

## **DISTINCIONES Y CATEGORIZACIONES: CONSTRUYENDO REALIDADES DIAGNOSTICAS**

El espectro de distinciones que puede realizar un ser humano puede ser infinito, un ejemplo representativo en el ámbito de la salud mental, son las floridas nosologías psiquiátricas que, en los distintos períodos de la historia de los avances científicos en psiquiatría, se han publicado. En ellas se encuentra, de acuerdo a la época, la evidencia de la investidura sociocultural con que se establecieron los distingos y en la medida en que se avanza nos encontramos con distinciones, distinciones de distinciones, distinciones de distinciones de distinciones, etc. Estas diferenciaciones, permiten elaborar clasificaciones, agruparlas en categorías conceptuales, sistemas operativos, estrategias, etc.

En la Antigua Grecia, se clasificaron y distinguieron con artilugios descriptivos, tanto la depresión y la melancolía, como la manía, encontrando su origen en lo somático. Se localizaron las causas en los humores del cuerpo, la bilis negra, etc., y se desarrollaron formas terapéuticas que constituyeron el trampolín del pensamiento médico tradicional organicista.

Estos conocimientos se destruyeron cuando la hegemonía del poder eclesiástico se constituye en el epicentro de las áreas económicas, culturales, políticas y sociales, observando y también clasificando desde una óptica mística, lo que a posteriori la medicina diagnosticó como histerias o psicosis.

Los monjes Sprenger y Kraemer crean el tratado que se consideró el bastión de la inquisición: "*La tesis del Malleus*".

La iglesia a través de un grupo de monjes inquisidores, categorizó como herejes, brujas o magos, a los perturbados, que siglos más tarde, la psiquiatría llamó enfermos mentales. Época de violencia, en donde los "*tratamientos*", por así llamarlos, se remitían a las más increíbles torturas, desde la reclusión en sótanos y brutales exorcismos, hasta la quema pública.

Este período se caracterizó por las profecías autocumplidoras y dobles vínculos, que entrampaban en callejones sin salida a los rotulados, en donde cualquier reacción era la oportunidad para corroborar la alianza con el mal.

Dicha construcción de realidad, confirmaba denodadamente que el "*desquiciado*" era portador del demonio: sus ataques, expresiones, gritos, agresiones, eran la verdadera expresión de la revelación demoníaca; su pasividad y sumisión, eran consideradas las artimañas del diablo, tratando de engañar a los expertos.

Todo llevaba a comprobar el imaginario inicial.

Estos tiempos duran, lo que el medioevo se extiende, para que el poder eclesiástico, paulatinamente decaiga y el pensamiento de los griegos recupere su lugar en la figura del médico, apropiándose del estudio de los fenómenos mentales, creándose así, la especialidad de psiquiatría.

Pero, mientras que el clínico se recluye en ostentosas bibliotecas, investigando, los enfermos mentales se asilan en sótanos en las más deplorables condiciones de vida.

Así surge el diagnóstico psiquiátrico. Brillantes y floridas son las descripciones semiológicas, que se construyen por medio de grandes clasificaciones y donde la psiquiatría alemana adquiere su punto cumbre a través de la figura de Kraepelin.

Pero todavía, la diversa gama de tratamientos no encuentra la manera de resolver el problema de las enfermedades mentales: los grilletes, anillas, sótanos, duchas de temperatura cambiante, baños de inmersión y asfixia, la famosa "*silla de Darwin*", el único resultado que obtienen, es un paciente marginado en celdas con pajas excretadas, en la más completa reclusión.

A posteriori, la invención de los psicofármacos dio una respuesta parcial a la sintomatología, mientras que los estudios psicoanalíticos buscaron en los traumas infantiles, la etiología del síntoma principal de las diferentes patologías.

Cabría reflexionar acerca de cada una de estas etapas, para poder comprender cómo construye el mundo el observador partícipe de los diversos contextos. Parece claro que la epistemología del percibiente se ve impregnada por la vertiente socio-política, económica y cultural dominante, en el período que le toca vivir; a partir de allí se construye una realidad que tiende a confirmarse en el ámbito de la pragmática, puesto que desde allí se trazan distinciones, se describe, categoriza, analiza y confeccionan los métodos de tratamiento terapéutico.

Desde una visión ecosistémica, como ya mencionamos, la casualidad no existe, - cada hecho está ligado en una cadena causal contribuyente a un equilibrio ecológico- es factible entonces, encontrar un por qué circular al auge de ciertas patologías. No es casualidad por ejemplo, que la represión social de la mujer, principalmente en la esfera sexual, haya tenido su contrapartida en la histeria. Como tampoco es casual, que el ritmo maníaco con que se vive en la sociedad actual, traiga como emergente la depresión, o los ataques de pánico y fobias, como un intento de freno frente a dicho ritmo, o las tentativas de sobrevivir en este mundo produzca cantidad de manejos psicopáticos en las relaciones.

Es posible que esto nos acerque más a una visión social y ecosistémica del panorama de los trastornos mentales.

La historia muestra las posturas más disímiles, desde la psiquiátrica organicista más ortodoxa, cuyo objetivo en sí mismo es diagnosticar de acuerdo a los parámetros científicos vigentes, para aplicar la medicación que corresponde; hasta las posiciones contraculturales

más acérrimas de los '60, como la Antipsiquiatría, que postulan extremadamente, que la enfermedad mental no existe.

Sin situarnos en ninguna de estas posiciones, en términos de epistemología, el acto perceptivo conlleva el trazado de distinciones, y descripciones que las acentúan, evidenciando la comparación; el diagnóstico psiquiátrico o psicológico, por lo tanto, es la orden explícita de demarcación de dicha distinción, que se establece con la finalidad de categorizar síntomas y signos que aunados, conforman un cuadro nosológico determinado.

Clásicamente se piensa que de un acto descriptivo puede surgir la distinción, un observador recorre la situación y en el acto de describirla, distingue, pero sin embargo el proceso es inverso: un observador primero distingue y luego describe.

De acuerdo a nuestra epistemología, trazamos distinciones en la acción de percibir el mundo, las descripciones “son” en tanto y en cuanto se distinga previamente, produciendo la acentuación de las distinciones establecidas. Se podrán distinguir en una familia un padre, una madre, y dos hijos; las descripciones de cada uno de ellos (sus características, sus modalidades, sus adjetivaciones) confirmarán aún más estos distingos, y llevarán a desarrollar, de acuerdo al modelo teórico, las puntuaciones e hipótesis acerca del cuadro.

Los procesos de distinción y descripción, en el plano terapéutico, poseen una gran relatividad, ¿cuáles son los datos de la realidad que son captados por el terapeuta para efectuar un diagnóstico?; esta captación dependerá, en forma arbitraria, de las clasificaciones y teorizaciones preestablecidas, que llevarán a construir las hipótesis que “calzarán” con el hecho observable.

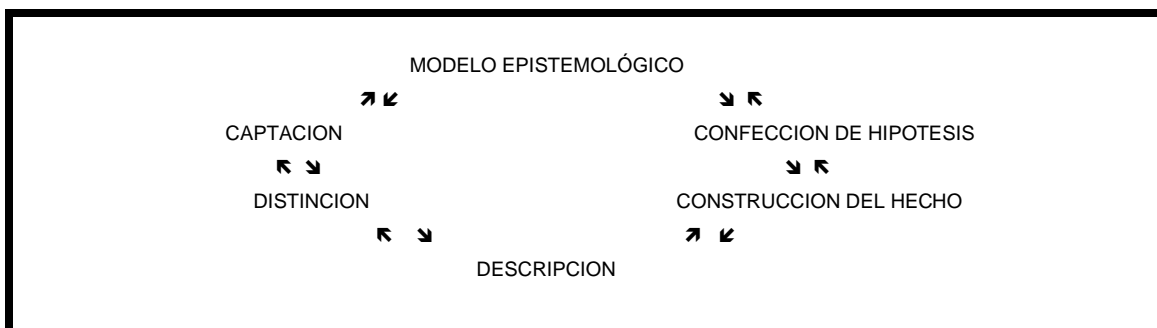
Esta acomodación, entonces dependerá, recursivamente, de la distinción que trace el observador impregnado por el saber científico (o sea sus hipótesis preestructuradas), por lo tanto el hecho se acomoda a la descripción que marca la teoría, y a su vez, es la teoría la que da estructura al hecho.

*Desde esta perspectiva el diagnóstico psiquiátrico o psicológico, es la explicitación del trazado de distinciones, es el libreto que indica las pautas de demarcación de diferencias y cuáles son los recortes que deben realizarse en la observación del hecho, para luego categorizar. Pero es esta misma categorización la que pauta la observación. Con lo cual retornamos al punto de inicio.*

El profesional posee un marco de referencia teórico, un modelo de conocer que impregna su observación en el seno terapéutico. Por así decirlo, al lado de esta epistemología explícita que deviene del modelo teórico, se encuentra su epistemología “natural y espontánea” construida a lo largo de su experimentar (es más, desde ésta se elige el modelo teórico).

Desde este “doble modelo” traza las distinciones que lo llevan a poner énfasis en ciertas partes de hecho observable; con lo cual, en esta dinámica puntúa lo que su

epistemología le permite ver. De esta manera se construye el hecho observable, se lo describe, se categoriza, y se labra una hipótesis del qué, para qué y por qué sucede, avalada por el sostén de su teoría. Volvemos así, en forma recursiva, al comienzo del proceso, de lo que se infiere que uno ve lo que construye y construye lo que ve.



Pero este es un proceso peligroso, porque dichas categorías son, por ejemplo, las clasificaciones de diagnóstico que describen signos y síntomas que se reúnen en un rótulo psicopatológico. Es importante remarcar cómo este saber que moldea el conocer, no es implícito, sino que constituye la explicitación de cómo debe construirse, el distinguir y el describir al objeto de estudio y de allí etiquetar de acuerdo a los parámetros de dicha explicitación.

A través de los cuadros diagnósticos, se trata de ajustar con la teoría en la mayor medida de lo posible, las características de personalidad de un sujeto, tratándolos de hacer coincidir con el esquema conceptual que describe a la patología. La lupa con que se observan estos rasgos del paciente, supone una visión psicopatológica que involucra al ojo del profesional técnico, que confirma y reafirma en la pragmática, el subjetivismo de su afirmación diagnóstica, a pesar que se erige en nombre de la objetividad.

Una clasificación psiquiátrica crea una realidad propia y es determinante de sus propios efectos. David Rosenhan (1977) señala que cuando se ha clasificado a un paciente como esquizofrénico, la expectativa es que siga siendo esquizofrénico. Después de que ha transcurrido un cierto período, sin que haya efectuado ningún hecho esperable de acuerdo a su patología, se cree que está en remisión y se efectúa el alta: *“Pero la clasificación lo persigue más allá de los muros de la clínica y con la expectativa tácita de que volverá a conducirse como esquizofrénico”*.

De la misma forma, puede crearse una patología partiendo del rótulo diagnóstico. O sea, si se trata a alguien como si fuese un esquizofrénico, se interaccionará creando respuestas en la persona que confirmen nuestras hipótesis a priori, por lo tanto cualquier acto, por normal que pudiese ser (aunque es dificultoso que se pueda tener una conducta

normal cuando una de las partes interacciona como si uno fuese loco), será interpretado bajo la lente patológica.

Con lo cual, la evaluación diagnóstica, certificada por los técnicos en salud mental, tiene un radio de influencia sobre el paciente y el círculo afectivo más cercano, como vecinos, amigos, parientes, etc., invadiendo y generando en el grupo y en él mismo, un tránsito que marca el destino y la confirmación del diagnóstico, constituyendo una profecía que se autocumple, para de esta manera, adaptarse a esta construcción de una realidad interpersonal.

Estas rotulaciones, que confeccionan realidades absolutas, no se reducen al ámbito profesional en que se desarrollan, sino que en muchas ocasiones alcanzan una repercusión social: la población utiliza confusamente ciertos términos que llevan a incrementar la sintomatología que se padece. Es el caso de la depresión.

Son numerosas las oportunidades en que se pega la etiqueta del deprimido, a partir de sensaciones como tristeza, abulia, o angustia. La distinción de estas emociones se categoriza como "*depresión*" y se inserta en el lenguaje no como "*estoy triste*" o "*estoy angustiado*" sino como "*estoy deprimido*", con toda la connotación caótica que posee este concepto.

Pero esta patología, además de los rasgos mencionados, posee otros signos que la conforman, como apatía, abulia, desgano, inapetencia sexual, estrechez del futuro, de los proyectos, de las relaciones sociales, inafectividad, etc., hasta llegar a elementos melancólicos y con tentativas de suicidio, o sea: ¿dónde está la depresión en estos pacientes, si tan sólo aparece un síntoma de los tantos que componen esta categoría?. Este es uno de los errores que no solamente involucran a la gente en general, sino a los mismos profesionales.

La confusión entre clase y miembro de la misma, parece ser la explicación más clara de acuerdo a la diferencia de niveles lógicos. La categoría -el rótulo diagnóstico- compete a un nivel lógico superior, que los signos y síntomas que lo componen. La equivocación radica en fusionar clase y miembro colocándolo en un mismo nivel, homologando un signo con su categoría, sin tener en cuenta el resto. De aquí se desprenden "*lujosas*" descripciones dormitivas que explican el síntoma por su categoría, como si conocer el diagnóstico determinase una evolución en el proceso de curación.

La expresión "*estoy deprimido*", no sólo compete a la persona, sino al círculo afectivo cercano que reproduce el mismo término, "*mi madre está depresiva... o mi esposo sufre de depresión*", reforzando así la atribución de sentido y construyendo una realidad coherente con lo atribuido.

En principio, estos marcos semánticos revisten de una significación deplorable al síntoma de la angustia, pero rápidamente se pasa al plano de la pragmática, en donde se

desenvuelven interacciones que confirmarán el rótulo colocado. Trátese a una persona triste como deprimida y se construirá la depresión. Este círculo se reconfirmará con las soluciones intentadas fallidas que incrementarán la sintomatología; esta retroalimentación negativa conlleva a que inmediatamente se construyan el resto de los síntomas que completan el cuadro.

El problema se acrecienta, cuando el profesional distingue y categoriza de la misma manera y no sólo construye el problema, sino que pasa a formar parte de los fallidos intentos por solucionarlo.

Por ende, el rótulo diagnóstico es limitativo en la relación, pero este efecto no solamente se remite a la esfera terapéutica, sino también al “cartel” que el medio social cuelga a uno de sus integrantes. El grupo coloca la etiqueta a uno de sus miembros, ya sea por la estereotipación de alguna conducta o características de personalidad, etc., cuyo destinatario deberá asumir la función asignada en contrapartida de la demanda. Si éste se toma cierta licencia temporaria, el entorno se encargará de recordarle el rol asignado y que debe volver a él (además él se encargará de cumplirlo, no permitiendo que los demás varíen la óptica acerca de él).

Por otra parte, es este rótulo el que impide el reconocimiento y conexión con otras partes del sujeto, reduciendo la relación tan sólo a un aspecto; por ejemplo, el que es visto como divertido y bromista en un grupo, está obligado a desarrollar dicha función y no se le permitirá, por así decirlo, que deje de animar las reuniones, es más, un sesgo de tristeza podría ser visto como una gran depresión, a partir de la comparación (y la distinción concomitante) con el humor exaltado que siempre se le atribuye. Más allá, que esta posición otorga ciertos beneficios, como un lugar de poder, liderazgo, goce narcisista, etc., beneficios que sostienen, aunque sea parcialmente, la función asignada por el grupo.

De este acople complementario -sostenedores (el grupo) y sostenedor (la persona)-, surge la estereotipación de una función, que adquiere rigidez en el sistema, y allí está la trampa: cualquier corrimiento de la función delimitada, genera rechazo en el círculo social, o por lo menos no encontrando las respuestas esperadas.

El síndrome de “*la mujer ambulancia*” o del “*bombero voluntario*”, son las características de los grandes ayudadores, que se rodean de un grupo de dependientes, carentes de afecto, necesitados de protección, etc. Esta unidireccionalidad de la ayuda, crea que cualquier movimiento que implique un paso al costado de la función, amenace la homeóstasis del sistema, y el medio reclame, por artimañas explícitas (en el mejor de los casos) o implícitas (como artimañas culpógenas, extorsiones, reclamos, etc.) el retorno al rol designado.

No obstante, este corrimiento a veces se acompaña de incoherencias entre lo que se propone y lo que se hace, o sea, si la propuesta es salir de dicha función, ésta debe ser coherente con las acciones.

La resistencia que ejerce el sistema a romper esta articulación, es poderosa: entonces, no es solamente el grupo el que se resiste a abandonar el encasillamiento, sino es la misma persona la que sigue perpetuando su mecanismo de acciones, impidiendo el cambio de la dinámica y resistiendo la salida de la trampa que implica el rótulo.

En el plano de la actitud del terapeuta con respecto al diagnóstico, el artículo *“Acerca de estar sano en un medio enfermo”*, de David Rosenhan (1977), es un ejemplo claro sobre cómo el diagnóstico impregna el lente del profesional, llevándolo a observar y patologizar el objeto de estudio, destacando que la imagen de las condiciones de vida de un paciente es conformada de acuerdo con el diagnóstico, cuando en realidad el diagnóstico debe ser construido a partir de las características de la vida del sujeto.

En su investigación, realiza una experiencia con 8 seudopacientes que fueron internados (12 internaciones) en distintas clínicas de Estados Unidos. La mención de *“escuchar voces”*, fue el único síntoma que se inventó en los datos de la historia de cada uno y sirvió de entrada en la institución.

El grupo de seudopacientes se caracterizó por la diversidad de ocupaciones de cada uno de los integrantes. Estaba compuesto por una ama de casa, un pediatra, un psiquiatra, tres psicólogos, un estudiante de psicología y un pintor; tres de ellos eran mujeres y los otros cinco hombres. Todos usaron seudónimos, y aquellos que trabajaban en salud mental, falsearon su profesión, sin alterar en absoluto la historia de sus vidas, consiguiendo ser admitidos por medios subrepticios en doce diferentes clínicas.

El trabajo describe los diagnósticos respectivos y detalla las distintas experiencias de los seudopacientes en las instituciones psiquiátricas.

Es interesante cómo describe el autor las diversas actitudes con las cuales se encontraron las distintas personas durante la internación: fue notable el convencimiento de los profesionales acerca del diagnóstico de estos pacientes, como se muestra en algunas entrevistas, en donde los informes señalaban, actitudes que pueden ser consideradas como normales en el ciclo vital, bajo la lupa del diagnosticado, fueron tildadas como patológicas.

Mientras que los que dudaron -paradojalmente- de que estas personas estuviesen realmente enfermas, fueron los mismos pacientes internados, que frente a las notas que transcribían los seudopacientes del relato de la experiencia, explicitaban su duda, *“tu no eres paciente... , debes ser periodista...”*

A pesar de la *“evidencia”* de la salud mental de cada uno de los integrantes, ninguno fue descubierto, y las internaciones duraron entre 7 y 52 días con un promedio de 19 días,

tiempo suficiente para realizar una correcta evaluación, de lo que se deduce que estos pacientes no fueron observados con especial atención.

El resultado de la experiencia arrojó que 11 de las 12 admisiones respondieron a un diagnóstico de esquizofrenia en remisión salvo uno cuyo diagnóstico fue de esquizofrenia (la calificación de *“en remisión”* responde a una formalidad en función del alta); el restante, con síntomas idénticos, fue tildado con un diagnóstico de psicosis maníaco depresiva.

En el ejemplo siguiente, podemos apreciar cómo los elementos preconceptuales diagnósticos impregnan la interpretación de los datos obtenidos en una entrevista:

*“Durante su infancia tuvo una relación cercana con su madre, mientras que sus relaciones con el padre eran bastante distantes. Durante su juventud y en años posteriores, su padre se convirtió en amigo entrañable, y la relación con su madre, en cambio, se enfrió. Su relación actual con su esposa era, en general, cercana y cálida. Con excepción de excepcionales discusiones, los roces eran mínimos. Los niños eran castigados esporádicamente.”* (Rosenhan.1977).

Este relato bien puede ser una historia común, que no posee indicios psicopatológicos; no obstante, los datos obtenidos a partir del mismo, refirieron a una acomodación en función del diagnóstico y a un contexto de patología mental. Lo que se transcribe a continuación procede del resumen de la descripción del caso mencionado, que fue redactada después de dar de alta al paciente:

*“Este paciente de 39 años (...) tiene antecedentes de larga data de una fuerte ambivalencia en sus relaciones cercanas, desde su niñez. La cálida relación con su madre se enfrió luego, durante su juventud. Una relación más bien distante con su padre se describe como crecientemente intensa. Falta estabilidad afectiva. Sus intentos por dominar su irritabilidad frente a la esposa y los hijos se ven interrumpidos por arrebatos de ira, y en el caso de los niños, por castigos. Si bien manifiesta tener varios buenos amigos, se siente que también en este sentido subyacen considerables ambivalencias (...)”* (Rosenhan.1977).

Todas estas características fueron articuladas con la finalidad de llegar al diagnóstico de una reacción esquizofrénica.

Seguramente, las ambivalencias descriptas no distan de las ambivalencias que posee todo ser humano; cobran significación en tanto y en cuanto son inducidas a entrar en la constelación de la patología. Y si bien es cierto que la relación del seudopaciente con sus padres fue cambiando con el tiempo, todo vínculo sufre modificaciones, hasta por el mismo ciclo evolutivo. La calificación de ambivalencia e inestabilidad afectiva -atribuciones del observador- confirmaron el supuesto del diagnóstico.

La construcción tendenciosa a partir de parámetros de visión psicopatológica, obstaculiza la posibilidad de realizar una correcta evaluación e interpretación de los rasgos caracteriales del paciente.

*La utilización incorrecta del diagnóstico, implica perder de vista la característica humana del paciente, para entrar en un planteo <cosificador> en donde la identidad del sujeto pasa a ser permutada por el rótulo psicopatológico.*

Esta experiencia nos demuestra, cómo pueden ser interpretadas bajo la lente psicopatológica, conductas que bajo otro contexto son evaluadas como normales, pero el libreto del diagnóstico, obliga al trazado de distinciones que llegan a construir realidades que confirman así, esas hipótesis a priori.

Tal vez, el problema radique en crear la necesidad de un diagnóstico, y creer que sin él no es posible trabajar terapéuticamente, como si las hipótesis que puedan construirse en el análisis de un caso, obligatoriamente deben arrojar como resultado el rótulo. Esto coloca sobre el tapete, acerca de cuestiones diagnósticas en el ámbito sistémico, que de por sí son mucho más complejas de las que se pueden construir en los tratamientos tradicionales, puesto que éstos dirigen su mirada al sujeto individual, mientras que desde la óptica sistémica se observa la dinámica de las interacciones, haciendo más difícil -dada la complejidad de la comunicación- clasificar una tipología.

Tal cual señala G. Bateson en su cuadro del análisis epistemológico: en la medida que se asciende en grados de complejidad comunicacional, resulta más difícil categorizar. Para una “acción simple”, deviene con sencillez el rótulo, pero todavía en términos de “interacción”, la clasificación de simetría y complementariedad parece satisfacer las definiciones de un diagnóstico interaccional. La cosa adquiere un tenor de dificultad cuando entramos en la “coreografía”, en donde son escasas las posibilidades de tipologizar, dada la complejidad e infinitud de signos que provee la comunicación.

También cabría preguntarse ¿para qué?, ¿cuál sería el objetivo de diagnosticar desde esta perspectiva?. ¿El rótulo sistémico ayudaría a mejorar los tratamientos?. ¿Podría consistir en una guía que orientase al profesional en el diseño de una estrategia?.

Algunos autores, como Juan Linares en su libro “*Identidad y narrativa*” (1996), han creado un diagnóstico sistémico, investigando a través de las combinaciones de los grados de parentalidad armoniosa y disarmónica, y los niveles de conyugalidad funcional o disfuncional. Si bien principalmente, centra sus estudios en las diferencias de los pacientes depresivos y los distímicos, y los juegos interaccionales en el ámbito de la pareja y la familia, utiliza los baremos de conyugalidad y parentalidad, combinando ambos desarrollos, haciéndolo extensivo a otras patologías, como la psicosis, neurosis o psicopatías.

Por otra parte, Giorgio Nardone en “*Paura, Panico, Fobie*” (1993) (“Miedo, Pánico, Fobia”), toma la base del DSM III, describiendo, desde los ataques de pánico, hasta los

síndromes obsesivos y fóbicos, pero capitalizando dichas distinciones para estructurar un modelo de trabajo terapéutico específico, bajo el soporte de la línea de “*Terapia Breve*” del MRI de Palo Alto. O sea, que el cuadro nosológico le proporciona las herramientas para construir un tratamiento paso por paso, con estrategias y técnicas prefijadas.

Como contrapartida, podría señalarse que la explicitación del trazado de una distinción por medio de una nografía, pauta la mirada del observador, restringiéndolo a un estrecho mapa, y cercenando la posibilidad de un margen más amplio de perspectiva.

Pero más allá de este punto de vista, posiblemente el problema no se centre en el diagnóstico propiamente dicho, sino en su “*implementación*”:

- Si el diagnóstico sirve para etiquetar a un paciente y encerrarlo en un manicomio, o señalarlo como el “*loco*” de la familia, resulta ser una aplicación dormitiva y estigmatizante.
- Si sirve para bajar las ansiedades del profesional, creyendo que conocer el rótulo ya le otorga la solución a la problemática del paciente, también resulta un efecto dormitivo.
- Un uso equivocado del diagnóstico, consistiría en explicitarle el rótulo al paciente (aunque podría utilizarse como parte de una estrategia), logrando enquistar aún más la sintomatología, y más cuando los pacientes traen su propio rótulo, colgado por otros profesionales, amigos, parientes, etc., llevando como resultado, sendas profecías autocumplidoras, construyendo y confirmando el título colocado, como un “*paciente obediente*”.

Posiblemente, la correcta utilización del diagnóstico clínico, responde a la condición de:

- “*Orientador*” para el profesional, en miras al diseño de la estrategia de tratamiento adecuada, para arribar a una rápida y efectiva solución.
- El diagnóstico como “*guía de un proceso*” y no como encasillamiento, ya que en este sentido, abre caminos y no se encierra en sí mismo.
- A la vez, sirve en función de la “*interconsulta*” para abreviar las descripciones de una derivación, siempre y cuando el profesional al cual se deriva, no se sobreinvolucre en la mirada del derivador y limite su propia construcción en la interacción con el futuro paciente.

Por lo tanto, la finalidad del diagnóstico no debe quedar en la acción de diagnosticar en sí misma, desde este aspecto es limitante y coartador del trazado de distinciones alternativas, convocando a entrapar al profesional y al paciente en un círculo cerrado, del cual resulta difícil escapar.

El diagnóstico como apertura, es la vía de entrada para la planificación de un tratamiento terapéutico eficaz, que lleve a destruir el estigma y no a construir una realidad que lo confirme.