



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Entre el síntoma y el trastorno:
una lectura psicoanalítica de los modos de concebir el malestar
contemporáneo**

Trabajo Final de Grado

Monografía

Estudiante: Catalina Casas Castro

Tutora: Prof. Adj. Mag. Amparo Bazterrica

Revisora: Prof. Adj. Mag. Paula Achard Brito del Pino

Montevideo, Uruguay

Octubre, 2025

Tabla de contenido

Resumen.....	3
Introducción.....	4
1. El síntoma en psicoanálisis: fundamentos y transformaciones.....	5
Síntoma Freudiano.....	6
Consideraciones Previas.....	6
Construcción Del Síntoma.....	7
Síntoma Lacaniano.....	11
Consideraciones previas.....	11
El Síntoma.....	13
2. Trastorno Mental.....	15
Manuales diagnósticos: DSM-5 y CIE-11.....	15
La expansión del discurso psiquiátrico.....	16
La pérdida de la dimensión subjetiva.....	18
3. Malestar contemporáneo.....	22
Época: neoliberalismo y subjetividad.....	23
Síntomas contemporáneos.....	26
Entre la cura y la escucha.....	28
Conclusión.....	30
Referencias bibliográficas.....	33

*El psicoanálisis se ocupa de cosas simples, muy simples,
que son también inmensamente complejas.*

*Se ocupa del amor y del odio, del deseo y de la ley,
del sufrimiento y del placer, de nuestras palabras,
de nuestros actos, de nuestros sueños y fantasmas.*

*El psicoanálisis se ocupa de cosas simples y complejas,
pero eternamente actuales.*

-“Si, el psicoanálisis cura”, J.D Nasio, 2017

Resumen

La presente monografía se enmarca en el contexto del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). El trabajo pretende analizar el desplazamiento conceptual del síntoma —tal como es entendido por el psicoanálisis— hacia la noción de trastorno propuesta por los modelos diagnósticos contemporáneos (DSM-V y CIE-11). A partir de un recorrido teórico, se analiza el modo en que esta transformación implica no solo un cambio de vocabulario, sino también una modificación profunda en las formas de entender el sufrimiento psíquico, los tiempos de la cura, el lugar del sujeto y los modos de intervención clínica. Frente a esta tendencia, el psicoanálisis se propone como una lectura crítica y una práctica que rescata la singularidad del síntoma y su valor de verdad.

Palabras claves: síntoma, trastorno mental, psicoanálisis, malestar contemporáneo, neoliberalismo, subjetividad.

Introducción

Enmarcado en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología vigente desde el año 2013, el presente Trabajo Final de Grado, en formato monografía, pretende abordar el desplazamiento conceptual del síntoma psicoanalítico hacia la noción de trastorno mental de los modelos diagnósticos contemporáneos, examinando sus implicancias clínicas, éticas y subjetivas.

El interés que motiva esta tesis surge de mi compromiso a sostener la singularidad y el sentido dentro de una disciplina que, en la actualidad, se ve continuamente tensionada por discursos que privilegian la objetivación, la cuantificación y la estandarización del sufrimiento psíquico. En una época que exalta la rapidez, la eficiencia y la productividad, el psicoanálisis se erige como una práctica que propone la pausa: una apuesta por la escucha y la complejidad allí donde predominan las soluciones inmediatas y las respuestas universales. ¿Qué se pierde cuando el síntoma se transforma en trastorno?

Este desplazamiento no constituye únicamente un cambio de lenguaje, sino una transformación profunda en las formas de concebir el malestar psíquico, los modos de intervención y las concepciones de cura. La medicalización de la vida psíquica, la estandarización de los tratamientos y la creciente demanda de eficacia tienden a reducir el síntoma a un conjunto de signos clínicos, despojándolo de su dimensión simbólica e inconsciente. Frente a esta tendencia, el psicoanálisis ofrece una lectura crítica y una posición ética que restituye al sujeto al centro de la escena clínica, entendiendo el síntoma no como un trastorno a eliminar, sino como un mensaje cifrado que porta un sentido.

El presente trabajo se organiza en tres ejes principales. En primer lugar, se desarrollan los fundamentos teóricos del concepto de síntoma en psicoanálisis, a partir de las elaboraciones freudianas y lacanianas. En segundo lugar, se analiza la noción de trastorno mental desde los manuales diagnósticos contemporáneos —particularmente el DSM-V y la

CIE 11— y se examinan las implicancias éticas y clínicas de la expansión del discurso psiquiátrico, y las consecuencias de la misma. Finalmente, se reflexiona sobre las manifestaciones del malestar contemporáneo del siglo XXI y las nuevas configuraciones del síntoma en nuestra época, interrogando el lugar que ocupa la escucha analítica frente a la lógica de la adaptación y la eficiencia.

A través de este recorrido, se busca sostener la vigencia del psicoanálisis como actor fundamental en lectura crítica del malestar contemporáneo y la apuesta ética por la palabra.

1. El síntoma en psicoanálisis: fundamentos y transformaciones

La psicología clínica se encuentra estrechamente vinculada al ámbito médico, en la medida en que el término “clínico” remite al ejercicio de la medicina. Por esta razón, al abordar el concepto de síntoma en psicoanálisis resulta necesario, en primer lugar, diferenciarlo de aquello que habitualmente se entiende por síntoma en el campo médico.

Etimológicamente, la palabra síntoma “proviene del latín *symptoma*: indicio de que algo está ocurriendo o va a ocurrir; término que revela la existencia de una enfermedad” (Baumgart, 1999, p. 32). Desde la perspectiva médica —y, en consecuencia, de la psiquiatría—, “síntoma y signo no son muy diferentes: se suele considerar síntoma aquello que el paciente transmite como su padecer; y signo, aquello que el médico reconoce” (Baumgart, 1999, p. 32).

Desde este marco, los síntomas son concebidos como signos clínicos que se integran en categorías diagnósticas específicas. Dichas categorías permiten orientar la intervención terapéutica, cuyo objetivo principal es la erradicación de la enfermedad, mediante recursos farmacológicos y tratamientos de base empírica.

En contraste con esta perspectiva médica, el psicoanálisis propone una lectura diferente: entiende al síntoma como una formación que no se agota en la descripción clínica,

sino que se inscribe en el entramado de la experiencia subjetiva, situando al síntoma en un registro más amplio, en relación con la historia del paciente como expresión de la singularidad del mismo.

De esta forma, al decir de Leivi (2001) “el mismo síntoma, sometido ya sea a la mirada médica, ya sea a la escucha analítica, no es el mismo síntoma” (p. 343). A partir de esta diferenciación, el psicoanálisis se presenta como un campo que resignifica profundamente la noción de síntoma, y será precisamente esta resignificación la que me propongo abordar en las siguientes páginas.

Síntoma Freudiano

Consideraciones Previas

El concepto de síntoma es el resultado de un extenso recorrido de trabajo, estudio y experiencia clínica, a través del cual Freud fue construyendo no solo esta noción —central en su obra—, sino también las fundamentaciones teóricas y técnicas que conforman lo que hoy conocemos como psicoanálisis.

A lo largo de este trayecto, el concepto fue creciendo y transformándose junto al propio desarrollo del psicoanálisis, encontrándose entramado dentro de conceptos más amplios que me veo en la necesidad de desarrollar con anterioridad para un correcto entendimiento del mismo.

La premisa básica bajo la cual nace el psicoanálisis es la división de lo psíquico entre consciente e inconsciente. Esta teoría introdujo una nueva forma de pensar el comportamiento humano y el malestar, desplazando a la conciencia como objeto central de estudio de la psicología. El psicoanálisis, según Freud (1923), “no puede situar en la conciencia la esencia de lo psíquico, sino que se ve obligado a considerar la conciencia como una cualidad de lo psíquico que puede añadirse a otras cualidades o faltar” (p. 15).

De esta manera, la perspectiva psicoanalítica sostuvo la teoría de lo inconsciente como base universal de la vida anímica, “siendo este un círculo más vasto, que incluye en sí al círculo más pequeño de lo conciente” (Freud, 1900, p. 598) y donde todo lo que irrumpe en la consciencia “tiene una etapa previa inconciente, mientras que lo inconciente puede persistir en esa etapa y, no obstante, reclamar para sí el valor íntegro de una operación psíquica” (Freud, 1900, p. 598). Por tanto, hay procesos psíquicos ocurriendo sin que irrumpen en la consciencia y sin que el sujeto tome noticia de ellos.

De esta manera, el inconsciente se establece como un sistema con leyes propias que “se distinguen en amplia medida de las que rigen a la actividad conciente” (Freud, 1912, p. 277), y que contiene representaciones que pueden “avanzar desarrollándose hasta la consciencia” (p. 275) en forma de lapsus, errores de memoria o de lenguaje, sueños o síntomas.

Construcción Del Síntoma

En 1895, Freud coescribe junto a Breuer *Estudios sobre la histeria*, obra en la que comienza a delinear la concepción del síntoma como una representación patógena, olvidada y apartada de la consciencia. Esta representación, de carácter generalmente penoso, resulta tan inconciliable para el sujeto que este prefería olvidarla. En ese proceso, se desencadena una fuerza de repulsión cuya función es defender al yo frente a dicha vivencia desagradable. Esta fuerza triunfa al expulsarla de la consciencia y de la memoria, impidiendo su retorno y dando lugar a la génesis del síntoma.

En relación a la formación del mismo, Freud (1895) sostiene que muy a menudo, el síntoma responde a un determinismo múltiple. Se organiza en torno a un núcleo patógeno, en cuyo centro se hallan los recuerdos primarios de las vivencias que culminaron en la formación de la idea patógena o del hecho traumático. Alrededor de este núcleo se

estratifican, de manera concéntrica, pensamientos de la misma índole, configurando diversas “capas” que el analista debe ir develando para acceder a la génesis del síntoma.

Durante este tiempo, Freud (1895) alude al síntoma como resultado de un hecho traumático que no logra ser tramitado correctamente por el sujeto, afirmando, que al tratarse de procesos inconscientes, el sentido del síntoma permanece desconocido para el enfermo, pero que bajo diversas condiciones favorables pueden hacerse conscientes. Siendo este devenir consciente, el objetivo del tratamiento y la condición bajo la que desaparecerán los síntomas.

Estos se convierten entonces, en una máscara cuya verdadera identidad se esconde bajo la misma. A simple vista, quizás el síntoma se nos parezca a una acción sin sentido, difícil de entender para el otro que mira. Sin embargo, detrás del síntoma hay un sentido, una razón de ser que tiene nexo con la vida del sujeto, con su vivenciar. Al decir de Freud (1917):

Los síntomas son actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan y, además, en el que se necesita para combatirlos. (p. 326)

Por tanto, la tarea que se le plantea al analista “no es otra que esta: para una idea sin sentido y una acción carente de fin, descubrir aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un fin” (Freud, 1917, p. 247). Es decir, la tarea del analista consiste en reconstruir el nexo entre aquel suceso del pasado y el accionar patógeno del presente.

Sin embargo, en el recorrido para acceder a la génesis del síntoma, el analista se verá enfrentado a diversos obstáculos, siendo el primero de ellos, el desconocimiento o el olvido que mencionamos anteriormente por parte del enfermo respecto a los motivos de su malestar. Luego, “cuando emprendemos el restablecimiento de un enfermo para liberarlo de sus

síntomas patológicos, él nos opone una fuerte, una tenaz resistencia, que se mantiene durante todo el tratamiento” (Freud, 1917, p. 262).

Respecto a esto, Freud (1917) plantea que en el curso del tratamiento, estas resistencias, aumentarán de intensidad conforme nos acerquemos cada vez más a nuestro objetivo y se irán desbaratando conforme nos alejemos. Este descubrimiento llevará al autor a concluir que “estas fuerzas poderosas que se oponen a un cambio de estado; tienen que ser las mismas que en su tiempo lo impusieron” (p. 268). Es decir, estas mismas fuerzas son las que en un primer momento estorbaron el proceso anímico, evitando que fuera llevado a su fin normalmente (truncando que pudiera devenir consciente) dando origen al síntoma.

En su *19ª Conferencia de introducción al psicoanálisis: Resistencia y Represión* (1917) Freud va a designar finalmente al síntoma como “un sustituto de algo que fue estorbado por la represión” (p. 272), el proceso patógeno que revela la resistencia y que es, según el autor, la condición previa para la formación del síntoma.

Para ampliar su teoría y tomando como referencia diversos casos clínicos, añade una característica más a esta función sustitutiva del síntoma: la satisfacción de deseos sexuales o la defensa hacia ellos (Freud, 1917). Esta bilateralidad del síntoma, nace de la interferencia de dos aspiraciones opuestas, de un conflicto entre las pulsiones yoicas y las pulsiones sexuales. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; “se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente; está sostenido desde ambos lados” (Freud, 1917, p. 326).

“Así, el síntoma se engendra como un retoño del cumplimiento del deseo libidinoso inconsciente, desfigurado de manera múltiple; es una ambigüedad escogida ingeniosamente, provista de dos significados que se contradicen por completo entre sí” (Freud, 1917, p. 328). Según el autor (1917), esta satisfacción repite alguna modalidad de satisfacción ligada a estadios anteriores, como puede ser la temprana infancia, donde la libido quedó fijada.

Para estos momentos, también nos va a develar que las escenas bajo las cuales se configuran los síntomas, pueden haber sido reales, como también pueden haber sido producto de la fantasía, y lo más común: una mezcla de ambas. Dirá entonces que lo determinante no es la realidad material, sino la realidad psíquica (Freud, 1917).

Ya para el año 1925, en *Inhibición, Síntoma y Angustia*, Freud definirá al síntoma como un “indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada” (p. 87), develando que lo que se esconde detrás del síntoma, es un deseo. Este, según Lacan (1999) es el descubrimiento freudiano esencial respecto a los síntomas. “Sean cuales sean, trátase de síntomas patológicos o de lo que él interpreta en lo que hasta entonces se presentaba como más o menos reducible a la vida normal, a saber, el sueño, por ejemplo, es siempre un deseo” (p. 328).

En este sentido, Freud (1925) explica que cuando una moción pulsional se presenta como inaceptable para el yo, el displacer y la angustia que genera funcionan como señal que desencadena la represión, con el fin de mantener dicho deseo apartado de la conciencia. Es decir, la angustia, que es esencialmente un apronte para el peligro, crea a la represión con el objetivo de defender al yo frente a sensaciones de malestar y sufrimiento.

En conclusión, los síntomas se presentan como un intento de huida del yo frente a la angustia causada por una pulsión desagradable y al mismo tiempo como la huella de un deseo que busca abrirse paso más allá de la represión. Son el resultado de un conflicto entre fuerzas inconscientes. Como portador de sentido, el síntoma no debe desaparecer sin antes haber entregado su mensaje cifrado (Leivi, 2001, p. 344).

Ello implica, según Leivi (2001):

que el síntoma suponga un cierto sufrimiento (...); que sea el propio sujeto quien lo padezca (...); que ese sufrimiento lleve a una cierta interrogación y no meramente a querer librarse de él (...); que esa interrogación pueda dirigirse a una escucha

analítica, que tal escucha pueda ser encontrada, y que pueda abrirse un tiempo, tiempo para analizar, cuya duración es difícil anticipar pero que nunca es instantáneo. (p. 345)

Síntoma Lacaniano

Tras realizar el recorrido por la elaboración freudiana del síntoma -que nos permitió situar los fundamentos de su estatuto en el psicoanálisis- resulta necesario examinar las reformulaciones y desplazamientos que introduce Lacan, cuyas contribuciones abren nuevas dimensiones para su comprensión y tratamiento.

Consideraciones previas

El psicoanálisis lacaniano, al igual que el freudiano, se funda en la distinción entre procesos conscientes e inconscientes, otorgando un interés particular a los últimos. No obstante, la concepción que Lacan desarrolla del inconsciente es visiblemente distinta de la formulada por Freud, lo que implica también una relectura de los procesos que de él se derivan.

Mientras que para Freud el inconsciente constituye un sistema dinámico en el que se alojan contenidos reprimidos, Lacan, retomando los aportes de la lingüística, elabora un modelo de inconsciente espontáneo, automático y pre-subjetivo, sosteniendo que el mismo “está estructurado como un lenguaje” (Lacan, 1987, p. 28).

En su *Seminario II*, Lacan (1987) sostiene que antes de toda experiencia humana “la naturaleza proporciona significantes –para llamarlos por su nombre–, y estos significantes organizan de manera inaugural las relaciones humanas, dan las estructuras de estas relaciones y las modelan” (p. 28). Es decir, el significante antecede el sujeto: incluso antes del nacimiento ya estamos inscriptos en una red de significantes que nos constituye como objetos del lenguaje.

Según Evans (1997), Lacan toma el término “significante” de Saussure, quien lo define como el “elemento fonológico del signo; no el sonido en sí, sino la imagen mental de ese sonido” (p. 177). Sin embargo, Lacan (1987) reformula esta concepción al sostener que un significante no remite a un significado, sino únicamente a otro significante. En esta línea, Nasio (2004) explica: “un significante está desprovisto de sentido, no significa nada y por lo tanto no entra en la alternativa de ser explicable o inexplicable. El significante es, sí, a condición de permanecer ligado a un conjunto de otros significantes” (p. 23).

Este concepto atraviesa y organiza toda la obra de Lacan, en tanto “los efectos del significante sobre el sujeto constituyen el inconsciente, y por lo tanto constituyen también la totalidad del campo del psicoanálisis” (Evans, 1997, p. 177). El inconsciente, entonces, será un juego combinatorio de significantes que operan de forma automática, espontánea, sin depender de ningún sujeto.

Como plantea Evans (1997), “el inconsciente no es interior; por el contrario, puesto que la palabra y el lenguaje son fenómenos intersubjetivos, el inconsciente es “transindividual”; por así decirlo, el inconsciente está fuera” (p. 111). Al estar inscripto en el orden de lo simbólico, comparte con él su carácter de exterioridad respecto al sujeto. En esta misma línea, Nasio (2004) define al inconsciente como “un saber que el sujeto porta pero que ignora” (p. 27), es decir, un saber estructurado que se exterioriza de manera constante a través de “actos, acontecimientos o palabras que reúnen las condiciones que definen a un significante” (p. 28). En consonancia, Evans (1997) destaca que “el significante es lo reprimido y lo que retorna en las formaciones del inconsciente (síntomas, chistes, parapraxias, sueños, etcétera)” (p. 111).

Desde esta perspectiva, el síntoma puede entenderse como una de las manifestaciones privilegiadas del inconsciente, en tanto se constituye precisamente a partir del retorno de lo reprimido en forma de significante. Esto permite ubicar la definición lacaniana del síntoma

como aquello que, más allá de su apariencia paradójica, se presenta siempre como una formación del inconsciente, en forma de mensaje enmascarado.

El Síntoma

En la *Clase 18* de su *Seminario 5*, Lacan define al síntoma “en su sentido más general, tanto al síntoma mórbido como al sueño o a cualquier cosa analizable. Lo que llamo síntoma, es lo que es analizable. El síntoma se presenta bajo una máscara, se presenta bajo una forma paradójica” (Lacan, 1999, p. 332). Retomando a Freud, sostiene que aquello que se encuentra bajo la máscara del síntoma, es el deseo: “digamos que el sujeto se interesa, que está implicado en la situación de deseo, y es esto esencialmente lo que está representado por un síntoma” (Lacan, 1999, p. 334).

Para Lacan, el deseo es, en sí mismo, el interés del neurótico. Aquello que se desea no es un objeto específico o una situación específica, tal como lo planteaba Freud al interpretar casos tan famosos como el de Elizabeth Von R o el caso Dora. La clave no es que se desee algo, sino el hecho de que exista un deseo. “Es un interés del sujeto por la situación misma, es decir, por la relación de deseo. (...) El síntoma va, pues, en el sentido del reconocimiento del deseo” (Lacan, 1999, p. 334).

En este sentido, según Lacan (1999), el deseo no remite a un objeto, sino a una falta: “el deseo es deseo de aquella falta que, en el Otro, designa otro deseo” (p.337), es decir que si existe un Otro que desea, necesariamente existe también una falta. Evans (1997) adhiere y agrega: “el deseo no es una relación con un objeto, sino la relación con una falta” (p.68). Al existir una falta en el Otro, existe también la posibilidad para el sujeto de ser él quien pueda ocupar ese lugar, y por ende, de ser reconocido, ya que “el deseo del hombre es el deseo del Otro” (Lacan, 1977, p. 243).

Desde esta lógica, lo importante no es el deseo sino el trasfondo de la demanda que está implicada en la situación de deseo. “El deseo se articula necesariamente en la demanda,

porque sólo podemos entrar en contacto con él a través de alguna demanda” (Lacan, 1999, p. 338). El Otro desea y por tanto existe una demanda que puede ser respondida.

Ahora bien, Lacan (1999) dirá que “la demanda está vinculada ante todo con algo que está en las propias premisas del lenguaje, a saber, la existencia de una llamada” (p. 338). Es precisamente este llamado el que percibe el neurótico frente al deseo del Otro, y por el cual responde. De esta manera, allí donde se inscribe la pregunta por el deseo del Otro, se constituye el síntoma.

Nasio (2004) lo expresa con claridad al definir el síntoma como “un malestar que se nos impone, más allá de nosotros, y nos interpela. Un malestar que describimos con palabras singulares y con metáforas inesperadas.” (p.17). Se trata de “un acto involuntario, producido más allá de toda intencionalidad y de todo saber consciente” (p.17), que no remite tanto a un estado de enfermedad sino a una manifestación inconsciente. Así, a pesar de su carácter doloroso, el síntoma se presenta como una oportunidad: “un sufrimiento interrogante y, en el límite, pertinente. Pertinente como un mensaje que nos enseña hechos ignorados de nuestra historia, nos dice lo que hasta ese momento no sabíamos” (Nasio, 2004, p. 26).

En esta misma línea, Miller (2004) sostiene en su conferencia *Una fantasía* que, en el psicoanálisis, el síntoma tiene valor de verdad: representa la verdad siempre bajo una máscara y requiere un tiempo de lectura para ser comprendido como verdad. Por ello, “la originalidad de Lacan reside en que entiende los síntomas neuróticos en términos lingüísticos: El síntoma se resuelve enteramente en un análisis del lenguaje, porque el síntoma está en sí mismo estructurado como un lenguaje” (Evans, 1997, p. 182).

En suma, el síntoma lacaniano se presenta ante nosotros bajo una apariencia paradójica y dolorosa que porta un saber que interpela al sujeto y lo confronta con su verdad inconsciente. Desde esta perspectiva, su eliminación no constituye la meta del análisis, sino

su lectura; descifrar el sentido que porta y devolverle al sujeto la posibilidad de decir algo de su deseo.

2. Trastorno Mental

En contraposición a las concepciones psicoanalíticas del síntoma desarrolladas en el capítulo anterior, la perspectiva médica redefine este concepto bajo la noción de trastorno, entendiendo a este mismo como un conjunto de síntomas y signos que pueden ser objetivados y clasificados.

Es esta redefinición -junto a sus implicancias clínicas, éticas y epistemológicas- la que me propongo abordar en el presente capítulo.

Manuales diagnósticos: DSM-5 y CIE-11

El término *trastorno mental* surge dentro de un marco biomédico, bajo la necesidad de clasificar, describir y delimitar aquellas manifestaciones del sufrimiento psíquico que se desvían de lo esperado en una determinada época y cultura. A diferencia de la noción de síntoma en psicoanálisis, que se inscribe en la singularidad del sujeto y su historia, el concepto de trastorno se ubica en un registro estandarizado, normativo y universalizante.

Los manuales diagnósticos, como el DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría o la CIE de la Organización Mundial de la Salud, constituyen la referencia principal en la definición de los trastornos mentales. Allí, el malestar subjetivo se traduce en criterios observables y cuantificables, organizados en categorías y subcategorías que permiten establecer diagnósticos comparables, con el objetivo de facilitar intervenciones clínicas estandarizadas.

El DSM-5, publicado en el año 2013, define al trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (p. 20).

Según este manual, el trastorno mental debe ir asociado a una discapacidad o un estrés significativo que implique áreas como la laboral, social o cualquier actividad importante, más no constituyen un trastorno las respuestas culturalmente aceptadas ante el estrés o una pérdida, como puede ser la muerte de un ser querido. Los síntomas presentados deben mantenerse ininterrumpidos por cierto período de tiempo -que varía entre 2 semanas y 6 meses según el trastorno- en condiciones normales.

En esta misma línea, la *CIE-11* (2025), en su *Capítulo 6* dedicado a los *Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*, agrupa estas categorías y define a los trastornos mentales como:

Síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. (p. 414)

Tanto el *DSM-5* como la *CIE-11* buscan delimitar de manera objetiva y estandarizada aquello que se define como trastorno mental, entendido como un conjunto de signos o síntomas observables que producen perturbaciones o deterioro en el funcionamiento. Con un enfoque categorial y normativo, estos manuales procuran establecer un lenguaje común y protocolos de intervención consensuados para la práctica clínica en el ámbito psicológico y psiquiátrico.

La expansión del discurso psiquiátrico

Como mencioné en el apartado anterior, el concepto de trastorno mental se encuentra estrechamente vinculado al contexto histórico y cultural que lo rodea, puesto que, aquello que en una época es considerado un trastorno, puede dejar de serlo en otra. Esto responde, como

plantea Byung-Chul Han (2012), al hecho de que cada época posee sus propias enfermedades emblemáticas, las cuales son tanto expresión como producto de su tiempo. De igual manera, lo que englobamos bajo el concepto de trastorno mental, es también producto del recorrido y la evolución de la psiquiatría a través de las diversas épocas.

Según Sandra Caponi (2015) en su libro *Locos y degenerados*, un nuevo modo de entender las enfermedades mentales comienza a articularse a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Esto habilitó a que el saber psiquiátrico expandiera sus fronteras “más allá de lo estrictamente asilar hasta convertirse en una estrategia biopolítica encargada de "resolver" gran parte de los problemas sociales” (Vázquez, 2015, p. 461).

Las tesis defendidas por la psiquiatría clásica de fines del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, que consistían en estrategias disciplinarias aplicadas en el interior del asilo -lugar en el que alojaban sujetos irrecuperables- fueron redirigidas a la sociedad en su conjunto. De esta manera, el objetivo de la psiquiatría dejó de ser exclusivamente la cura para orientarse a la prevención.

“Se delinean, en ese momento, los contornos de una psiquiatría ampliada que permanece hasta hoy interesada en definir y clasificar las enfermedades del hombre normal” (Caponi, 2015, p. 1), con el objetivo de identificar y clasificar un conjunto cada vez mayor de sufrimientos y comportamientos cotidianos que permitirían anticipar el surgimiento de enfermedades mentales graves, y evitar así, el ingreso al asilo.

Cada desvío o anomalía comenzó a ser interpretado no sólo como un posible indicio de una futura enfermedad mental, sino también como un cuadro patológico en sí mismo, que debía ser identificado y tratado. De este modo, se multiplicó progresivamente el número de patologías mentales existentes. “Para cada desvío de comportamiento, para cada anomalía —insignificante o no—, será creado un nuevo cuadro patológico, será postulada una

etiología, un modo de intervención o terapéutica y un modo de anticipación o prevención” (Caponi, 2015, p. 136).

Según Caponi (2015), esta proliferación de diagnósticos psiquiátricos se legitima a partir de la publicación del tercer Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM III) en el año 1980, consiguiendo imponer una visión determinista, biologicista y neurológica de las enfermedades mentales. En esta misma línea, Vázquez (2015) aporta que la última edición del DSM publicada en el año 2013, incluye “300 tipos de diagnóstico, siendo el luto y la rebeldía caracterizados como nuevos disturbios emocionales. La rebeldía, especialmente adolescente, es denominada ahora como trastorno de oposición desafiante (p. 462)”.

En la actualidad, las promesas de localización cerebral de las enfermedades mentales, que han perseguido los psiquiatras desde la época de la psiquiatría clásica, junto al “acelerado desarrollo de los psicofármacos, la idea de que las enfermedades mentales son producidas por un "desequilibrio químico" en el cerebro; el avance de los estudios genéticos” (Vázquez, 2015, p. 460) y la aparición de aparatos de diagnóstico por imagen que permiten observar variaciones y cambios en el cerebro, produjo, según Vázquez (2015) el retorno de aquella psiquiatría ampliada del siglo XIX, reforzando de esta manera, el reduccionismo biológico sobre las enfermedades mentales.

A consecuencia de la expansión del discurso psiquiátrico, la psiquiatría amplió su campo hasta absorber manifestaciones cotidianas del malestar, desplazando la singularidad del síntoma por categorías generalizables: los trastornos. Por esta razón, resulta pertinente preguntarse qué pierde la práctica clínica cuando se orienta únicamente por manuales diagnósticos.

La pérdida de la dimensión subjetiva

Hornstein (2000) advierte que “la clínica ha sido psicopatologizada, cosificada” (p. 49), señalando así el modo en que la práctica clínica ha quedado subordinada a una lógica

clasificatoria y reductiva. Para el autor, “cosificar es otro de los modos del reduccionismo. Se cosifica cuando no se puede entender o cuando no se quiere entender” (p. 49). De allí su afirmación: “la clínica es más extensa que la psicopatología” (p. 49), invitando a recuperar la singularidad del sujeto frente al intento de traducir el malestar a una serie de categorías diagnósticas estandarizadas.

En la misma línea crítica, Caponi (2015) señala que la lista de patologías y trastornos se multiplica y se extiende a edades más tempranas, a diferentes momentos de la infancia, “sin hacer referencia en ningún caso a problemas familiares, violencia en la escuela, falta de motivación para el estudio, entre una multiplicidad de otras situaciones posibles” (p. 140). Esto descontextualiza el sufrimiento psíquico, descartando aquellos factores que pueden encontrarse detrás de ciertos comportamientos, convirtiendo “los sufrimientos individuales, la historia de vida de los sujetos, en marcadores que pueden ser medidos y definidos patológicamente” (Vázquez, 2015, p. 468).

En este proceso, como advierte Caponi (2015), no sólo intervienen los psiquiatras, sino también médicos, padres y maestros, aliados en la identificación temprana de patologías mentales leves. A estos actores podrían sumarse, además, ciertos discursos psicológicos que al seguir la lógica del discurso médico, contribuyen a reforzar la tendencia a patologizar el malestar subjetivo sin abordar verdaderamente las causas que subyacen.

Bajo la mirada del psicoanálisis, el concepto de trastorno mental no constituye una forma distinta de nombrar el sufrimiento, sino que representa una división: un residuo o la mera superficie. Miller (2004) lo define como “una escisión del ser del síntoma” (p. 11), es decir, una separación de lo real y el sentido que tuvo como consecuencia la pulverización del síntoma, proceso que puede observarse en la evolución de las sucesivas ediciones del DSM. En palabras del autor: “el síntoma de ahora en más está reducido al trastorno. Y el inglés dice

esto mejor cuando habla de disorder, palabra que toma su referencia al orden de lo real”

(Miller, 2004, p. 12).

Esta crítica ya había sido anticipada, en cierta medida, por Freud (1917), cuando en su conferencia *Psicoanálisis y psiquiatría* afirmaba que “el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: esta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella, su constitución a partir de los tejidos y de las células” (p. 233). Mientras la mirada médica se ocupa de diferenciar la normalidad de la patología, el psicoanálisis pone su foco en el sentido de aquella “enfermedad”. En esta misma línea Leivi (2001) sostiene que “la cuestión de la enfermedad o la normalidad no es en absoluto prioritaria” (p. 343) para el psicoanálisis.

Entonces, la crítica al concepto de trastorno mental -y a su uso y abuso- se fundamenta en que no existe un marcador biológico único que determine si alguien padece depresión o ansiedad, solo listas de síntomas y consensos que cambian con el tiempo. El DSM no descubre causas, solo patrones. Las etiquetas diagnósticas son descripciones, no explicaciones; sin embargo, al aplicarlas, corremos el riesgo de transformarlas en identidades que fijan al sujeto, limitando su singularidad y perpetuando su sufrimiento.

Como plantea Miller (2004), “el psicoanálisis apareció como una corrupción del saber científico. Porque el saber científico puede estar en lo real, pero para no decir nada” (p. 11). Desde esta perspectiva, la mirada médica aporta una relación con lo real, pero sin abrir espacio para el sentido; se detiene en la descripción de los fenómenos sin interrogar aquello que estos significan para el sujeto. Bafico (2019) plantea que “quizás la falta de pregunta del sujeto en la actualidad tenga que ver con la imposición del mercado: para todo un medicamento, un psicofármaco que solucione el problema” (p. 12).

Miller (2004), por su parte, extiende su crítica al propio campo de la psicología, al señalar que “es especialmente del lado de las terapias cognitivo-comportamentales que asistimos a un rechazo, a una refutación del síntoma” (p. 12). En la misma línea, Aflalo

(2002) sostiene que “en la era de las neurociencias, las terapias cognitivas se asocian ahora a los tratamientos medicamentosos y especialmente a los antidepresivos” (p. 5) considerando al síntoma “un comportamiento desadaptado” (p. 4). La adaptación y el retorno a un supuesto estado previo de normalidad parecen constituir la promesa fundamental de estas psicologías.

Así, las terapias cognitivo-comportamentales reproducen la perspectiva médica, cuyo horizonte, según Aflalo (2002), es “objetivar cada vez más el ser humano” (p. 4). Al inscribirse en una racionalidad tecnocientífica, entienden el síntoma como una disfunción del comportamiento o del pensamiento, algo cuantificable, clasificable y corregible. Esta operación epistemológica coincide con la lógica del DSM: sustituir al sujeto por un conjunto de criterios observables, desplazando lo singular por lo estadístico.

La pérdida de la dimensión subjetiva en el campo de la salud mental constituye una consecuencia directa de la hegemonía del discurso científico y técnico: “nombres gigantes, patologías generales que incluyen al sujeto en conjunto universal quitándole lo más importante: su singularidad” (Bafico, 2019, p. 13). Al reducir el síntoma a un trastorno, se anula su valor de verdad, se borra la historia del sujeto y se empobrece la posibilidad de interrogación sobre el sentido de su sufrimiento. Pareciera que estos rótulos clínicos -que agrupan un conjunto de síntomas y signos- lo dijeran todo.

Como plantea Bafico (2019), “la psiquiatría actual, impulsada por los DSM generalizan las manifestaciones clínicas hasta transformarlas en “trastornos mentales” dignos de ser medicados” (p. 13). Estas clasificaciones, concebidas inicialmente como categorías descriptivas, han pasado a funcionar como identidades. Los sujetos comienzan a pensarse y a nombrarse a partir de ellas, afirmando “ser” ansiosos, depresivos, entre otros. Al ubicarse en ese lugar de “ser algo”, se elimina el espacio para la pregunta por el “¿por qué?”, puesto que “ser algo” opera como una respuesta cerrada.

En esta línea, Hornstein (2000) plantea que “en toda práctica, el “cómo” se subordina al “para qué”, lo que conduce a reflexionar acerca de los ideales que están en juego” (p. 44) a la hora de enfrentarnos al malestar de otro sujeto. En otras palabras, la manera en que una disciplina interviene, depende del propósito que la orienta; propósito que se encuentra atravesado por la época y expresa su subjetividad.

3. Malestar contemporáneo

Lo expuesto en el capítulo anterior me permite desarrollar la temática que pretendo abordar aquí, ya que para pensar el síntoma resulta necesario situarlo en las coordenadas de la época que lo produce y lo sostiene. Como sentenció Lacan (2009): “mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época” (p. 308), puesto que “¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico?” (p. 308).

Hornstein (2006), en su libro *Las depresiones: afectos y humores del vivir*, anticipaba que las depresiones eran el flagelo de la época, ya que representaban el mayor riesgo sanitario después de las enfermedades cardíacas, si se consideraba la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad. El autor incluso llega a hablar de las depresiones como una epidemia, lectura que parece confirmarse en análisis más actuales.

En esta misma línea, Han (2012) plantea que desde un punto de vista patológico, el siglo XXI se caracteriza por enfermedades neuronales como “la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno límite de la personalidad (TLP) o el síndrome de desgaste ocupacional (SDO)” (p. 11); todas ellas marcadas por el exceso de positividad característico de la época.

Interrogar el malestar actual y sus formas implica también interrogar la época, sus imperativos y sus exigencias de adaptación. No es posible, por tanto, abordar el sufrimiento psíquico sin considerar los discursos, ideales y condiciones históricas que lo atraviesan.

Época: neoliberalismo y subjetividad

Considerando lo expuesto anteriormente, resulta imprescindible abordar el contexto histórico actual y considerar sus implicancias a nivel subjetivo, tanto en la constitución del sujeto como en las formas que adopta su malestar. En este sentido, como plantea Silvia Bleichmar (2009), la producción de subjetividad “es del orden político e histórico” (p. 33) y está ligada a los modos en que cada sociedad define las condiciones necesarias para que los sujetos puedan integrarse a su cultura. Por su parte, Ramírez Grajeda y Anzaldúa Arce (2014) destacan el papel activo del sujeto en la apropiación de dicha producción, al entenderla como un “proceso donde el sujeto se constituye y modela a sí mismo” (p. 172). Pensar el malestar contemporáneo exige, por tanto, considerar la época en la que se produce.

En este sentido, la sociedad disciplinaria descrita por Foucault dejó paso a una nueva configuración. Hace más de dos décadas, Zygmunt Bauman (2000), expresaba que “la “fluidez” o la “liquidez” son metáforas adecuadas para aprehender la naturaleza de la fase actual” (p. 8). Según el autor, “los fluidos no conservan fácilmente su forma (...) no se fijan al espacio ni se atan al tiempo” (p. 8), lo que constituye un reflejo de esta época caracterizada por el cambio constante, la inestabilidad y la falta de anclajes sólidos y duraderos. Este nuevo orden, caracterizado por la emancipación de la economía de sus límites éticos y políticos, “llegó a dominar la totalidad de la vida humana, volviendo irrelevante e inefectivo todo aspecto de la vida que no contribuyera a su incesante y continua reproducción” (p.10).

Por su parte, Byung-Chul Han (2012) traduce esa liquidez en autoexplotación y agotamiento subjetivo, afirmando que “se ha establecido desde hace tiempo otra

completamente diferente, a saber: una sociedad de gimnasios, torres de oficinas, bancos, aviones, grandes centros comerciales y laboratorios genéticos. (...) Una sociedad de rendimiento” (p. 25). En ella, los individuos son emprendedores de sí mismos, responsables de su bienestar, su rendimiento y su valor en el mercado social. Bauman (2000) resume esto con lucidez, al decir que “nos encontramos "a nuestra merced" -lo que significa que de allí en más ya no hubo otros límites para el progreso y el automejoramiento que los impuestos por la calidad de nuestros talentos heredados o adquiridos” (p.34).

En palabras de Han (2012), “el neoliberalismo es un sistema muy eficiente, incluso inteligente, para explotar la libertad” (p.7). Su eficiencia radica en que el sujeto sometido no percibe su sometimiento y se cree libre. Este sistema, teje con hilos invisibles, lejos de centrarse en lo biológico “descubre la psique como fuerza productiva” (p.23), orienta su explotación hacia el ámbito mental y emocional. De esta forma, “quien fracasa en la sociedad neoliberal del rendimiento se hace a sí mismo responsable y se avergüenza, en lugar de poner en duda a la sociedad o al sistema.” (Han, 2014, p. 10), convirtiendo esta aparente autonomía en una fuente de angustia.

La psique se convierte así en objeto de optimización: los seminarios y talleres de management personal e inteligencia emocional, así como las prácticas de coaching, prometen una mejora constante del rendimiento. De esta lógica deriva lo que Han (2012) denomina la *época del agotamiento*: “de ahí que enfermedades como la depresión y el síndrome de burnout acompañen a esta nueva época” (p. 27). Esta exigencia permanente de autorendimiento resulta destructiva y conduce al colapso psíquico. De esta manera, el sujeto se ve envuelto en un círculo vicioso de consumo y autoexigencia que lo agota y lo desborda.

En este contexto, la racionalidad comienza a ser percibida como un obstáculo. Las emociones, por el contrario, se convierten en un recurso explotable para incrementar la productividad y el rendimiento. “La economía neoliberal, que en pos del incremento de la

producción permanentemente destruye continuidad y construye inestabilidad, impulsa la emocionalización del proceso productivo” (Han, 2012, p. 39). La racionalidad, estable y duradera, carece de la velocidad que exige el mercado; las emociones, en cambio, fugaces y breves, se integran mejor a su lógica acelerada.

Luis Hornstein (2000) anticipaba esta dinámica al afirmar que “estábamos hartos de lo posible y pedimos lo imposible. Ya está aquí. Pero arrastra mucha incertidumbre” (p. 31). En un mundo que pondera el éxito, el rendimiento y la excelencia por encima de todas las cosas, “hay tensiones fuertes entre las metas y los logros” (p. 31). Como subraya Bauman (2000), “ser moderno terminó significando, como en la actualidad, ser incapaz de detenerse y menos aún de quedarse quieto. Nos movemos y estamos obligados a movernos (...) porque no existe posibilidad alguna de encontrar gratificación” (p. 34). El sujeto contemporáneo se ve exigido a triunfar en todos los ámbitos, incluso en las redes sociales, donde el éxito debe ser continuamente exhibido y validado.

Nos enfrentamos a una era digital marcada por la hiperconectividad y la transparencia. “La tecnología se instaló gracias a que fue impulsada por políticas de progreso y modernidad; y fue modificando la relación del sujeto con su entorno, con su tiempo, con sus necesidades” (Ramírez Grajeda & Anzaldúa Arce, 2014, p. 176). Bajo este marco, como advierte Han (2012), la lógica del dato reemplaza al sentido, lo importante ya no es comprender, sino medir y prever el comportamiento.

En ese sentido, Leivi (2001) se interroga sobre la pérdida de la dimensión subjetiva en el campo de la salud mental, preguntándose: “¿Tendría el psicoanálisis que salir a competir en el mercado de las respuestas?” (p. 349). El propio autor se responde afirmando que “la falta de disposición a desarrollar los interrogantes subjetivos es indudablemente problemática para el psicoanálisis, pero la renuncia a sostener la oferta de escucha en que el análisis consiste sería irremediable” (p. 349). De esta manera, el psicoanálisis busca restituir esta

dimensión perdida, ya que no busca suprimir el síntoma, sino escucharlo como vía de acceso a la verdad singular del sujeto.

Síntomas contemporáneos

De acuerdo con Leivi (2001), “el síntoma es absolutamente cambiante: cada época, cada sitio, cada sujeto, tendrá los suyos” (p. 348) y la tarea del psicoanálisis es “sostener el interrogante planteado por el síntoma en su singularidad” (p. 348). No obstante, el autor advierte que “tampoco el psicoanálisis está fuera de los discursos de su época: (...) sólo surgió en una determinada coyuntura histórica y no antes; y las posibilidades de la experiencia analítica también dependen de dichos discursos” (p. 348). Por esta razón, el psicoanálisis no puede dejar de interrogar sus propias prácticas, ya que también se encuentra atravesado por los discursos de la época.

Freud (1930) advertía que “el sufrimiento nos amenaza por tres lados: desde el propio cuerpo (...), del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos” (p. 16). El malestar en la cultura, estructural a la condición humana, adopta distintas formas según la época. Como señala Bafico (2019), “lo que sí depende de cada momento histórico es a través de qué síntomas se manifiesta el malestar, cuáles son los síntomas que cada época privilegia” (p. 69), ya que éstos “implican que esa época da preferencia a un tipo de satisfacción sustitutiva de la pulsión, en perjuicio de otra” (p. 70).

En una sociedad que, como sostiene Han (2012), se rige por “el esquema positivo del poder hacer” (p. 27), la prohibición es reemplazada por la exigencia de rendimiento, lo cual explica, como advierte Bafico (2019), que “las manifestaciones clínicas como la depresión, los trastornos de déficit atencional con hiperactividad, las patologías ligadas a la impulsividad o al acto, la ansiedad con su cara más visible llamada ataque de pánico” (p. 36) sean los motivos de consultas más frecuentes. El sujeto, en su intento de adecuarse a los ideales de

productividad y felicidad, sacrifica su singularidad y se aliena en la lógica de la eficiencia, donde el exceso y la inmediatez sustituyen al sentido.

De esta manera, los síntomas contemporáneos “tienen algo en común, y es que en general, el sujeto no se pregunta por lo que le pasa y el síntoma aparece más claramente del lado de un goce alejado de lo simbólico” (Bafico, 2019, p. 11). El goce, en términos lacanianos, expresa “la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma, o para decirlo en otras palabras, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción” (Evans, 1997, p. 103). Este alejamiento de lo simbólico encuentra su correlato en el modo en que el discurso capitalista organiza el lazo social.

Según Miller (2004), “el plus de gozar ha subido al lugar dominante” (p. 8) y el discurso capitalista hace un excelente trabajo leyendo las condiciones de goce del sujeto, produciendo objetos de consumo que apuntan al goce más que a la necesidad. Estos objetos pretenden colmar la falta estructural de cada sujeto, reforzando un circuito adictivo de consumo. El modo de gozar que la época promueve, adquiere así, un carácter adictivo: una satisfacción sin mediación simbólica, siempre insatisfecha y siempre renovada.

Para Miller (2004), “la dictadura del plus de gozar devasta la naturaleza, hace estallar el matrimonio, dispersa la familia y modifica los cuerpos” (p. 9). La palabra se sustituye por la satisfacción inmediata, y el sujeto, lejos de tramitar su malestar, queda capturado en una cadena de satisfacciones efímeras que perpetúan el vacío que intenta llenar. Este sufrimiento no logra ser puesto en palabras: falta un relato, una historia que permita al sujeto inscribir su conflictiva en el orden simbólico. El síntoma ya no habla, sino que actúa. La descarga reemplaza a la palabra. Lo que se repite en estos modos de sufrimiento no es el contenido del conflicto, sino la imposibilidad de simbolizarlo.

Freud (1930) señala que ante lo pesada que se presenta la vida, los sujetos recurren a calmantes para poder soportarla. Estos modos de sortear el sufrimiento los clasificaba en tres

categorías: “distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeñas nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella. Alguno cualquiera de estos remedios nos es indispensable” (p. 14).

El consumo problemático de drogas puede entenderse en esta línea. Si bien el uso de drogas es milenario, “la adicción, la drogodependencia, la toxicomanía, en tanto relación particular de consumo incontrolable de una persona con una o varias sustancias, tiene una historia bastante más corta” (Bafico, 2019, p. 64), emergiendo “en la época posmoderna, a partir de los años ochenta” (p. 68). Las toxicomanías constituyen, según Bafico (2019), un síntoma social que se desprende de la época actual en donde las sociedades se asocian con el desgano, “al desánimo que muestran los adolescentes y los jóvenes ante una vida que por momentos se vuelve absurda” (p. 71) y que promueve el consumo desenfrenado.

De este modo, los síntomas mencionados en este apartado, no pueden comprenderse de manera aislada ni reducirse a una causalidad clínica. Se trata de expresiones singulares del malestar, huellas de lo que no logra encauzarse por las vías del discurso, sujetos atrapados en un modo de gozar compulsivo. En cada uno de estos síntomas se juega algo del sujeto y de su tiempo, algo que desborda lo biológico y lo social, y que interpela a la clínica desde su imposibilidad de cerrarse a una sola respuesta. De aquí, el eterno interrogante: ¿hasta qué punto la cura implica erradicar el síntoma, y en qué medida consiste, más bien, en ofrecerle un lugar donde pueda ser escuchado?

Entre la cura y la escucha

Hornstein (2000) describe la palabra *cura* como una palabra “maldita” dentro del campo del psicoanálisis, ya que se asocia con una cosa de médicos “alimentados casi exclusivamente de textos importados” (p. 45). Según la Real Academia Española (s. f.), “curar” significa “hacer que un enfermo o lesionado, o una parte de su cuerpo enferma o dañada recupere la salud”. Sin embargo, la enfermedad psíquica no reviste las mismas

características que la enfermedad orgánica. La crítica al modelo médico “por su pretensión curativa, por su control ideológico y por su legitimación del orden instituido” (p. 45), llevó a que las intenciones del psicoanálisis de diferenciarse del modelo médico derivaran “en una actitud casi fóbica frente a la curación” (p. 45).

No obstante, para Hornstein (2000), “curar es, también, sanar las dolencias o pasiones del alma” (p. 45). En cada sesión el psicoanalista trabaja junto al analizado para que su historia pueda ser pensada, ya que “la cura consiste en cuestionar la clausura en la que estamos cautivos. (...) implica el advenimiento de lo nuevo” (p. 47). Así, el psicoanálisis no concibe la cura como la posibilidad de alcanzar un estado de bienestar inquebrantable ni pretende el retorno a un estado anterior, sabe que el sujeto “sólo puede persistir tornándose otro. Debe aceptar descubrirse distinto del que era y del que debe devenir”. (Hornstein, 2000, p. 46).

Por contraste, las psicoterapias, según Aflalo (2002), “plantean una escala del bien general” (p. 2), y “todas tienen al menos dos puntos en común: por una parte operan todas a partir de un sujeto unificado y por otra anuncian una promesa de felicidad concebida como una adaptación” (p. 3). En la era de las neurociencias, las terapias cognitivas se asocian “a los tratamientos medicamentosos y especialmente a los antidepresivos” como manera de continuar siendo eficaces. No obstante, la autora señala que “la eficacia de estas psicoterapias no debe ponerse en duda. Los dudosos son los criterios de curación: la desaparición del síntoma aislado es la regla” (p. 6), sin tener en cuenta lo que lo reemplaza: “ya sea la angustia reducida a la noción de variable fisiológica ya sea otro síntoma no previsto en el contrato terapéutico” (p. 6).

Siguiendo esta misma línea, Freud (1895) advertía que la cura no implica la extirpación de un elemento extraño, “sino en disolver la resistencia y así facilitar a la circulación el camino por un ámbito antes bloqueado” (p. 296), y de esta manera, posibilitar

la elaboración de aquello que quedó truncado. Hornstein (2018) retoma esta misma línea, y subraya que el analista trabaja mediante su disponibilidad afectiva y su escucha, que “en la clínica actual se le solicita mucho más: su potencialidad simbolizante” (p. 106). Para el autor, “no somos robots que tratamos a todos los pacientes iguales, ni un diagnóstico pone en marcha un programa específico”. La psicopatología sirve de herramienta, pero el diagnóstico no debe constituir el punto de partida, sino el de llegada.

De esta manera, “puede haber un desequilibrio neuroquímico, pero lo que siempre habrá será la acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, las condiciones históricos-sociales y las vivencias” (Hornstein, 2018, p. 116). El malestar psíquico, por tanto, no puede reducirse únicamente a lo biológico ni a una lista de síntomas y signos, al que bajo el nombre de trastorno, se le recetará un fármaco.

Como sostiene Bafico (2019), “no se trata de una postura contra la medicación, es claro que muchas veces es necesaria, cuando no imprescindible, la administración del fármaco. El problema es que corremos el riesgo de la cronificación de la medicación como respuesta” (p. 22). La cura no debería reducirse a un fármaco, por el contrario, debe abrir la posibilidad de simbolizar y reelaborar el malestar; poder expresarlo de una forma que duela menos y haga sentido para el sujeto.

Conclusión

En el recorrido de este trabajo he intentado desplegar una lectura crítica sobre el desplazamiento conceptual y clínico del síntoma hacia la noción de trastorno mental. A partir del análisis de diversos marcos teóricos y la incorporación de autores de variadas disciplinas, se ha intentado demostrar cómo este pasaje no implica únicamente un cambio de terminología, sino una transformación profunda en la comprensión del malestar, los modos de intervención y el lugar que ocupa el sujeto en la clínica actual.

En el primer eje, se abordó el concepto de síntoma en el psicoanálisis, desde su construcción freudiana hasta las reformulaciones lacanianas, destacando su carácter inconsciente y su valor de verdad. El síntoma, lejos de ser una alteración que deba suprimirse, se presenta como un mensaje cifrado, una vía privilegiada para acceder al deseo y a la historia del sujeto. Esta perspectiva permite situar la cura no como eliminación del malestar, sino como apertura a la posibilidad de lectura, interpretación y transformación, donde se privilegia el sentido y la singularidad.

En contraste, el segundo eje abordó la noción de trastorno mental retomando los manuales diagnósticos contemporáneos -el DSM-V y la CIE-11-, donde el sufrimiento psíquico se traduce en síntomas y signos, agrupados en categorías estandarizadas, cuantificables y descontextualizadas. Este modelo, sostenido por la racionalidad biomédica, ha sido fruto de la expansión del discurso psiquiátrico, contribuyendo a la medicalización de la vida cotidiana. Como consecuencia, se produjo una pérdida de la dimensión subjetiva del malestar: los síntomas se reducen a signos observables, y las singularidades del sujeto son absorbidas por la lógica de normalización que promueve la adaptación como forma de malestar.

El tercer eje permitió situar estas transformaciones en el marco del neoliberalismo y su modo particular de producción de subjetividad. En esta época caracterizada por la exigencia de felicidad y rendimiento, la hiperproductividad y la autoexplotación, el sufrimiento adopta formas como: la ansiedad, depresión, toxicomanías, entre otros. Estos síntomas contemporáneos dan cuenta de un malestar estructural, que no puede entenderse sin considerar las condiciones sociales e históricas que lo sostienen.

Allí, donde el discurso dominante exige eficiencia, éxito y velocidad, el psicoanálisis ofrece pausa y escucha restituyendo el lugar de la palabra frente al imperativo de rendimiento. Su aporte radica en la posibilidad de abrir un espacio para que el sujeto pueda

interrogar su malestar, en lugar de quedar subsumido en un diagnóstico que clausura la pregunta. El síntoma, cuando es escuchado, puede volverse motor de transformación: cuando es silenciado, se convierte en un sello identitario o en una patología crónica.

En este sentido, éticamente el psicoanálisis invita a resistir las lógicas de simplificación que dominan la práctica clínica actual. Propone sostener la complejidad del sufrimiento humano y reafirmar la singularidad como condición de toda intervención posible. Comprender los modos en que la época redefine las formas de malestar y los discursos que intentan capturarlo resulta fundamental para no perder de vista algo esencial: el sujeto.

En definitiva, este trabajo invita a continuar abriendo interrogantes sobre los modos en los que concebimos y abordamos el malestar contemporáneo. Pensar desde el psicoanálisis implica mantener viva la pregunta, resistir la homogeneización del sufrimiento y apostar, una vez más, por la palabra como vía privilegiada para la cura.

Al decir de Leivi (2001):

Sostener el espacio de escucha que el psicoanálisis establece, confrontar al sujeto con el sentido posible de su síntoma, hacerlo emerger en su palabra a través de la interpretación (...), siguen definiendo la función del psicoanálisis, que está lejos de haberse agotado. (p. 355)

La intención de este trabajo no ha sido oponer al psicoanálisis al avance de la ciencia, sino posicionarlo en otro registro: el del sentido.

Referencias bibliográficas

- Aflalo, A. (2002). *Las psicoterapias y el psicoanálisis*. Virtualia, 6, 2-9.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Bafico, J. (2019). *Vidas contemporáneas: lecturas psicoanalíticas sobre la clínica en la actualidad*. Ediciones de la Plaza.
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Baumgart, A. (1999). *Lecciones introductorias de psicopatología*.
<https://catedraedipica.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/07/1.-amalia-baumgart-lecciones-introductorias-de-psicopatologia.pdf>
- Bleichmar, S. (2009). *El desmantelamiento de la subjetividad: estallido del yo*. Topía.
- Caponi, S. (2015). *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Lugar Editorial.
- Evans, D. (1997). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Estudios sobre la histeria* [PDF].
<https://psicologiaen.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/06/volumen-2.pdf>
- Freud, S. (1900/1984). *La interpretación de los sueños (parte II) y Sobre el sueño (1900-1901)* (Obras completas, Vol. 5, trad. castellana). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912/1991). *Nota sobre el concepto de lo inconciente en psicoanálisis*. En *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente ("Caso Schreber"), Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913)* (Obras completas, Vol. 12, trad. castellana, pp. 255-268). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917/1991). *Lecciones introductorias al psicoanálisis* (Obras completas, Vol. 16, trad. castellana). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923/1992). *El yo y el ello* (Obras completas, Vol. 19, trad. castellana). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1926/1992). *Inhibición, síntoma y angustia* (Obras completas, Vol. 20, trad. castellana). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura* (trad. castellana). Biblioteca Libre Omegalfa.
<https://omegalfa.es/downloadfile.php?file=libros/el-malestar-en-la-cultura.pdf>
- Han, Byung-Chul. (2012). *La sociedad del cansancio* (trad. castellana). Herder.
- Han, Byung-Chul. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder.
- Hornstein, L. (2000). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis*. Paidós.
- Hornstein, L. (2006). *Las depresiones: afectos y humores del vivir*. Paidós.
- Hornstein, L. (2018). *Escucha y práctica analítica*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, (126), 106-121.
- Lacan, J. (1987). *Seminario II. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*.
- Lacan, J. (1999). *El seminario 5: Las formaciones del inconsciente 1957-1958*. In *El seminario 5: Las formaciones del inconsciente 1957-1958* (pp. 527-527).
- Lacan, J. (2009). *Escritos I* (Vol. 1). Siglo XXI.
- Leivi, B. Miguel. (2001). *El síntoma en la clínica analítica*. Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 23(2), 341-356.
- Miller, J.-A. (2004). *Una fantasía*.
<http://ccbcn.info/xv-conversacion/docs/biblio/Unafantasia.pdf>
- Nasio, J. D. (2004). *Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan*. Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a revisión (CIE-11)*. Ginebra: OMS. Licencia: CC BY-ND 3.0 IGO.
- Ramírez Grajeda, B., & Anzaldúa Arce, R. E. (2014). *Subjetividad y socialización en la era digital*. Argumentos: Estudios Críticos de la Sociedad, 27(76), 171-189.
- Real Academia Española. (s. f.). *curar*. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.).
<https://dle.rae.es/curar?m=form>

Vásquez, M. F. (2015). *La biopolítica de los sufrimientos psíquicos*.

<https://www.scielo.br/j/ss/a/rgVTvcP93ssdTkd3sqWcNG/?format=pdf&lang=es>