

Fenomenología de la depresión

por María Teresa Pereira Spilman

Síntoma y fenómeno

La fenomenología psiquiátrica —o sea, la descripción psicopatológica— se interesa por la clasificación de las *experiencias internas* de los pacientes en sus diversos modos de ser, más que en la observación de sus conductas o expresiones.

La psiquiatría fenomenológica dio sus primeros pasos con K. Jaspers y continuó con Mayer-Gross, Gruhle y Schneider, y debe distinguírsele del enfoque fenomenológico-antropológico de Husserl y Binswanger.

La distinción entre *síntoma* y *fenómeno* se remonta a la obra *Ser y tiempo* de Heidegger (1927), que ha tenido una gran trascendencia en el desarrollo de la psiquiatría antropológica-fenomenológica.

Los *síntomas* anuncian una perturbación que en sí misma no se muestra. El *fenómeno*, en cambio, es “lo que se muestra en sí” y comprende al mismo tiempo al síntoma que lo anuncia y a la perturbación que lo subyace.

La medicina somática se preocupa fundamentalmente del reconocimiento y manejo de los síntomas. Si se define *síntoma* como “el elemento visible de un complejo funcional” y se supone un conocimiento previo de las leyes que rigen las partes ocultas de esa totalidad patofisiológica que es la enfermedad, entonces es legítimo saltar de la manifestación externa o síntoma a la enfermedad como totalidad. Eso es el diagnóstico.

En psiquiatría, en cambio, todavía no se conocen totalmente el sustrato anatómico ni los mecanismos patogénicos de las enfermedades mentales. Los

La autora

Médica psiquiatra. Profesora adjunta de Psiquiatría en la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

actuales sistemas de clasificación diagnóstica se basan en adiciones de síntomas. Si bien son útiles y necesarios, no pueden abarcar la totalidad de los fenómenos, ni pretenden hacerlo.

Por ejemplo, según el DSM-IV los criterios diagnósticos para un *episodio depresivo mayor* son:

1. Como mínimo, cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante un período mínimo de dos semanas y presentan un cambio respecto a la conducta previa; uno de los síntomas debe ser: a) estado de ánimo deprimido, o b) pérdida de interés o de la capacidad para el placer:
 - a. estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o surge de la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable;
 - b. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás);
 - c. pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día;
 - d. insomnio o hipersomnia casi cada día;
 - e. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observables por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido);
 - f. fatiga o pérdida de energía casi cada día;
 - g. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo);
 - h. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena);
 - i. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
2. Los síntomas no cumplen los criterios para episodio mixto.
3. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
4. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

5. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido); persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Como se ve, el criterio actual se basa en una condición cronológica (dos semanas) y en la adición de por lo menos cinco síntomas de una lista de nueve. Se trata de una convención entre psiquiatras que posibilita el intercambio y la investigación.

Según este criterio actual, se ha abolido la distinción clásica entre depresiones endógenas y depresiones reactivas, que entendían a las primeras como aquellas más graves, con componente genético y sin una causa comprensible, y a las segundas como aquellas menos graves y más comprensibles en su causalidad.

¿Por qué se descartó esta distinción? Pensamos con otros autores que todas las depresiones son *endorreactivas*, es decir, tienen tanto componentes biológicos, orgánicos, de vulnerabilidad psicológica, como componentes vinculados a factores comprensibles (una causa, una etapa vital, etcétera).

La diferencia más importante entre un cuadro melancólico y otro estaría en su *intensidad*, y lo que aparece como fenómenos muy distintos —por ejemplo, una depresión vital simple y un estupor depresivo (el máximo grado de depresión caracterizado por una inhibición psicomotriz máxima)— sería fundamentalmente el mismo fenómeno, sólo que en grados diferentes.

Los manuales actuales definen un solo episodio depresivo pero de cuatro diferentes intensidades: leve, mediano, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos.

¿Cuál es el síntoma primordial de la depresión? Siguiendo la tradición y tomando como fundamental el ánimo depresivo, encontramos de inmediato el problema de la transición hacia la normalidad. No debemos confundir la enfermedad depresiva con problemas sentimentales, fracasos laborales o duelos normales. Sin embargo, y a la inversa, muchos episodios depresivos “enmascarados” no son diagnosticados, pues la consulta se hace a un médico internista que, al no encontrar un sustrato orgánico ni exámenes de laboratorio alterados, clasifica al trastorno como “funcional”, sin sospechar a veces el trasfondo depresivo.

La dificultad inherente al diagnóstico de depresión llevó muy temprano al intento de establecer algo así como un *síndrome depresivo nuclear*.

Así, Kraepelin consideraba que eran tres los síntomas fundamentales:

- distimia depresiva o ansiosa,

- dificultad para pensar, y
- dificultad para actuar.

Para Bleuler también eran tres y muy semejantes:

- distimia depresiva,
- inhibición del curso del pensar, e
- inhibición de las funciones centrífugas (aquellas que nos conectan con el medio ambiente).

Este tercer grupo de síntomas de Bleuler puede corresponder perfectamente a lo que Kraepelin llama *dificultad para actuar*, por cuanto son esas funciones centrífugas las que nos permiten realizar cualquier acción exitosa. Cabrá, sin embargo, plantearse si son tan inseparables la incapacidad o inhibición del pensar y del actuar.

Años después, Pfeiffer (1969) llevó a cabo una investigación empírica de corte transcultural entre Alemania e Indonesia, buscando ese mismo síndrome depresivo nuclear —es decir, aquello que no está determinado por la cultura o el tipo de civilización—. Según él, este síndrome estaría constituido sólo por tres fenómenos o grupos de síntomas:

- un compromiso del ánimo difícil de definir,
- la alteración de las funciones vegetativas como el sueño, el apetito y la libido, y
- diversas sensaciones corporales anormales, como dolores, parestesias y presiones.

Autores como Otto Dörr consideran interesantes estos resultados, sobre todo porque por primera vez aparecen las *alteraciones de los ritmos biológicos* como un grupo de síntomas independientes y básicos, pero estiman innecesario separar la distimia de las sensaciones corporales anormales. ¿Dónde poner el límite entre el decaimiento y el dolor de piernas o de espalda o entre la angustia como manifestación de la distimia y la opresión precordial?

Pero esta investigación es especialmente interesante por ser transcultural y arribar a un método único en psiquiatría, pues permite superar la tautología implícita en el hecho de tener que definir una depresión por el carácter depresivo de sus síntomas.

Además, confirma lo intuido por los autores clásicos, en el sentido de que la depresión no estaría constituida por una serie interminable de síntomas particulares inespecíficos, sino por algunos pocos fenómenos, complejos por cierto, pero perfectamente específicos y vinculados al proceso subyacente de manera esencial.

En 1971, Dörr realizó un estudio que intentó disminuir al máximo el pensa-

miento tautológico, investigando casos de depresión en los cuales estuviera presente el fenómeno *distímico* (único en el cual todos los autores están de acuerdo), una cierta gravedad (todos los pacientes estaban internados), pero también buena respuesta a la medicación antidepressiva.

Encontró tres tipos de síntomas:

- La distimia, que incluía lo que Pfeiffer designó como *sensaciones corporales anormales*, y que Dörr llamó *alteración del cuerpo vivido o del estar o hallarse*.
- El grupo de síntomas de la inhibición, no mencionado por Pfeiffer pero sí por Kraepelin y Bleuler, se le presentó como uno solo, sin la división planteada por estos dos últimos autores entre "incapacidad para pensar" e "incapacidad para actuar". A estos fenómenos los llamamos *alteración del cuerpo en acción o perceptivo-operante*.
- Por último, también se presentó en el 100% de los casos el segundo elemento encontrado por Pfeiffer y no mencionado por los autores clásicos, que es la alteración de los ritmos biológicos, que nosotros llamamos *alteración del cuerpo en el tiempo*.

Las ideas deliriosas depresivas, así como las ideas y actos suicidas, podían también ser consideradas fenómenos independientes, en el sentido de no reductibles a las anteriores, pero, dado que no se presentaban con la regularidad de los otros fenómenos, no debían ser catalogadas como fundamentales ni incluidas en el síndrome depresivo nuclear.

En 1983 Berner investigó lo que llamó el *síndrome axial depresivo-endomorfo*, que presentó de forma muy semejante al de Dörr.

Encontró dos fenómenos fundamentales:

- la alteración del cuerpo vivido y
- la alteración de los ritmos biológicos.

No consideró la inhibición como un grupo de síntomas independiente sino como parte del cambio del cuerpo vivido en el sentido de la pérdida del impulso vital o, como dijo Tellenbach, la *pérdida de la frescura vital*.

Quizás lo más importante de estas investigaciones es que la enfermedad depresiva va siendo concebida más y más desde la perspectiva corporal, como una profunda modificación de nuestro *cuerpo vivido*.

Ya no es la tristeza ni su causa lo que define lo depresivo, tampoco el pesimismo o las llamadas ideas deliriosas, ni menos aún el conflicto familiar o laboral que abruma, sino este cuerpo que nos porta y nos soporta, el cual se torna opaco, impidiendo la trascendencia hacia el mundo, hacia los otros y las cosas.

La expresión *cuerpo vivido*, que se opone al *cuerpo-objeto* o *cuerpo-cosa*,

no es nueva. Sartre y Merleau-Ponty hicieron aportes sustantivos a este cuerpo vivido, tan diferente del cuerpo-cosa del que se ocupa la medicina somática. La distinción de Gabriel Marcel entre *cuerpo que tengo* y *cuerpo que soy* aporta también a la polaridad antes aludida.

El idioma alemán tiene dos palabras diferentes para designar esta polaridad: *Korp* para el cuerpo que tengo o cuerpo-cosa y *Leib* para el cuerpo que soy o cuerpo vivido. Ortega y Gasset también había hecho una distinción entre *extracuerpo* e *intracuerpo*.

El primero es el cuerpo de la anatomía y la fisiología, el que se puede medir, examinar con aparatos e incluso operar con anestesia (vale decir, alejado de toda conciencia). El segundo, el cuerpo vivido, el intracuerpo de Ortega, el cuerpo que soy, no es un objeto entre los objetos, sino subjetividad encarnada, y su primera cualidad es su esencial referencia al mundo. Ser relativo al mundo significa ante todo tener un lugar en el mundo y manifestarse en él como cuerpo que mira y es mirado, que escucha y es escuchado, que toca y es tocado.

Esto es importante por cuanto los cuadros depresivos, a pesar de ser enfermedades psíquicas, se presentan en una forma fundamentalmente corporal.

Un paciente melancólico estuporoso permanece por lo general silencioso e inmóvil. Tiene la mirada opaca y sin brillo. No trasmite ningún mensaje. Su persistente silencio no se siente como un negarse al diálogo sino más bien como un no estar presente. En general permanece insensible a los intentos del entrevistador de aproximarse a él. El sentimiento de éste es una mezcla de desagrado y de ajenidad, una experiencia de vacío allí donde uno estaba preparado para encontrarse con una persona, con un ser vivo diferente y más o menos comunicativo, familiar, abierto, interesante o lo que sea.

Pero no hay aquí un ir y venir, no hay un intercambio, casi como si el deprimido tuviera un carácter de cosa puesta ahí. *Chrema*, dirían los griegos, que llamaban así a los objetos con los cuales se tiene solamente un trato utilitario.

No hay duda de que el cuerpo estuporoso y cremático de este paciente está más cerca del cuerpo que tengo que del cuerpo que soy. Precisamente, ha perdido su capacidad de abrirse al otro, de significar, de enfrentar; su mirada ha perdido no sólo su brillo sino que no le interesa conocer el mundo, proceso que Sartre definió tan claramente con las palabras "*connaître c'est manger des yeux*".

Pero este paciente estuporoso representa el final de un proceso que se anuncia ya en el leve decaimiento inicial, en síntomas vitales como opresión precordial, frío, pesadez de las extremidades, pero también en el hecho de que los deprimidos tienden a preocuparse excesivamente de su cuerpo.

El tercer grupo de síntomas, constituido por la alteración de los ritmos biológicos, no puede ser percibido en la intuición fenomenológica; pero, siendo un síntoma subjetivo, es al mismo tiempo fácil de objetivar: la disminución del sueño se puede medir, y lo mismo vale para la disminución del apetito o del

peso. Esta alteración de los ritmos también puede ser concebida como forma de manifestarse la cosificación o crematización que afecta a todo el ser del depresivo. La vida es movimiento desde el pasado hacia el futuro y ese movimiento se da en forma de ritmos que, al estar alterados, suspendidos o invertidos, muestran otra forma de expresarse: el proceso de crematización, por cuanto ello significa una pérdida de la consonancia con el mundo y de la condición temporal de la existencia.

En resumen, entonces, los síntomas más convenidos en un episodio depresivo serían:

- ánimo deprimido,
- lentitud o inhibición del pensar,
- lentitud de la voluntad o inhibición psicomotriz,
- desórdenes vitales,
- desórdenes vegetativos,
- ideas depresivas alucinatorias.

Ninguno de estos síntomas es *obligatorio*, es decir, no debe ser reconocido o estar presente en cada caso de depresión. Tampoco ninguno de ellos puede ser considerado, en forma aislada, específico de una depresión endógena.

Humor depresivo. El síndrome fundamental, el *ánimo depresivo sin motivos*, puede ofrecer todas las variaciones, desde la depresión a la tristeza profunda, unida a profundos sentimientos de insuficiencia y tendencia a la auto-desvalorización.

Si la depresión es severa, el propio estado parece desesperado, el futuro sin sentido y el suicidio la única salida. Si la depresión no es tan profunda, el paciente se puede quejar de la imposibilidad de ser satisfecho respecto a algo y del "sentimiento de carencia de sentimiento". Esto significa falta de amor, afecto, comprensión, interés por las personas o cosas. La depresión no mejora ni cambia en las circunstancias en que la tristeza psicorreactiva debería aliviarse o deteriorarse —por ejemplo, en compañía de amigos o escuchando buena o mala música.

Esta *ausencia de reactividad* es muy característica y contrasta con la precipitación del episodio depresivo debido a eventos de la vida, como ocurre a veces. El propio paciente puede referir que experimenta su depresión como diferente de la tristeza reactiva que ha experimentado en otros momentos de la vida.

La ansiedad es frecuente: el paciente se retuerce los dedos, camina de un lado para otro, mueve sus piernas. Existe falta de interés y de alegría.

Inhibición psicomotora y del pensamiento. La inhibición psicomotora y del pensamiento puede ser considerada como un componente parcial de la

inhibición general, que incluye todas las funciones psíquicas, especialmente el impulso, la iniciativa y el pensamiento.

Hay latencia en las respuestas; las personas se encuentran taciturnas, tanto que pueden llegar a confundirse con deteriorados intelectuales.

Síntomas básicos dinámicos y cognitivos. Un primer grupo de síntomas está constituido por quejas de cansancio y fatiga, pérdida de los afectos hacia otras personas, intolerancia psíquica especialmente referida a las nuevas e inesperadas situaciones de la vida diaria, incapacidad para concentrarse.

A un segundo grupo corresponden los desórdenes cognitivos, tanto en el área del pensamiento (impedimentos para pensar, dificultad en la expresión, en la iniciativa) como en la de la percepción. Con frecuencia el paciente necesita mucho tiempo para realizar tareas simples; le resulta muy costoso empezar, continuar o decidirse a realizar un trabajo.

Alucinación depresiva. Séglas caracterizó magistralmente esta clase de alucinaciones por los siguientes elementos:

- Presentan una tonalidad afectiva *penosa* y se mezclan con los sentimientos depresivos.
- Son *monótonas*: los enfermos repiten las mismas quejas, los mismos escrúpulos, las mismas ideas delirantes.
- Aunque ricas en emoción, son intelectualmente *pobres*, es decir que la idea delirante no se desarrolla a través de un conjunto de recuerdos o imágenes. Son más delirios afectivos que ideicos (Masselon).
- *Expresan la pasividad de los enfermos frente a su desgracia*: tienen miedo, están arrepentidos, inquietos, timoratos; muy raramente manifiestan una actitud de rebeldía o agresividad.
- *Son divergentes o centrifugas*, es decir, se extienden progresivamente al entorno o al ambiente: el sufrimiento, el miedo, el dolor del enfermo se prolongan y proyectan a su alrededor, en las personas y las cosas.
- *Son delirios del pasado* (lamentos, remordimientos) *o del futuro* (ansiedad, miedo, escrúpulos), pero el momento presente no les interesa.

Los temas delirantes de la melancolía pueden ser clasificados en varios grupos que expresan el delirio de autodepreciación del melancólico: ideas de indignidad, de culpabilidad, de expiación y de daño (complejo de depreciación moral).

En el *complejo de autodepreciación moral* (ideas de culpabilidad) el enfermo siente que no tiene derecho a la vida, al amor, a la felicidad. La idea de falta, de pecado, de tara, la expresan sea por un sentimiento de *humillación* (ideas de indignidad), sea por un sentimiento de *remordimiento* (ideas de culpabilidad, de

autoacusación). No cesan de acusarse, de castigarse por sus pretendidos crímenes. Este castigo les parece justo, pero al mismo tiempo lo temen. Muchas veces sus faltas no son más que pesadillas insignificantes, pero la conciencia melancólica las agranda hasta hacerlas "crímenes horribles".

El *complejo de frustración* (ideas de ruina y de duelo), por su parte, es menos una falta que una desgracia que se vive trágicamente: pérdida de bienes, de fortuna, de un ser querido, de un niño. Los enfermos se sienten solos, desnudos, desposeídos. La forma típica es una desgracia, una falta, un vacío (lo que los psicoanalistas llaman *pérdida de objeto*).

En el *complejo de depreciación somática* (ideas hipocondríacas de transformación y de negación corporal), los pacientes se quejan de no tener un cuerpo como todo el mundo. Su cuerpo ha sido degradado, viciado, vaciado. El melancólico realiza la experiencia delirante de la catástrofe somática. Este tema se continúa en el siguiente.

En el *complejo de depreciación psíquica y de despersonalización* (ideas de influencia, de dominio y de posesión), la pérdida de los atributos del poder psíquico se confunde más o menos con el sentimiento de alteración y degradación corporal del cual nombramos ya la temática hipocondríaca. Débiles, temblorosos, los hipocondríacos se sienten reducidos a nada, vacíos y vaciados. Incapaces de querer, de actuar, se creen influidos a veces, sometidos a las peores torturas. Pero el agente de esta acción nefasta y maléfica habita casi siempre su propio cuerpo (zoopátia); es un ser abyecto que provoca disgusto y en la intimidad de su persona se confunde con él mismo, ya que él se siente un demonio, un cerdo o un monstruo.

En el *complejo de auto y heteroagresividad* (ideas de persecución), la desgracia del melancólico tiene efectivamente su centro en su propia persona. Es inmanente a su cuerpo, a su espíritu, a su personaje social, pero se proyecta como un mal que, a partir de él, se vuelve contra él mismo, y que es vivido, a veces, como una agresión proveniente del mundo exterior. Entonces son los otros los que se ensañan en perseguirlo. La ansiedad y la inseguridad pueblan el medio de fantasmas amenazantes: la policía lo persigue, la justicia lo busca para condenarlo y castigarlo. Él es el centro, el objetivo de pesadas y lancinantes maquinaciones que preparan su muerte, su deshonor y su vergüenza.

En el *tema de la nada* (ideas de negación), el empobrecimiento de la existencia, la reducción concéntrica de la persona física, moral y psíquica del melancólico se resume y se concentra en el tema implicado en todos los otros: la negación del mundo y del cuerpo, de la vida y de la muerte.

Bibliografía

- ARIAS MUÑOZ, J. A.: *La antropología fenomenológica de Merlau-Ponty*, 1975.
- DORR, Otto: *El síndrome depresivo nuclear*.
- DORR, O.; TELLENBACH, H.: *Fenomenología diferencial de los fenómenos depresivos*.
- EY, Henri: *Études psychiatriques*.
- HUBER, Gerard: *Sintomatología, psicopatología y fenomenología de los desórdenes depresivos*.
- MARCEL, Gabriel: *Être et avoir*.
- MINKOWSKY, E: *El tiempo vivido. Estudios fenomenológicos y psicológicos*, 1973.

Resumen

El trabajo aborda la depresión desde una perspectiva fenomenológica, que se propone describir esta psicopatología a partir de una clasificación de las experiencias internas de quienes la padecen, más que desde la observación de sus conductas o expresiones. La dificultad inherente al diagnóstico de depresión llevó muy temprano al intento de establecer un síndrome depresivo nuclear, para el que distintos autores propusieron componentes también diversos. No obstante, la enfermedad depresiva va siendo concebida cada vez más como una modificación profunda del cuerpo vivido.