, como señala Kacero (2006), son propios del encuentro con el otro, no preexistían a esa escena compartida ni eran anticipables. “Lo que ocurre equivale a un cambio de significación, no a una ampliación de alguna significación anterior que se amplía o que se desplegaría respecto de algo que estuviese en latencia.” (p. 17)

Cobra relevancia la importancia de suspender cualquier significación sobre el sufrimiento que preexista al encuentro con el

otro, y aún más, de cómo el quehacer profesional no consiste en significar unilateralmente lo que al otro le ocurre. La posibilidad de que advengan nuevas significaciones sobre los sentires ¿no es acaso hacer decir al dolor, hacer hablar a los afectos, poder escuchar otras cosas? Esto no quiere decir que no podamos hablar de enfermedades, de trastornos, ni de neurotransmisores, sino que parece haber consecuencias no menores en conceder que el malestar es solo de uno mismo. Darle curso a los malestares y los afectos puede brindar coordenadas importantes para entender el presente, y eso también puede ser muy aliviante.

Con relación a la segunda pregunta sobre para qué diagnosticar, retomamos a Rodolfo (2016) cuando expresa que “si bien es insoslayable realizar un diagnóstico minucioso, luego debemos poder olvidarlo” (p. 35). El horizonte de esta afirmación apunta a distinguir el diagnóstico de la clasificación, resaltando la importancia de comprender los trabajos psíquicos singulares y las formas más o menos estables de funcionamiento de cada quien, pero sin que esto se transforme en el punto de llegada, sino más bien en una brújula para el trabajo que a futuro debería poder olvidarse. Los nuevos sentidos sobre el malestar que emerjan como efectos del encuentro con otro, no se agotan en ninguna clasificación. Si eso ocurriera los afectos que se presenten probablemente solo nos hablen de dicha clasificación, en una dinámica nuevamente tautológica o circular.

Se pierde entonces la posibilidad de apertura a registros sobre las formas de opresión del mundo. ¿No hay un valor en registrar afectivamente el mundo? Si estoy frente a una situación adversa ¿no hay valor en reaccionar como si así lo fuera? ¿Qué es lo que el sufrimiento puede llegar a decirnos? Volviendo a Kacero (2006), no es que tenga un significado oculto, sino que esa opacidad de los afectos necesita algo así como “dejarlos correr”. Hay un tiempo para tolerar la incertidumbre, la falta de traducción, la falta de palabras o que toda palabra puede ser insuficiente. No se trata solo de deshacernos del dolor, primero porque no siempre es inmediato y segundo porque no siempre el dolor se va. Pero sí como dice Renata Prati (2025), devolverle al dolor sus preguntas, quitarlo del lugar devaluado en el que ha quedado, darle sus contextos, sus razones olvidadas, sus historias, entonces el tiempo del dolor, también es un tiempo para preguntar y para escuchar. Para construir otros sentidos, más compartidos, más democráticos, menos unilaterales, menos alienantes, sobre todo para “expropiarle al capital el principio de

valuación de nuestros dolores, de nuestros cuerpos, de nuestras vidas” (Prati, 2025, p. 148).

### 3. Discusiones finales

Vale la pena repetir que la pregunta sobre cuándo un dolor se vuelve patológico o corregible necesariamente debe ser respondida incluyendo la dimensión política, histórica y social. Entre otras cosas, a eso se refiere el psicoanálisis cuando habla de la imposible neutralidad del analista o del evaluador. Su práctica configura un dispositivo afectivo y hay una decisión deliberada o no, pero inevitable, de posicionarse en función de determinada concepción de sujeto, una idea de patología, y un marco epistemológico inseparable de una política contemporánea de los afectos.

Politizar el dolor no implica negar su inscripción singular. Despatologizarlo y desclasificarlo no tiene como horizonte reivindicarlo. El dolor duele, y frente a eso buscar horizontes de alivio parece una salida lógica e incuestionable. Nombrar el dolor puede ayudar, verse con otros en ese padecimiento, también. Para eso se vuelve importante en este contexto poner en discusión otras acepciones del diagnóstico que ubiquen el eje en el sufrimiento y no en la clasificación. De nada sirve ser conscientes de la importancia de nombrar si no se parte de las limitaciones de todo lenguaje. Si esto último se deja de lado, la nominación renuncia a ser una herramienta, una brújula, algo que puede ser olvidado, para ser un instrumento de dominación.

En los debates conceptuales que se han recuperado, se vislumbra la tendencia a la individualización del padecimiento y el riesgo que conlleva esto para la responsabilización individual del malestar, aunque también se observa que son categorías que pueden liberar a cada quien, de la culpa, poniendo el foco en la biología. Una combinación ambivalente, que no permite simplificaciones sencillas, pero que puede verse como reproducen un falso dualismo entre uno mismo y el mundo.

En un intento de conclusión puede inferirse que, que el psicodiagnóstico como dispositivo no puede abordarse por fuera de su relación con una política de los afectos, ya que interviene en ella. Del mismo modo, un abordaje que intente pensar la gestión que las comunidades hacen de sus afectos y sentires puede incluir muchos polos de análisis, pero los criterios *psi* de salud y enfermedad, de

normal y patológico, de trastorno o no trastorno, se presentan como un eje de análisis suficientemente válido.

Acerca de poder pensar los sentidos sociales de nuestros malestares es útil retomar una referencia conocida. Hay una frase, reactualizada como pintadas en las paredes durante revueltas populares del 2019 en Chile, que reza: “no es depresión, es capitalismo”. Esta premisa parece ser una resonancia de movimientos militantes del campo de la salud mental de las décadas de los 60 o 70 en Latinoamérica. Un ejemplo de esto es la sección de la revista Primera Plana realizada por Rodríguez y Ressel (1972) se denominó “La enfermedad es el capitalismo”. A los fines de los desafíos que estos debates nos proponen, y de la dirección de las argumentaciones actuales que evitan reemplazar unos reduccionismos por otros, podría decirse que: es depresión y es capitalismo. Así como la enfermedad es del capitalismo, también es del sujeto su dolor. Sin esa dimensión singular la posibilidad de escucha y reconocimiento se reduce, pero a la vez, si esa dimensión del sufrimiento pierde su inscripción colectiva, cierra sentidos sobre la propia posición en el mundo en lugar de abrirlos. En consecuencia, lo singular se individualiza, y los afectos quedan signados a lo privado. Las agendas públicas, laborales y educativas se cargan de demandas de reconocimientos individuales, una suma de malestares privatizados, reducidos a lo meramente biológico y sobre determinados, que llenan las redes de historias de superación y adaptación “exitosa”.

El desafío en este marco pareciera ser construir otros sentidos posibles, que puedan ser a la vez más colectivos, solidarios con las formas singulares del dolor y más aliviantes. Se defiende aquí la hipótesis que, si bien esto no es exclusivo de ninguna rama, en la articulación entre psicoanálisis y los aportes del giro afectivo se encuentran referencias interesantes como punto de partida para plantear la discusión pública sobre los malestares de otras maneras.

#### 4. Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. UNAM.
- Ahmed, S. (2019). *La promesa de la felicidad: Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Caja Negra.
- Basaglia, F. (1991). La antipsiquiatría y las “nuevas técnicas”. *Zona Erógena*, (3).  
<https://gruposaludmentalfts.wordpress.com/wpcontent/uploads/2014/02/textodebasaglia.pdf>

- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad?. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 417-430.
- Cabanas, E. & Illouz, E. (2019). *Happycracia*. Paidós
- Corzine, A & Roy, A. (2024). Inside the black mirror: current perspectives on the role of social media in mental illness self-diagnosis. *Discover Psychology* 4, 40. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00152-3>
- Cvetkovich, A. (1992). *Mixed Feelings, Feminism, Mass Culture, and Victorian Sensationalism*. Rutgers University Press.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155–163). Gedisa.
- Despret, V. (2018). *¿Qué dirían los animales... si les hiciéramos las preguntas correctas?* Cactus.
- Dri, R. (2011). *Hegelianas: Irradiaciones de la Fenomenología del espíritu*. Biblos.
- Exposto, E. (2024). Teoría crítica de la “salud mental”: hacia una política de los sintomáticos. *Crítica y Resistencias. Revista de conflictos sociales latinoamericanos*, (18), 128-148.
- Fattore, A., Ferraiuolo, L., Fusca, C., Panizza, M. M., Untoiglich, G. & Wassner, M. (2018). Niños diagnosticados, niños clasificados. En S. Morici, G. Untoiglich, & J. Vansesn (Eds.), *Diagnósticos y clasificaciones en la infancia* (pp. 53–79). Noveduc.
- Ferreya, J. (2019). ¿Neurodiversidad? Cerebralismo, ciudadanía y vida cotidiana. En J. Ferreya & J. A. Castorina (Comps.). *Neurocientismo o salud mental: Discusiones clínico-críticas desde un enfoque de derechos* (pp. 145-158). Miño y Dávila.
- Ferreya, J. & Castorina, J. A. (2019). La hegemonía del sujeto cerebral. En J. Ferreya & J. A. Castorina (Comps.). *Neurocientismo o salud mental: Discusiones clínico-críticas desde un enfoque de derechos* (pp. 35-52). Miño y Dávila
- Fisher, M. (2021). *Realismo capitalista: ¿No hay alternativa?* Caja Negra.
- Friedan, B. (2016). *La mística de la feminidad*. Cátedra.
- Gould, D. (2010). On Affect and Protest. En Staiger, J., Cvetkocivh, A. y Reynolds, A. (eds.). *Political Emotions* (pp. 18-44). Routledge.
- Greenberg, G. (2010). *Manufacturing Depression. The Secret History of a Modern Disease*. Bloomsbury.
- Kacero, E. S. de. (2006). El psicodiagnóstico como acontecimiento. *Psicodiagnosticar: Revista de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico*, 16, 15-22.
- Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Ariel
- Levín, S. (2018). *La psiquiatría en la encrucijada*. Eudeba.
- Nietzsche, F. (2010). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Tecnos.

- Macón, C. (2013). Sentimos ergo sumus: el surgimiento del “giro afectivo” y su impacto sobre la filosofía política. *Revista Latinoamericana de Filosofía Política*, 2(6), 1–32.
- Macón, C. (2021). *Desafiar el sentir: feminismos, historia y rebelión*. Omnívora.
- Malabou, C. (2011). *¿Qué hacer con nuestro cerebro?* Coloquio de Perros
- Marx, K. (2010). *El capital. Crítica de la economía política. Libro I: El proceso de producción del capital*. Siglo XXI Editores.
- Prati, R. (2023). ¿Qué diría la depresión si le hiciéramos preguntas más interesantes? *Revista Ucronías*, 8. <https://ucronias.unpaz.edu.ar/index.php/ucronias/article/view/192>
- Prati, R. (2024a). La vida exterior del Prozac: Depresión y tecnociencia. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad – CTS*, 19(57), 11–35. <https://doi.org/10.52712/issn.1850-0013-441>
- Prati, R. (2024b). Palabras para el dolor: legibilidad, traducción, poder. *Anacronismo e Irrupción*, 14(26), 155-186.
- Prati, R. (2025). *Esta es tu pena: ¿Qué nos diría la depresión si nos animáramos a escucharla?* Siglo XXI Editores.
- Rodríguez, S., & Ressel, E. (1972). La enfermedad es el capitalismo. *Primera Plana, Año X* (487), 26–27.
- Rodulfo, M. (2016). *Bocetos psicopatológicos: El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*. Paidós
- Rosenberg, C. E. (2006). Contested boundaries. Psychiatry, disease and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 407-424. <https://dx.doi.org/10.1353/pbm.2006.0046>
- Sadin, É. (2018). *La era del individuo tirano*. Caja Negra.
- Solana, M. (2020). Afectos y emociones ¿una distinción útil?, *Diferencia(s). Revista de Teoría Social Contemporánea*, 10, pp. 29-40.