

EL USO METAFÓRICO DEL DIAGNÓSTICO COMO RECURSO RELACIONAL: ENTRE LA ESCUCHA, EL CUIDADO Y LAS POLÍTICAS DE PERTENENCIA

¹Roberto Ricardi Costard

1 Universidade São Judas Tadeu - USJT. E-mail: beto_costard@hotmail.com

RESUMEN

Este artículo propone una reflexión crítica sobre el uso del diagnóstico en la práctica clínica e institucional, entendiéndolo no como una verdad objetiva, sino como un lenguaje relacional y una construcción simbólica que puede abrir o cerrar posibilidades de escucha, cuidado y pertenencia. Lejos de ser sólo una herramienta técnica, el diagnóstico opera como un discurso que comunica normas, regula el acceso y da forma a las identidades. A partir de un enfoque teórico-reflexivo, el texto articula aportes del Enfoque Centrado en la Persona, la antropología de la salud y perspectivas críticas sobre la normatividad, el estigma y la cultura institucional, como las de Carl Rogers, Eugene Gendlin, Mary Jane Spink, Georges Canguilhem y François Laplantine.

La tendencia actualizante, concepto central del Enfoque Centrado en la Persona, se moviliza como clave para repensar el papel del diagnóstico como lenguaje de reconocimiento y no como una forma de capturar la identidad. También analiza cómo ciertas formas de escucha selectiva, influenciadas por normas culturales e institucionales, pueden transformar el diagnóstico en una herramienta de exclusión, reforzando desigualdades y enfermedades históricas. Por otra parte, cuando se co-construye con sensibilidad, escucha ética e implicación relacional, el diagnóstico puede convertirse en un recurso de reconocimiento, vinculación, garantía de derechos y pertenencia social.

Palabras clave: Diagnóstico; Escucha; Enfoque Centrado en la Persona; Tendencia Actualizante; Normatividad; Pertenencia; Cuidado; Políticas Públicas.

O USO METAFÓRICO DO DIAGNÓSTICO COMO RECURSO RELACIONAL: ENTRE ESCUTA, CUIDADO E POLÍTICAS DE PERTENCIMENTO

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão crítica sobre o uso do diagnóstico na prática clínica e institucional, compreendendo-o não como verdade objetiva, mas como linguagem relacional e construção simbólica que pode abrir ou fechar possibilidades de escuta, cuidado e pertencimento. Longe de ser apenas uma ferramenta técnica, o diagnóstico opera como discurso que comunica normas, regula acessos e molda identidades. A partir de uma abordagem teórico-reflexiva, o texto articula contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa, da antropologia da saúde e de perspectivas críticas sobre normatividade, estigma e cultura institucional, como as de Carl Rogers, Eugene Gendlin, Mary Jane Spink, Georges Canguilhem e François Laplantine.

A tendência atualizante, conceito central da Abordagem Centrada na Pessoa, é mobilizada como chave para repensar o papel do diagnóstico como linguagem de reconhecimento — e não como captura da identidade. Também se discute como determinadas formas de escuta seletiva, atravessadas por normas culturais e institucionais, podem transformar o

diagnóstico em ferramenta de exclusão, reforçando desigualdades históricas e adoecimentos. Por outro lado, quando co-construído com sensibilidade, escuta ética e implicação relacional, o diagnóstico pode se tornar um recurso de reconhecimento, vínculo, garantia de direitos e pertencimento social.

Palavras-chave: Diagnóstico; Escuta; Abordagem Centrada na Pessoa; Tendência Atualizante; Normatividade; Pertencimento; Cuidado; Políticas Públicas.

INTRODUCCIÓN

Este artículo propone una reflexión sobre el diagnóstico como lenguaje y como práctica que produce efectos — subjetivos, relaciones y sociales. Cuando se utiliza como una clasificación rígida, tiende a reducir la complejidad de la experiencia humana, bloqueando potencialmente los movimientos espontáneos de crecimiento y dificultando escuchar a la persona en su totalidad. Sin embargo, cuando se piensa como una metáfora relacional, construida con sensibilidad y ética, el diagnóstico puede convertirse en un poderoso recurso de reconocimiento, escucha y pertenencia.

El diagnóstico, tal como circula en los espacios clínicos, escolares, familiares y mediáticos, no es sólo un instrumento técnico: es también un lenguaje que comunica valores, define lugares sociales y organiza expectativas. En contextos institucionales, a menudo se utiliza como criterio de elegibilidad para el acceso, ya sea a tratamientos, beneficios, adaptaciones o incluso escucha. En contextos emocionales, puede producir alivio o angustia, dependiendo de cómo se presente. Y a nivel simbólico, conlleva historias culturales sobre lo que significa ser “normal”, “capaz”, “autónomo”, “inteligente”, “adaptado”.

La propuesta de este trabajo surge de la escucha de estas tensiones: entre el diagnóstico que reconoce y lo que etiqueta, entre lo que abre caminos y lo que cristaliza identidades. Estas son tensiones que permean tanto la práctica clínica como los discursos sociales más amplios sobre la salud mental, la inclusión, la productividad y la diferencia. En este sentido, me interesa reflexionar sobre cómo el diagnóstico, cuando está guiado por la lógica normativa y la escucha selectiva, puede enfermar a las personas, borrando su singularidad y reforzando las desigualdades históricas. En este caso, diagnosticar consiste más en encuadrar que en escuchar.

Contrariamente a esta lógica, propongo aquí un enfoque que valora el diagnóstico como una construcción situada, relacional y sensible al contexto. Una construcción basada en la escucha genuina y la implicación ética, inspirada en los principios del Enfoque Centrado en la Persona (ECP), formulado por Carl Rogers. Esta perspectiva entiende el cuidado como un campo relacional, sostenido por la empatía, la autenticidad y la consideración positiva incondicional — elementos también explorados en profundidad por Eugene Gendlin en su propuesta de Focusing como forma de escucha ética de la

experiencia vivida — en el que la tendencia actualizante de cada persona puedeemerger y reorganizarse.

La reflexión aquí desarrollada se ancla también en autores como Humberto Maturana y Francisco Varela [1], Georges Canguilhem [2], François Laplantine [3,4], Erving Goffman [5] y Mary Jane Spink [6], cuyos aportes ayudan a comprender el diagnóstico en su dimensión histórica, simbólica, institucional y política. De Maturana y Varela retomamos particularmente la noción de que el lenguaje no es un instrumento neutral de representación, sino un fenómeno relacional, constituido en la interacción entre seres vivos, idea que refuerza la necesidad de considerar el diagnóstico como una construcción situada. Spink propone entender las prácticas discursivas como formas de acción y producción de significados que inciden directamente en las posibilidades de cuidado, escucha y reconocimiento. Junto con estas perspectivas, buscamos comprender cómo las formas en que nombramos el sufrimiento humano afectan la forma en que nos relacionamos con las personas a las que servimos, y cómo estos nombres participan en la producción o el bloqueo de la pertenencia.

Más que una crítica del diagnóstico en sí, este texto propone una escucha ética acerca de su uso. Se trata de buscar formas de lenguaje que respeten la complejidad del sufrimiento humano, promuevan encuentros más auténticos y favorezcan el desarrollo de políticas de pertenencia: aquellas que no sólo reconozcan las diferencias sino que también aseguren las condiciones para que existan con dignidad.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Este artículo es un ensayo teórico-reflexivo, basado en la articulación entre la Psicología Humanista — con énfasis en el Enfoque Centrado en la Persona (ECP) — y referentes críticos de las ciencias humanas y sociales. Se entiende que los discursos sobre el diagnóstico no son neutrales, sino que constituyen prácticas relacionales situadas, con efectos concretos en las posibilidades de escucha, cuidado y pertenencia.

La reflexión se construyó a partir de una revisión bibliográfica selectiva, guiada por afinidades ético-conceptuales con autores como Carl Rogers, Eugene Gendlin, Georges Canguilhem, François Laplantine, Erving Goffman, Mary Jane Spink, Humberto Maturana y Francisco Varela. Estos autores contribuyen a la comprensión del diagnóstico no como una verdad objetiva, sino como lenguaje — históricamente construido, culturalmente mediado y políticamente implicado.

Más que describir o aplicar una metodología empírica tradicional, este camino está guiado por la construcción de una perspectiva implicada, capaz de desafiar las normatividades y proponer una escucha clínica más sensible y comprometida con el

reconocimiento ético de las singularidades. La escritura, por tanto, constituye un gesto político y epistemológico, en el que el cuidado emerge como una práctica relacional, enraizada en la consideración positiva incondicional, la empatía y la congruencia como fundamentos del encuentro.

ESCUCHAR: EL DIAGNÓSTICO COMO LENGUAJE

En el Enfoque Centrado en la Persona (ECP), escuchar no es sólo oír sonidos o grabar el habla — es una postura de presencia y disponibilidad genuinas. Escuchar significa aceptar la experiencia de la otra persona sin juzgarla previamente, sin intentar encajar lo que se dice en categorías preestablecidas o expectativas normativas. Para Carl Rogers, escuchar es uno de los pilares de la relación terapéutica, ya que crea el espacio seguro necesario para que el *self* emerja auténticamente. Cuando escucho verdaderamente a alguien, me coloco junto a esa persona en su trayectoria, no delante de ella con un diagnóstico ya preparado [6,7].

Entender el diagnóstico como un lenguaje es reconocer que no es sólo una herramienta técnica, sino un gesto relacional. Cada acto de nombrar conlleva valores, afectos e implicaciones que van más allá de la descripción objetiva de un estado o condición. Al diagnosticar, establecemos una manera de relacionarnos con la experiencia de la persona. Este lenguaje puede acercar o alejar, abrir o cerrar, reconocer o excluir. Por lo tanto, el diagnóstico debe pensarse como una forma de escucha — no solo un código técnico, sino una expresión que co-construimos con el otro a través del vínculo.

Desde la perspectiva de Humberto Maturana y Francisco Varela, entiendo que el lenguaje no es una representación objetiva de la realidad, sino una acción relacional que crea mundos posibles entre quienes conviven [1]. El diagnóstico, en este sentido, no se limita a describir algo: actúa sobre lo que describe, moldeando percepciones, relaciones y posibilidades. Diagnosticar es, por tanto, también un acto creativo — que debe estar guiado por la responsabilidad ética y el cuidado respecto al impacto que este lenguaje puede producir.

Sin embargo, es necesario reconocer que la escucha a menudo se vuelve selectiva, filtrada por sesgos institucionales, culturales o profesionales. La escucha condicionada por normas de productividad, desempeño, género, clase, raza, discapacidad o patrones lingüísticos tiende a capturar sólo fragmentos de experiencia — precisamente aquellos que confirman el conocimiento ya establecido. En este escenario, el diagnóstico deja de ser un lenguaje abierto y se convierte en una forma de encaje forzado, en el que el sufrimiento se ajusta a modelos y protocolos, y no al revés.

Esta escucha selectiva no es necesariamente intencional, sino que está estructurada por sistemas de poder que operan incluso con las mejores intenciones. Una escuela que sólo escucha el comportamiento desviado y no las condiciones de vida de los estudiantes; un Centro de Atención Psicosocial que sólo escucha el riesgo y no el contexto de vulnerabilidad; una institución de salud que sólo escucha el síntoma y no la biografía. En todos estos casos la escucha está ya marcada por una lógica de exclusión que silencia otras posibilidades de comprensión del sufrimiento.

Por el contrario, escuchar según el ECP invita a la presencia plena. No busca adaptar el discurso de la persona a un lenguaje técnico, sino que está dispuesto a habitar el lenguaje de la persona, aunque sea fragmentado, silencioso o no verbal. Esta escucha es relacional y no jerárquica. Suspende los filtros automáticos y permite que la experiencia se revele en su complejidad, sin la prisa por traducir.

Según Rogers, para que se produzca un proceso terapéutico de cambio, deben darse ciertas condiciones en la relación. Estas incluyen: que el cliente se encuentre en un estado de incongruencia y emocionalmente perturbado; que el terapeuta esté en contacto psicológico con el cliente; que el terapeuta sea congruente y consciente de sus propios sentimientos; que ofrezca una consideración positiva incondicional; y que comprenda empáticamente al cliente, comunicándole esta comprensión eficazmente. Cuando estas condiciones se ofrecen con autenticidad, se convierten en un terreno fértil para la reorganización del *self* y la actualización de experiencias internas, a menudo fragmentadas o sin nombre [6].

En este contexto, la comprensión empática — es decir, la capacidad del terapeuta para entrar en el marco de referencia del cliente y comunicarle esa experiencia — es uno de los aspectos más transformadores del lenguaje relacional. Rogers argumenta que cuando el cliente percibe que el terapeuta comprende genuinamente su experiencia, incluso si aún no tiene las palabras para expresarla, se abre un nuevo espacio simbólico. El diagnóstico, al insertarse en este tipo de escucha, puede dejar de ser un marco externo y convertirse en un lenguaje provisional y coconstruido que facilita la denominación de la experiencia, en lugar de su reducción.

Diagnosticar, en este contexto, no se trata de aplicar una etiqueta, sino de mantener un lenguaje que tenga sentido en el contexto de un encuentro. Es más que clasificar: se trata de escuchar. Se trata menos de definir lo que el otro tiene, y más de comprender con él lo que está experimentando. Así, el diagnóstico se convierte en un gesto de reconocimiento, una forma de mantener la existencia del otro como legítima, incluso cuando escapa a las normas.

Esta comprensión concuerda con la postura clínica del Enfoque Centrado en la Persona, especialmente cuando Rogers propone una forma de escucha que no busca

respuestas preconcebidas, sino que acompaña el proceso de la otra persona en su singularidad. En consonancia con esto, Eugene Gendlin propone que el terapeuta no se fije en las interpretaciones, sino que apoye la continuidad del proceso experiencial mediante una escucha abierta que fomente microcomprensiones, «microdiagnósticos» que surgen dentro del propio proceso relacional, en lugar de aplicarse desde fuera [8].

Por lo tanto, propongo que el diagnóstico, cuando sea necesario, sea el resultado de un proceso de escucha compartida, no de un análisis unilateral. Que funcione como un lenguaje provisional, abierto a la revisión, sensible al tiempo de cada persona. Y que siempre vaya acompañado de una pregunta fundamental: ¿este lenguaje acerca o distancia? ¿Expande o reduce? ¿Escucha o silencia?

DIAGNÓSTICO Y CONTEXTO: CULTURA, TIEMPO Y POLÍTICAS DE PERTENENCIA

Las categorías diagnósticas no son verdades inmutables sobre la naturaleza humana, sino construcciones históricas y culturales que reflejan los valores, creencias e intereses de una época determinada. El surgimiento de ciertas clasificaciones está vinculado a amplios procesos sociales: a veces a la medicalización de la infancia y las emociones, a veces a la lógica de la productividad y la autonomía, a veces a las demandas de control institucional. Por lo tanto, diagnosticar es también participar en la producción simbólica de una época: es nombrar según los criterios del presente, y no simplemente describir algo atemporal y universal.

Georges Canguilhem nos invita a comprender que las nociones de «normal» y «patológico» no tienen su origen en la naturaleza, sino que están moldeadas por valores históricos y políticos [2]. Lo que se considera saludable en una época puede clasificarse como anormal en otra. De igual manera, lo que hoy diagnosticamos como trastorno puede expresar, en otros contextos, formas legítimas de existencia. El diagnóstico, en este sentido, conlleva una carga normativa: no solo describe, sino que regula quién pertenece, quién necesita adaptación y quién será escuchado.

François Laplantine, al criticar la rigidez de las categorías dicotómicas en el pensamiento occidental, amplía este debate al mostrar cómo el sufrimiento siempre está permeado por dimensiones simbólicas, sociales y culturales [3,4]. La separación entre lo normal y lo anormal, la razón y la emoción, la mente y el cuerpo — presente en muchos manuales de diagnóstico — tiende a captar solo una parte de la experiencia, borrando matices y complejidades que se resisten a esa denominación simplista.

Cuando el diagnóstico se ancla en esta lógica de normalización, corre el riesgo de enfermar. Enferma la escucha, al limitar el lenguaje de la persona a lo que institucionalmente se reconoce como síntoma. Enferma el vínculo, al transformar la relación

en un proceso evaluativo y jerárquico. Enferma a la propia persona, al reducir su existencia a una etiqueta que determina sus posibilidades de ser, coexistir e imaginar otros caminos. La normatividad, en este sentido, opera no solo como un criterio técnico, sino como una fuerza simbólica que define lo que es aceptable sentir, desear y expresar, y lo que debe silenciarse o corregirse.

Por ello, el diagnóstico también requiere una escucha crítica de las normas que sustentan el propio acto diagnóstico. Al fin y al cabo, no es raro que el sufrimiento sea más un efecto del contexto que una característica del individuo. Los entornos de opresión, exclusión, violencia o abandono institucional causan enfermedad, y a menudo es esta enfermedad la que llega a las clínicas como una queja individual. Como propone Spink [13], el sufrimiento psicológico puede expresar los efectos de la desigualdad social y la precariedad de las redes de atención, más que una patología individual. Cuando el diagnóstico ignora esta dimensión contextual y política, contribuye a perpetuar la invisibilidad de las estructuras que generan sufrimiento.

En este escenario, debemos preguntarnos: ¿a quién sirven los diagnósticos? ¿Qué experiencias legitiman y cuáles excluyen? Las categorías clínicas no son neutrales: configuran las políticas públicas, organizan la atención y crean espacios sociales. Por lo tanto, también deben analizarse desde la perspectiva de las políticas de pertenencia.

Hablo aquí de políticas de pertenencia como prácticas — explícitas o implícitas — que regulan a quién se considera sujeto de pleno derecho, cuya legitimidad se escucha, cuya existencia se reconoce como digna de atención. El diagnóstico, al ofrecer visibilidad institucional a ciertas formas de sufrimiento, puede funcionar como una herramienta de pertenencia: puede ser lo que permite a una persona acceder a recursos, ser comprendida en su diferencia y no necesitar "actuar con normalidad" para existir. Pero el diagnóstico también puede ser, paradójicamente, lo que fija, etiqueta y excluye, especialmente cuando se construye descontextualmente.

En este punto, las reflexiones de Erving Goffman sobre el estigma resultan especialmente útiles. El diagnóstico puede ser tanto una oportunidad como un riesgo: puede ofrecer un lenguaje para organizar una experiencia, pero también puede convertirse en una identidad dañada que oscurece todas las demás dimensiones de la persona [5]. Cuando la sociedad define a alguien únicamente con base en un diagnóstico, no está escuchando: está enmarcando.

Por lo tanto, diagnosticar requiere ser consciente de los efectos contextuales e institucionales de esta práctica. Requiere escucha centrada, sensibilidad hacia la cultura del otro y atención a los marcadores sociales que atraviesan la experiencia: clase, raza, género, discapacidad, neurodivergencia, entre otros. También requiere responsabilidad ética: saber

que nombrar a menudo implica distribuir lugares de pertenencia, y que esto debe hacerse con cautela, compromiso y justicia.

CUANDO EL DIAGNÓSTICO ES ALIANZA: POLÍTICAS PÚBLICAS Y EL DERECHO AL CUIDADO

Dadas las numerosas críticas potenciales al uso de los diagnósticos, sería tentador pensar que la mejor opción sería simplemente abandonarlos. Sin embargo, entiendo que esta actitud corre el riesgo de pasar por alto una dimensión esencial: los diagnósticos, a pesar de todas sus limitaciones, pueden ser una herramienta importante en la lucha por el reconocimiento, el acceso a los derechos y la formulación de políticas públicas. Por lo tanto, creo que el problema no reside en los diagnósticos en sí, sino en cómo se manejan y las intenciones que guían su uso.

Existen contextos en los que el diagnóstico es la única vía para garantizar la atención especializada, la inclusión escolar, la adaptación curricular, el acceso a beneficios legales, el apoyo psicosocial o incluso la protección contra el abandono institucional. Sin él, muchas vidas permanecen invisibles o, peor aún, invalidadas. El diagnóstico, en este sentido, actúa como mediador entre la experiencia subjetiva y los derechos sociales: es a través del diagnóstico que el sufrimiento de una persona adquiere inteligibilidad pública y se reconoce como legítimo y merecedor de cuidado.

Además, a partir de diagnósticos se construyen estadísticas, directrices técnicas, legislación y estrategias intersectoriales de cuidado. No sólo nombra experiencias individuales, sino que organiza colectivos, justifica inversiones y sustenta políticas públicas. Ignorarlos o rechazarlos por completo también significaría descuidar su función como instrumento de ciudadanía, especialmente en contextos marcados por la desigualdad.

El poder del diagnóstico también se revela cuando se convierte en un puente entre diferentes políticas y territorios de cuidado. En servicios como Centros de Atención Psicosocial, escuelas públicas, Centros de Referencia de Asistencia Social y unidades del Sistema Único de Salud, el diagnóstico suele ser el lenguaje común que facilita la coordinación entre profesionales y acciones. Bien gestionado, funciona como un recurso que organiza el cuidado de forma más amplia, respetando las intersecciones sociales, las vulnerabilidades locales y los vínculos comunitarios. En estos casos, el diagnóstico puede funcionar como un mecanismo de escucha colectiva, conectando el sufrimiento individual con las redes públicas de apoyo e intervención.

Pero para que esto suceda, el diagnóstico debe construirse con la persona, no solo sobre ella. Debe sustentarse en una relación de confianza y escucha sensible. Cuando se impone sin diálogo, se convierte en una sentencia; si se elabora con cuidado, puede

convertirse en un lenguaje de apoyo: un punto de partida para reorganizaciones subjetivas y el acceso a políticas de pertenencia.

Es en este punto que retomo la crítica de Carl Rogers al diagnóstico en su época. Su posicionamiento se desarrolló en un contexto clínico donde el diagnóstico se utilizaba a menudo como instrumento de etiquetado y jerarquía, al servicio de las instituciones más que de la persona que sufre. Rogers argumentaba que la escucha genuina, la conexión y la confianza en la tendencia actualizante de cada ser humano deberían ser el centro de la práctica terapéutica. Aunque el escenario ha cambiado, creo que mantendría su sentido crítico respecto al riesgo de que el diagnóstico bloqueara esta tendencia, especialmente cuando se presenta con autoridad. Pero también creo que reconocería el valor del diagnóstico como recurso relacional y político, cuando fomenta la autonomía, el crecimiento y el derecho a existir [6].

Este concepto es desarrollado con más detalle por Rogers y colegas cuando proponen el ECP como una postura ética con potencial de transformación social e institucional [11]. Por lo tanto, entiendo que no estamos hablando aquí de un diagnóstico en su forma esencial, sino de un modelo de diagnóstico relacional, guiado por la escucha y la colaboración. Sería inapropiado separar el diagnóstico y el uso, como si se tratara de un acto diagnóstico puro, libre de implicaciones éticas y políticas. Todo diagnóstico siempre ha sido una forma de usar el lenguaje y situar al otro en el mundo. Por lo tanto, cuando el diagnóstico se ofrece como un lenguaje construido con el otro — y no sobre el otro —, deja de ser un instrumento de control y se convierte en un dispositivo para un cuidado ampliado. Y es en este sentido que puede operar como una alianza: entre la persona y su experiencia, entre servicios y derechos, entre escucha y pertenencia.

EL CUIDADO COMO METÁFORA ÉTICA

En el Enfoque Centrado en la Persona (ECP), cuidar no consiste en intervenir en alguien, sino en crear un espacio donde esa persona pueda reconocerse y transformarse a partir de su propia experiencia. Cuidar, en este contexto, significa estar presente de forma auténtica, empática y incondicionalmente acogedora, valores que sustentan lo que Carl Rogers propuso como una relación terapéutica facilitadora. Esta centralidad de la persona como sujeto ético de la relación también se refuerza en el trabajo en coautoría con Rachel Rosenberg, que enfatiza que escuchar es una vía para afirmar la existencia y el valor de cada individuo [10].

Esta comprensión nos lleva a ver el cuidado como algo que trasciende la técnica: es una forma de presencia que reconoce al otro como legítimo. Es una disposición relacional que permite al sujeto percibirse, reorganizarse y afirmarse con mayor libertad. Es en esta

línea que entiendo el cuidado como una metáfora ética: una forma de estar con el otro que abraza su diferencia sin necesidad de neutralizarla y que sostiene el tiempo y el ritmo de su propio crecimiento.

La centralidad de la tendencia actualizante en el ECP refuerza este concepto. Para Rogers, cada ser humano lleva en su interior un impulso vital hacia el crecimiento, la construcción de significado y la realización de su potencial.^[6] Esta fuerza no elimina los conflictos, pero permite reorganizarlos desde un espacio relacional de confianza. El rol del terapeuta no es dirigir este proceso, sino crear un entorno en el que la persona se sienta segura para seguir su propio camino, incluso si este no se ajusta a las expectativas externas.

Esta formulación, aunque profundamente original, se inspiró en ideas de la biología holística, especialmente en el trabajo de Kurt Goldstein, cuya comprensión del organismo humano como sistema autorregulador influyó directamente en el pensamiento de Rogers. A partir de esta base, combinada con su escucha clínica y sensibilidad ética, Rogers desarrolló la noción de la tendencia actualizante como una fuerza inherente al ser humano, presente siempre que las condiciones externas favorezcan su expresión [6,8,11].

La congruencia, en este escenario, es más que transparencia emocional: es la base sobre la que se construye la confianza. Cuando el terapeuta está en contacto con sus propios sentimientos y actúa con autenticidad, le comunica a la persona que está siendo tratada que allí hay un espacio seguro, no solo para escuchar, sino para una presencia genuina. Para Rogers, esta postura del terapeuta es una de las condiciones fundamentales que facilitan el cambio, ya que rompe con la lógica de la evaluación y crea las condiciones necesarias para el surgimiento de nuevas formas de ser [6,7,10].

La incongruencia, a su vez, se presenta como una condición humana legítima, no como un defecto ni una deficiencia. Describe el estado en el que existe un desajuste entre la experiencia vivida y la autoimagen internalizada, a menudo moldeada por normas sociales rígidas o estándares idealizados de aceptación. En muchos casos, la incongruencia surge de la distancia entre la experiencia vivida y el llamado *self* ideal, es decir, la imagen internalizada de quién la persona cree que debería ser para ser aceptada, reconocida o amada. Este *self* ideal, a menudo moldeado por normas sociales excluyentes, puede convertirse en una fuente de sufrimiento crónico. Sin embargo, la incongruencia también puede surgir de otras fuentes, como bloqueos para acceder a la propia experiencia, experiencias traumáticas o fragmentadas, o incluso conflictos internos que no se limitan a la comparación con un ideal, sino a la dificultad de integrar aspectos de uno mismo. El cuidado, en este sentido, no busca ajustar a la persona a un modelo de identidad, sino ayudarla a reconectar con su experiencia auténtica. Escuchar con empatía también significa escuchar estos conflictos — ya sea con el *self* ideal o con otras capas de la experiencia

vivida — y ofrecer un espacio donde el *self* pueda reorganizarse con más libertad y menos sumisión a las demandas impuestas.

Cuando se ofrece un diagnóstico con empatía y sin prejuicios, eso puede ayudar a la persona a reconocer que no está fracasando porque no esté a la altura de su *self* ideal, sino que este ideal suele ser el resultado de exigencias externas incompatibles con su experiencia real. En este contexto, un diagnóstico no es una sentencia, sino una oportunidad para identificar conflictos internos y reorganizar el *self* con más amabilidad. Puede ser una invitación a romper con las normas que nos enferman y a cultivar una forma de ser más cercana a lo que hemos experimentado que a lo que esperamos.

Esta perspectiva se ve reforzada por las propias formulaciones de Rogers, que definen al ser humano como un organismo autorregulado, que tiende a la plenitud y la integración incluso en medio del sufrimiento. Basándose en su escucha clínica y la observación de los procesos de cambio, Rogers identifica que, cuando existe un entorno de seguridad, escucha y respeto, la tendencia actualizante puede reorganizar experiencias fragmentadas y restaurar significados personales [6,8,11]. El cuidado, en este sentido, es el campo relacional que favorece este movimiento vital.

Entre los elementos centrales de la relación terapéutica, la comprensión empática es quizás uno de los más transformadores. Implica un esfuerzo activo y sensible por habitar el mundo del otro como si fuera propio, pero sin perder el anclaje en uno mismo. Rogers afirma que el terapeuta debe tener una comprensión empática del cliente y su marco de referencia interno, y comunicar esta comprensión al cliente [6]. Esta comunicación simbólica de «Te veo» es lo que transforma la escucha en presencia, y la presencia en la posibilidad de reorganización. El diagnóstico, en este contexto, puede participar en este lenguaje, siempre que se adapte a la experiencia de la persona, no a un marco externo.

Esta escucha empática se sustenta en un valor aún más fundamental: la consideración positiva incondicional. Para Rogers, considerar a alguien sin juzgarlo, incluso en sus momentos de conflicto o dolor, es una de las formas más profundas de cuidado. Esta actitud le comunica a la persona que no necesita ser diferente para merecer afecto y respeto. En *"Libertad y creatividad en la educación"*, Rogers afirma que cuando alguien se encuentra en un entorno donde es aceptado, valorado y libre de ser, "se desarrollará de maneras creativas y constructivas" [8]. Esta libertad es la base del crecimiento, y es en este espacio donde el diagnóstico, si es necesario, puede entenderse no como una sentencia, sino como una invitación.

Cuidar, en este contexto, también significa involucrarse. Involucrarse en la construcción de vínculos que sustentan los procesos de crecimiento. Involucrarse en la crítica de las normatividades que excluyen. Involucrarse en la construcción de políticas de pertenencia que reconozcan la diversidad de la experiencia humana. Por lo tanto, más que

un simple gesto técnico, el cuidado es un gesto ético y político, y debe estar siempre atento a cómo nuestros lenguajes, incluyendo los diagnósticos, apoyan o niegan la posibilidad de que alguien se sienta a gusto en el mundo.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este texto, he propuesto una comprensión más amplia del diagnóstico: no como una etiqueta o una sentencia, sino como un lenguaje que puede sostener o dificultar los vínculos, la escucha y la pertenencia. He reflexionado sobre los riesgos de un diagnóstico que funciona como instrumento de control y sobre las posibilidades que surgen cuando se entiende como un gesto relacional, simbólico y ético. En lugar de capturar la identidad de una persona, el diagnóstico puede contribuir a su expresión, su reorganización y su dignidad, siempre que esté respaldado por una escucha genuina y una atención ética.

Desde la perspectiva de Maturana y Varela, entendí el lenguaje como una forma de acción que construye realidades compartidas [3]. Con Canguilhem y Laplantine, reconocí que las categorías diagnósticas no son neutrales: reflejan normas sociales, intereses históricos y construcciones culturales [1,2]. Con Goffman, comprendí los efectos del estigma cuando el diagnóstico se utiliza como un marcador excluyente [4]. Y con Rogers, reforcé el valor de la escucha, de la tendencia actualizante y del cuidado como expresión de confianza radical en el poder del ser humano [6–11].

Estos marcos me ayudaron a afirmar que escuchar, diagnosticar y cuidar no son acciones separadas. Son dimensiones interconectadas de un mismo proceso: el encuentro. Un encuentro que, sostenido con presencia, empatía y autenticidad, puede fomentar no solo el alivio del sufrimiento, sino también la expansión de la pertenencia, la autonomía y la libertad de ser.

Pero este encuentro se vuelve imposible cuando la escucha se somete a la lógica de la normalización. Cuando diagnosticamos para corregir, ajustar, silenciar lo que escapa a la norma, perdemos la oportunidad de aprender de la diferencia. El diagnóstico, entonces, enferma no solo al otro, sino también el vínculo y la posibilidad de cuidado. El lenguaje que podría sostener se convierte en un lenguaje que separa. Y lo que podría ser una alianza se convierte en un obstáculo.

Por otro lado, cuando el diagnóstico se aborda con cuidado y apertura, puede dar nombre a experiencias que, durante mucho tiempo, no pudieron expresarse. Puede organizar el sufrimiento, dándole sentido y legitimidad. Puede permitir que la persona comprenda que lo que siente no es un fracaso, una desviación ni una insuficiencia, sino una forma legítima de estar en el mundo. Puede conectar la subjetividad con la ciudadanía, con el derecho a existir con dignidad.

Estas reflexiones no pretenden ofrecer verdades definitivas. Son invitaciones. Invitaciones a la escucha ética, a criticar las normatividades, a construir políticas de pertenencia y a actualizar constantemente el cuidado. Que diagnostiquemos no para adaptar, sino para comprender. Cuidemos no para corregir, sino para apoyar. Escuchemos no para clasificar, sino para reconocer. Y que el diagnóstico, entre la escucha y la atención, sea más un puente que un muro, más un gesto de encuentro que un instrumento de control.

REFERENCIAS

1. Maturana HR, Varela FJ. *A árvore do conhecimento: As bases biológicas da compreensão humana*. 9. ed. São Paulo: Palas Athena; 2011.
2. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2024.
3. Laplantine F. *Antropologia da doença*. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
4. Laplantine F. *Aprender Etnopsiquiatria*. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
5. Goffman, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2022.
6. Rogers CR. *Tornar-se pessoa*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
7. Rogers CR. *Um jeito de ser*. São Paulo: E.P.U., 2014.
8. Rogers CR. *Liberdade para aprender*. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros; 1973.
9. Rogers CR, Stevens B. *De pessoa para pessoa: O problema de ser humano, uma nova tendência na psicologia*. São Paulo: Pioneira; 1977.
10. Rogers CR, Rosenberg RL. *A pessoa como centro*. São Paulo: E.P.U.; 2012.
11. Rogers CR, Wood JK, O'Hara MM, Fonseca AHL. *Em busca de vida: Da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa*. 2^a ed. São Paulo: Summus; 1983.
12. Gendlin ET. *Psicoterapia orientada à Focalização*. São Paulo: Paulus; 2024.
13. Spink MJP. *Psicologia Social e Saúde*. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.