

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Fenomenología de algunos síntomas de la depresión

GUILLERMO HERNÁNDEZ BAYONA¹

*“No ignoramos la tenacidad de los prejuicios,
ni la fuerza enorme del recelo”.*

Fulcanelli

Resumen

Objetivos. El presente trabajo tiene por objeto conocer diferentes “lógicas” con las cuales se manifiesta el trastorno depresivo; hacer una invitación a la reflexión particular del quehacer psicoterapéutico para que, a partir de la observación clínica, se facilite la comprensión de las diferentes lógicas con las que se expresa la depresión; señalar la necesidad de un abordaje integral que permita entender la dinámica de la enfermedad en interacción permanente entre los contenidos de orden psicosocial y cultural, y aquellos que son consecuencia de la neurofisiología y de la bioquímica cerebral; facilitar la comprensión coherente e integral del fenómeno depresivo y enriquecer su conceptualización.

Metodología. A partir de una definición clásica pero vigente de depresión se abordan los síntomas y signos cardinales de la enfermedad, y se identifican aquellos que son consecuencia directa de la estructura neurobiológica, de la neurofisiología y de la bioquímica cerebral. Se particulariza en el análisis semiológico y fenomenológico de aquellos elementos cardinales que positivamente no se explican desde la óptica puramente orgánica del abordaje.

Resultados y conclusiones. Se señala cómo la comprensión del fenómeno depresivo se facilita y enriquece si dentro del proceso psicoterapéutico se contextualizan y se articulan la observación semiológica, la interpretación ponderada del análisis clínico, la identificación de los significados específicos que aporta la cultura en el contexto social y el momento cultural en el que se realiza el quehacer psiquiátrico.

Palabras clave

Depresión, expresión cultural de síntomas, fenomenología, sufrimiento, culpa y expiación.

¹ Médico psiquiatra, profesor asociado, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia.

Recibido: mayo 22/2007. Revisado: junio 12/2007. Aceptado: julio 16/2007.

Abstract

Objective: The present article pretends to create an insight into the different “logics” in which the depressive disorder manifests itself; to make an invitation to analyze the roll of psychotherapy as a helpful tool in which clinical observation enhances the understanding of the different “logics” that the depressive disorder shows; to point out the need of establishing an integral approach that allows the understanding of the dynamics of the disease in a permanent interaction between the psychosocial and cultural contents with those that are a consequence of brain biochemistry and neurophysiology; to enhance the understanding and conceptualization of the depressive disorder.

Methods: Starting from a classic but updated definition of depression, the cardinal signs and symptoms of depression will be handled identifying those that are a direct consequence of the neurobiological structure, neurophysiology and brain biochemistry. A special interest will be placed in the semiologic and phenomenological analysis of those cardinal elements that are neither caused nor explained by the organic approach to the disorder.

Results and conclusion: It is pointed out how the understanding of the depressive disorder is enhanced if within the psychotherapeutic process the semiologic observation, the interpretation of clinical analysis, and the identification of the specific meaning that the culture offers in a social context are properly articulated and contextualized.

Key words

Depression, cultural expression of the symptoms, phenomenology, suffering, blame and expiation.

Introducción

La depresión representa un grave problema de salud pública, cuyo impacto así entendido, trasciende los límites de

lo individual y lo familiar. Se estima que en las próximas décadas los costos sociales asociados a la misma se incrementarán en forma significativa y que la carga mundial de morbilidad asociada será suficiente para hacerla aparecer en el listado de las patologías de mayor impacto global. Se prevé que la depresión mayor alcanzará el segundo lugar entre la totalidad de los trastornos considerados[1-3].

Si bien es cierto que la gigantesca investigación de la neurobiología molecular y el moderno arsenal psicofarmacológico han permitido formas más adecuadas y oportunas de tratamiento de la depresión, también lo es el hecho de que, a pesar de tales progresos y logros, aún permanecen en cierta forma “desconocidos” aspectos puntuales de la enfermedad tales como el “dolor moral”, el “sentimiento de culpa”, la “necesidad de expiación” y las “ideas de muerte” que determinan esa particular forma de “catástrofe psíquica” que en su forma básica no tiene una específica correlación neurobiológica ni fisiológica, como sí lo tienen los otros síntomas que configuran el cortejo sintomático de la depresión[4].

Evidentemente, el escenario en el que tales “elementos refractarios” adquieren significado y son susceptibles de interpretación terapéutica, es el propio de la psicoterapia. Su comprensión fenomenológica requiere, por lo tan-

to, de un abordaje particular que siendo psicoterapéutico tenga en cuenta los influjos de la cultura que son los que permiten dar forma o “expresión” a tales elementos psicopatológicos.

Definiciones básicas

Para efectos de esta disertación, se entiende el término *fenomenología* (*fainomai*: mostrarse o aparecer/*logos*: a la razón) como el conjunto de las condiciones en las que aparece un fenómeno en la conciencia y como la identificación de las modalidades que nos permiten extraer las características esenciales de las experiencias.

El término “depresión” se usa con múltiples acepciones, tanto en el orden médico psiquiátrico como en el psicológico. Cada una de ellas tiene diferentes connotaciones e interpretaciones en el lenguaje de otras disciplinas. En psiquiatría, el término “depresión” puede referirse a un síntoma, a un síndrome, y, también, a una entidad nosológica[5].

En su forma más amplia y genérica, el término “depresión” abarca en sí mismo una población heterogénea de trastornos (6), entre los cuales, en los dos extremos de un amplio espectro, encontramos el trastorno distímico en uno y, en el opuesto, el trastorno depresivo mayor, cuya modalidad más

grave está representada por la melancolía.

Al respecto, se señala la hipótesis de que la base biológica de los síntomas del trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor es similar, pero las bases biológicas de la fisiopatología subyacente de los dos trastornos es diferente.

En el trastorno distímico, a diferencia del trastorno depresivo mayor, los síntomas tienden a superar los signos (depresión más subjetiva que objetiva). Esto significa que las alteraciones del apetito y la libido no son características, y que no se observa agitación o retraso psicomotor. Las manifestaciones endógenas son sutiles (inercia, letargo, anhedonia) y de mayor intensidad en las mañanas[7, 8]. Sin embargo, la disminución de la latencia y la mayor densidad de los movimientos rápidos de los ojos (*rapid eye movements*, REM) son dos marcadores del estado depresivo en ambos polos del espectro.

Estos datos se correlacionan con las observaciones clínicas que permiten evidenciar que los trastornos depresivos se pueden conceptualizar como variantes dentro de un continuo de gravedad.

Las variaciones sintomáticas adicionales son individuales y dependen más

de la estructura de personalidad subyacente a la depresión.

Así entendida, la depresión puede ser vista como “un dispositivo innato del comportamiento que se impone a ciertos sujetos en los que confluyen factores de predisposición neurobiológica y circunstancias precipitantes exógenas”.

Breve reseña histórica

El síndrome depresivo existe desde que la humanidad se reconoce como tal. Fue descrito en los relatos primigenios del *Génesis* cuando Dios expulsa del paraíso a Adán y Eva (aquí el paraíso representa el bipolo opuesto de la felicidad y la alegría); el *Antiguo Testamento* describe al detalle cómo la depresión ha sido vivida por el rey Saúl; Homero, en *La Ilíada*, canta en forma de epopeya el suicidio de Ajax.

Hipócrates (siglo IV a.C.), al describir la manía y la melancolía, sienta los fundamentos de la medicina. Celso aborda el estudio de la melancolía, el cual más tarde es retomado por quienes son considerados como los “padres de la psiquiatría moderna”: Falret (1854) aporta sus estudios de la *Folie circulaire* y describe el suicidio como resultado de un trastorno mental; Kahlbaum (1882) hace sus consideraciones sobre la ciclotimia; Kraepelin (1899) realiza sus descripciones de la

psicosis maniaco-depresiva y define la melancolía involutiva.

Freud (1915), en *Duelo y melancolía*, señala a la pérdida o el abandono del objeto amado como causa psicógena de lo depresivo.

Aaron Beck (1970) identifica la tríada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo y una visión de futuro sufrida o fracasada.

Diferentes autores coinciden en que el estudio de la melancolía fue el que dio origen a la psiquiatría. No escapa a la observación del estudioso que, de hecho, la psiquiatría ha avanzado en la medida en que ha investigado y aportado a la comprensión del síndrome depresivo y sus epifenómenos[5, 9, 10, 12].

Conocimiento actual de la enfermedad

Los avances de la investigación neurofisiológica en depresión[7, 11] nos proveen de conocimientos validados y universalmente aceptados. Se han identificado estructuras neuroanatómicas específicas y factores genéticos, y se han acumulado suficientes indicios clínicos que indican que los trastornos del estado del ánimo se asocian con pérdida de la regulación heterogénea de las aminas

biogénicas; hay coincidencia entre los síntomas del trastorno del estado del ánimo, los hallazgos de la investigación biológica y la presencia de hallazgos patológicos específicos en el sistema límbico (principalmente, en el hipocampo), en los ganglios basales y en el hipotálamo. Se ha identificado compromiso directo de los sistemas de regulación neuroendocrina (ejes suprarrenal y tiroideo) y de aquéllos que implican directa participación de neurotransmisores, aminoácidos y péptidos neuroactivos; hay evidencia cada vez mayor de que muy probablemente también están involucrados los sistemas de segundos mensajeros y los de regulación neuroinmunitaria, y se acepta también que el estrés que acompaña al primer episodio provoca cambios persistentes de la biología cerebral que, a su vez, pueden modificar los estados funcionales de los neurotransmisores y los sistemas de señales intraneuronales.

De otra parte, resulta imposible ignorar y descartar la importancia de los denominados factores psicoemocionales y de personalidad[12, 13]: los influjos propios de las patologías del desarrollo del Yo; el influjo del proceso de desarrollo de los vínculos afectivos primarios; los influjos debidos a la psicodinámica particular que se observa en los eventos que cursan con pérdida objetal (real o imaginaria); los que son consecuencia de fa-

llas en los sistemas cognitivos en edades tempranas por los cuales el depresivo tiende a percibir la realidad basado en valores sociales o morales absolutos que distorsionan la evaluación objetiva de sus limitaciones y expectativas, con lo que se afecta su autoestima y se perturba la vivencia de autocohesión.

De otra parte, sabemos de tiempo atrás del influjo determinante de la cultura[9, 14-17].

Son muchos los aspectos generadores de malestar en las personas de nuestra sociedad. “De hecho, en muchos casos identificamos cómo la sociedad actual no está siendo suficiente para contener las legítimas aspiraciones de los individuos que la conforman. Esto se refleja en que mucha gente en esta situación lleve a terapia problemas que, en verdad, son síntomas de la pobreza” y que “dentro de las patologías de base encontremos mimetizados los efectos de las exclusiones propias de la marginalidad social: enfermedades psicosomáticas y depresión con hechos de violencia, abusos, tensión conyugal, inasistencias y deserciones escolares, etc.” [18].

De hecho, en la práctica clínica habitualmente nos vemos abocados a contextualizar lo propio de la marginalidad, esta última expresada en

padecimientos “psicosociales” que cada vez son más frecuentes.

Aspectos epidemiológicos

Se ha calculado que en Latinoamérica la enfermedad mental es responsable del 8% de la carga de los DALY (*disability adjusted life years*), es decir, los años de vida afectados por discapacidad, y del 33% de los YLD (*years lived with disability*) o años vividos con discapacidad. Se prevé que hacia el año 2020 –como ya se señaló– se va a producir un cambio significativo, ya que se espera que los trastornos psiquiátricos sean responsables del 21% de la carga total de enfermedad y que la depresión mayor alcance el segundo lugar entre todos los trastornos considerados[19].

Conocemos la gran prevalencia de la depresión y sabemos que en ella hay una notoria asociación de morbilidades que representan un porcentaje importante de pacientes hospitalizados por otras razones médicas distintas de la depresión y de las otras enfermedades psiquiátricas.

La observación clínica de la patoplastia

Los psiquiatras hemos observado una variación cualitativa de ciertos cuadros clínicos; sabemos que hay síntomas que aparentemente varían con

el tiempo y que, así mismo, su expresión emocional varía según las diferentes épocas de una misma cultura, o en momentos simultáneos pero en diferentes culturas, y en la misma cultura, según se hayan producido otros cambios culturales y sociales. Esta variación en la expresión emocional de los síntomas es parte de la (psico) patoplastia que permite identificar en ellos “estilos” más propios de una cultura o de una época[20].

¿En dónde están hoy la *belle indifférence*, las conversiones histéricas de antaño, las actitudes catatónicas, la mayoría de los delirios cósmicos?

¿Es posible que estén mimetizados en los trastornos “somatoformos”, en las depresiones enmascaradas, en las atípicas, en los actuales trastornos de la conducta alimentaria?

Es evidente que la cultura permea la expresión manifiesta de los síntomas y ello explica las aparentes distorsiones que la misma patología presenta en momentos diferentes de la misma cultura; así, por ejemplo, es de prever que la plastia psicopatológica del futuro se manifieste con síntomas acordes con las nuevas tecnologías de la clonación, la realidad virtual y la Internet, y sean de cualidad diferente a las presentadas en la misma cultura, pero, en el período ya lejano de la revolución sexual, la minifalda y la anticoncepción, y de la anterior a ellas,

con el olor a incienso, visión de recato y sensación de pundonor.

Se sabe y acepta que la expresión emocional de los síntomas está en función de las expresiones permitidas por la cultura en una sociedad determinada.

Cada cultura se identifica por el particular sistema de significados que adopte, por los valores que le dan sentido y por la ideología que expresan. Dado que una persona puede evadirse por un tiempo de su sociedad, pero no puede evadirse de su cultura, se entiende cómo la cultura se convierte en la influencia particular “más fuerte” que incide en el comportamiento social del individuo[14].

Así entonces, la comprensión de la identidad cultural se obtiene cuando se exploran dichas fuentes, cuando se observan los contenidos de cultura y cuando se descifra el “simbolismo vago y generalizado” con el que se expresan[21]. Desde este punto de vista, la cultura es un factor mucho más influyente que la misma sociedad ya que es la cultura misma la que pone en acción y cataliza las dinámicas sociales.

Esto explica por qué, para la comprensión de cualquier fenómeno individual o social, normal o patológico, éste debe explorarse a través de los

contenidos de una cultura específica y dentro del contexto en el cual acontece.

De antaño sabemos que la cultura afecta la personalidad y que ello ocurre a pesar de que todas las sociedades sean bastante inconscientes del proceso[17].

Sabemos también que la cultura ejerce su influjo en la sociedad a través del lenguaje, de los mitos, de la religión dominante, del arte y de sus sistemas de valores y de normatividad[21].

Cassirer señala que “entre todos los fenómenos de la cultura, los más refractarios a un análisis meramente lógico son el mito y la religión” [21] que, de otra parte, parecen ser los que transmiten mayor peso específico a la dinámica que explica el influjo cultural en la expresión de las vivencias del individuo.

El psicoterapeuta, en razón de lo anterior, se encuentra en ocasiones colocado ante problemas que, en lo esencial, son de naturaleza sobrenatural, religiosa o de concepción del mundo, “problemas que nosotros estamos obligados a abordar”[15]. Esta realidad nos impide renunciar a preguntar también sobre lo filosófico y lo teológico, cuando la comprensión psicológica así lo exige.

De otra parte, “el hecho de que creencias y prácticas médicas se encuentren con frecuencia asociadas a lo sobrenatural, les concede un crédito moral, o más todavía, un imperativo moral”[16].

Por último, algunas preguntas que invitan a una reflexión más detallada: “¿Cómo entender, por ejemplo, la cada vez mayor prevalencia de depresión en niños y adolescentes en el mundo? ¿Es que las nuevas generaciones vienen desprovistas de adecuadas concentraciones de serotonina o con menos receptores? ¿Está sucediendo alguna mutación genética que hace que para el año 2025 se prevea la mayor incidencia en la salud de cinco enfermedades mentales, por encima de cualquiera otra? Deberíamos pensar por qué cada día hay más psicópatas en las sociedades desarrolladas”, “por qué los padecimientos mentales parecen más patologías morales y éticas”, e identificar si lo central es la banalización del mal[18].

Las religiones cristianas moldean e imbrican nuestra cultura hispano-mestiza.

Estas religiones, en sus formas moral y ética, contienen motivos tanto de naturaleza productora de angustia como motivos resolutorios de ella.

En el doble aspecto de dios *fascinosum* y *tremendum* están indica-

das las dos posibilidades de vencer la angustia o de despertarla[15].

“Para el psiquiatra hay aquí una cultura religiosa que debe considerar y otras tantas religiones personales para analizar” [22].

Definición central del planteamiento

A partir de estas consideraciones y de la definición clásica pero vigente de Henry Ey[5] entendemos la depresión como una enfermedad mental caracterizada por una tríada de humor triste, dolor moral e inhibición, en la que se identifican unas características básicas propias del estado de ánimo depresivo, a saber: pérdida de energía, interés o placer, dificultad para concentrarse, pensar y decidir, pérdida del apetito, sueño o actividad, sentimientos de culpa y expiación, e ideas de muerte o suicidio.

Psicopatología básica contenida en la definición

El humor triste. El elemento semiológico elemental en las depresiones es un aspecto fenomenológico caracterizado por un descenso del humor que termina siendo triste.

El humor triste corresponde a un sentimiento psicopatológico de tristeza[7], es decir, a una modificación profunda del estado anímico. Es el humor en el sentido profundo de la tris-

teza patológica y el sufrimiento moral particularmente intenso que la acompaña.

La tristeza es aquí, vital, profunda, resistente a modificaciones del entorno: es psicopatológica y se convierte en signo patognomónico.

El dolor moral. Sabemos que los afectos depresivos expresan insatisfacción, frustración y tensión de las pulsiones, cuya tonalidad cualitativa es la del dolor emocional y que, como cualidad fenomenológica egodistónica, se expresa en forma de sentimientos vitales de disgusto, abatimiento e inquietud.

El dolor emocional y el dolor moral no pueden ser simulados, como sí puede simularse el comportamiento del hombre que está sufriendo.

Este tipo de dolor emocional no tiene correspondencia cortical cerebral conocida, a diferencia del dolor físico.

La experiencia subjetiva es de profundo padecimiento que ayuda a que se pierda la sensación de control y con ello se afecte la capacidad de relación y, secundariamente, el funcionamiento habitual en los ámbitos de lo social y laboral.

Este dolor moral se expresa en su forma más elemental por una

autodepreciación[5] y una autoacusación que, como veremos ulteriormente, están semiológica y fenomenológicamente asociadas a los sentimientos de culpa y, con ellos, a las ideas de muerte o suicidio.

La inhibición psicomotora. La desganancia habitualmente precede a la tristeza y la melancolía.

Son frecuentes la actitud pasiva, el compromiso de las funciones básicas habituales, como el comer y el dormir, el *enlentecimiento motor* y el de toda la función cognitiva. Estos enlentecimientos y actitud refuerzan la indecisión, la dubitación obsesiva, la iteración ideativa y la rumiación sistemática.

El deprimido tiene una conciencia dolorosa y muy penosa de esta inhibición[5].

La inhibición es así, psíquica, motora y moral.

Las características básicas propias del estado de ánimo depresivo, consistentes en pérdida de energía, interés o placer, dificultad para concentrarse, pensar y decidir, y la pérdida del apetito, sueño o actividad, se pueden explicar suficientemente desde la perspectiva del análisis de lo neurobiológico, lo cual se corrobora ampliamente con la observación que sobre cada uno de esos aspectos clíni-

cos tienen las farmacodinamias específicas de los diferentes tipos de anti-depresivos de últimas generaciones.

La coexistencia de la tríada sintomática y las características básicas que en su conjunto constituyen la depresión, son suficientes para hacer de ella una experiencia catastrófica.

“El médico, y muy especialmente el psiquiatra, debe saber que ella (la depresión) no es solamente la tristeza, el remordimiento o el miedo, sino un trastorno mucho más profundo, una catástrofe psíquica que se produce en las profundidades del ser: es un trastorno de la estructura formal del campo de la conciencia y no sólo una reacción a las condiciones desafortunadas de la existencia”. (Henry Ey).

Dado que el dolor moral, el sentimiento de culpa, la necesidad de expiación y las ideas de muerte, que son los que determinan la “catástrofe psíquica”, en su forma básica, no tienen una correlación neurobiológica, ni fisiológica, como sí lo tienen los otros síntomas de la depresión, su comprensión fenomenológica requiere, entonces, de otro tipo de abordaje. Intentaré desbrozar en la raigambre cultural el influjo que determina, culturalmente entendido, el manejo del sufrimiento, de la culpa y de la expiación, o sea, intentaré identificar el influjo de la

cultura en su relación con la expresión de algunos de los síntomas cardinales de la depresión.

El influjo de la cultura en la expresión sintomática de

El sufrimiento. La concepción cristiana de la vida habla de la disposición al sufrimiento y del sentido de la enfermedad como forma de expiar pecados: “cuando Dios ama, especialmente manda necesidades y enfermedad”. Además, “en este valle de lágrimas”, “los inocentes” tienen que sufrir aún más que los “pecadores”.

De otra parte, el “sentimiento subjetivo de lo eterno” es equivalente de lo “irrevocable”, de lo que nunca tendrá fin.

En el depresivo este sentimiento lleva como correlación la percepción subjetiva de que su vida (sufrida) es en cada momento “eterna e irrevocablemente maldita”. El infierno, en el imaginario, es una cualidad de lo terrible, de la desesperanza, de la “muerte eterna”, ya que “*per me si va nel'eterno dolore; 'vosotros, los que entráis, dejad aquí toda esperanza'*”. Estas sombrías palabras vi escritas sobre el dintel de un puerta” [23] ().

Pohle, en su *Manual de dogmática* afirma que los condenados llevan consigo el infierno. Sin metáforas, el de-

presivo vive en un infierno, infierno “no un lugar sino un estado del alma”.

Ahora bien, sufrimiento sin fin, eterno, ¿no es razón suficiente para tener una indecible carencia de esperanza?, y ¿en dónde hay menos esperanza que en el infierno?

Pero, desesperanza y desesperación, son pecados: la *tristitia* de Tomás de Aquino.

El dolor moral. Se expresa en su forma más elemental por una autodepreciación que deriva en una autoacusación, una autopunición y un sentimiento de culpabilidad.

El melancólico tiene dificultades para expresar su dolor moral, el cual está constituido por sentimientos intensos y difusos de aburrimiento, disgusto, descorazonamiento, de desespero y de lamentos, para el cual las frases son raras y más frecuentemente se tornan en susurros monosilábicos.

En el contexto del entorno familiar inmediato del deprimido se debe establecer una distinción entre las formas melancólicas delirantes (las cuales son monótonas, pobres, pasivas, centrífugas) y aquellas formas neuróticas en las cuales el paciente quiere también y, sobre todo, que se le escuche, que se le compadezca, que se le consuele, mientras acusa a los otros y a la suerte, más que a sí mismo.

Hay más queja desesperada de su estado y esta queja es más sensible a las influencias del medio.

Kierkegaard habla de la “desesperación callada” y de la vivencia más atormentadora que el depresivo lleva en sí: el sentimiento de soledad, “del estar-solo-consigo mismo” en su angustia, como reviviendo una “muerte anticipada”.

Y hay angustia “en los malos” ante el castigo que esperan, y angustia “en los buenos” por la exigencia de no desesperar.

El sentimiento de culpa. *Culpa:* emoción secundaria a la realización de algo que se percibe como malo. La culpa, en el sentido teológico, es pecado.

La angustia, desde el punto de vista de la fenomenología, está asociada con el problema de la culpa.

En su forma básica y primitiva la culpa surge de la vivencia de la percepción de una pérdida irreparable de un objeto tan valioso que ha sido introyectado de tal manera que ha llegado a formar parte del Yo. Por ser una parte del Yo la que se pierde (con la pérdida objetal), la vivencia es la de una pérdida narcisista en la cual el dolor y la angustia generan sufrimiento moral. Éste genera, a su vez, su propia psicodinámica de la cual deviene

la autoacusación, el autorreproche y su transformación fenomenológica en la vivencia de culpa.

Dolor moral y culpa son conflictos psicológicos tan intensos y perturbadores que el Yo tiene que recurrir a un mecanismo defensivo primitivo y masivo conocido como “proyección”.

En la depresión, la culpa inicialmente tiende a ser proyectada: repito, es el mecanismo primario dinamizado y denominado como “proyección de culpa”: Dios culpa a Adán, Adán culpa a Eva, Eva a la serpiente, la serpiente a la manzana, la manzana al árbol.

“Cuando el hombre primitivo ha tenido una adversidad, no se echa a sí mismo la culpa, sino al fetiche, que, manifiestamente no ha realizado su culpabilidad” [12] .

Ahora bien, el protopecado es comer del fruto prohibido del árbol del conocimiento. Por ello, se perdió el paraíso (edén de felicidad, bipolo de la tristeza y el sufrimiento).

En toda experiencia depresiva de pérdida hay implícita una gran dosis de culpa. Una expresión semiológica asociada al sentimiento de culpa es “el remordimiento”: es que la conciencia (de culpa) “muerde interiormente”. El pesimismo no se manifiesta a través

de una idea o sentimiento precisos, sino que constituye una orientación general de la conciencia hacia la desdicha y la culpa.

“Antes fui culpable de hacer lo indebido; ahora soy culpable de no hacer lo que debo”. El que ha vivido la experiencia de la culpa sabe que el que no hace cuando debe, está haciendo lo que no debe.

Desde el punto de vista fenomenológico, el deprimido se siente como si hubiera pecado contra Dios, contra la vida, contra sí mismo. De esta fuente bebe la filosofía de la desesperanza a la cual Coltrera presenta así:

“El existencialismo cuenta una lección triste: hemos sido arrojados a este mundo, solos, vivimos en soledad y también solos partiremos de él. Conocimos un pecado original y la culpa es la condición de nuestra existencia”.

“A la vida nos echáis
Dejando que el pobre muera en culpa;
Luego lo dejáis sufrir, pues toda culpa se ha de expiar” (Goethe).

Sin embargo, debemos plantearnos la pregunta de si el concepto psicoterapéutico de la culpa coincide con el moral teológico.

Parece existir una ruptura epistemológica entre el concepto de pecado visto desde la perspectiva ético-religiosa y el pecado (generador de culpa), desde la perspectiva psicológica.

Desde la perspectiva religiosa el pecado, para ser considerado como tal, requiere del pleno conocimiento de causa y de la libre determinación, o sea, se ubica el pecado en la perspectiva de la conciencia: no hay pecados inconscientes ni preconcientes. Si el pecado es consciente, la culpa es absoluta.

La angustia procede de saberse consciente de la culpa.

La vivencia de culpa refleja la actitud interna del hombre culpable frente a su propia culpabilidad.

La conciencia de culpa lleva consigo sentimientos de culpabilidad en la medida en que éstos son percibidos por el Yo en forma consciente.

La absolución sacramental implica la exigencia del reconocimiento individual de su ser culpable para conseguir la curación. La absolución a través del mea culpa.

Desde la perspectiva psicológica, los elementos psicogenéticos de la culpa son inconscientes, aunque la culpa en sí misma pueda ser manejada o no, en un nivel consciente.

El paciente que se vivencia culpable no sólo vive la culpa, sino que de no resolverla, vive sólo y exclusivamente para la culpa (Castilla del Pino), vivencia que modifica la totalidad de la vida psíquica en su conjunto, ya que ni el mismo perdón objetivo (de la culpa) lleva consigo indefectiblemente el alivio total de la pesadumbre.

Klein diferencia dos calidades de culpa:

- La persecutoria, relacionada con lo tanático, y
- La depresiva asociada a procesos de integración-reparación y al instinto de vida. En esta última, hay vivencia de “perspectiva y futuro”.

Parte del proceso psicoterapéutico consiste en transformar la culpa persecutoria en culpa depresiva, reparadora, al servicio del instinto de vida, y a la que Grinberg[24] () equipara con el “sentimiento de responsabilidad” que permite hacerse cargo de la elaboración del duelo y la reparación (o sustitución) del objeto perdido.

En otras palabras:

- El pecado no es inconsciente, nunca es neurótico y jamás es enfermedad, y
- “La psicoterapia no está al servicio de desarraigar ni de eliminar el sentimiento de culpa”[15].

La necesidad de expiación. Para Grinberg, en la base de toda religión existe la necesidad de calmar el sentimiento de culpa[24].

Freud sostuvo que:

“La tragedia del monoteísmo judío consistió en que, con su acostumbrada tenacidad, siguió negando la muerte del padre, lo que determinó que expiara con creces su culpa en el curso de los años”[12].

De otra parte, la conocida expresión popular del “chivo expiatorio” encuentra sus raíces en la antigua costumbre judía de proyectar culpa en el fetiche o en un objeto externo y ajeno.

“Cuando el hombre primitivo ha tenido una adversidad, no se echa a sí mismo la culpa, sino al fetiche, que, manifiestamente no ha realizado su culpabilidad; y le muele a palos, en lugar de castigarse a sí mismo”[12].

Desde la perspectiva cristiana por la angustia ante el castigo, se explica la solicitud de confesar la culpa. El *ego te absolvo* se ha convertido, de esta manera, en una columna de la lucha cristiana contra la angustia de la culpa.

En nuestro orden social la culpa está siempre asociada al castigo: “La

culpa en cuanto tal, no puede existir en sí, sin pecado y sin castigo”. Por otra parte, el culpable, no por conocer su culpa deja de sentir la necesidad del castigo[15].

Reik (1941) conectó la necesidad de castigo con la “compulsión a confesar”. En esta necesidad de castigo está una raíz de la relación jurídica con la culpa. La correspondencia más importante de la culpa jurídica consiste no tanto en la absolución y el perdón, sino en el castigo y la reparación, lo que nos recuerda sus equivalencias en lo kleiniano. El derecho, sin embargo, hace distinción entre la culpa “objetiva” (desde una perspectiva de la sociedad) y la culpa “subjetiva” (en una perspectiva individual), y en muchos casos basa la capacidad de imputación del culpable apoyándose en conceptos psiquiátricos.

Según Manfred Bleuler, “todo hombre que sufre en sí mismo o hace sufrir a los otros”, es “un enfermo”; “para el psiquiatra incluso el hombre malo está enfermo pues la maldad en cuanto tal representa un menoscabo de la salud mental”.

Sin embargo, hay que reconocer, la enfermedad en sí misma no actúa siempre, sin más, exonerando de culpa. Incluso, la maldad del ejecutor no puede servir, sin más, como motivo de “disculpa”, aunque sea patológica, pues de lo contrario sólo quedarían

sometidos a la ley penal los que tuvieran un carácter sano y fueran buenos. O lo que es lo mismo, “los malos” serían siempre inimputables. “Sería castigado plenamente sólo el culpable de alto valor moral y el culpable malo sería tratado tanto más suavemente, en cuanto peor haya sido”.

Recurrimos a Freud para aliviar esta nueva angustia que surge del galimatías previo: “El hombre normal, no solamente es mucho más inmoral de lo que él cree, sino también, mucho más moral de lo que él sabe”[12].

Desde el punto de vista social, Piers y Singer (1953) formularon una clasificación de “culturas de vergüenza” vs. “culturas de culpa”.

Los dos afectos ligados de manera más estrecha con el superyo son la vergüenza y la culpa. En la depresión hay un conflicto básico entre el yo y el superyo[12].

Hartman (1946) ha destacado la importancia de las fuerzas del influjo de la cultura en la operatividad del superyo, el cual “sirve de enlace entre la actividad individual y el funcionamiento social” (Parsons, 1953).

En la tipología de la cultura occidental encontramos individuos, según David Riesman en *La muchedumbre solitaria*, 1950:

- Dirigidos por la tradición (social y cultural) en los que la vergüenza es la principal sanción social,
- Dirigidos internamente que encuentran en los sentimientos de culpa dicha sanción, y
- Los dirigidos por presiones externas cuya característica es la angustia difusa.

Encontramos aquí, nuevamente, elementos depresivos en la expresión social de la angustia, la vergüenza y la culpa, y volvemos a evidenciar cómo hay una dinámica específica y una estrecha correlación entre aspectos personales internos y aspectos impersonales externos de la cultura, vertidos en el funcionamiento del individuo.

Menninger explica cómo a lo largo de la historia el hombre ha desarrollado un dramático proceso de autocastigo y de autodestrucción, que encuentran su expresión más extrema en la muerte y el suicidio, riesgos máximos de la depresión[25].

La vivencia de autodesvalorización. Como consecuencia del dolor moral, la autodepreciación se encamina pronto hacia una autoacusación[5].

Parece que la fenomenología de los estados depresivos y, especialmente,

del síntoma de autoacusación, está determinada por un factor cultural y, por esta razón, en las comunidades primitivas del África este síntoma estaría prácticamente ausente, mientras que en su lugar se encuentran numerosos síntomas hipocondríacos[5].

Por influjo cultural se induce a la gente a que se le tenga y se le manifieste lástima al deprimido, sin tener en cuenta que esto lo hace sentir más desvalorizado e inválido.

Se desvalorizan, menosprecian y desestiman los síntomas intentando vanamente convencer al deprimido de que “no tiene sentido” (que se sienta así), “que la vida es bella”, y que lo sentido es irrelevante o ridículo o imaginario, en un proceso que oprime aún más pues, en su necesidad y soledad, el deprimido se siente aún más incomprendido.

De otra parte, se le pide que “tenga fe” cuando la ha perdido en sí mismo y sólo percibe oscuridad[26-29].

El combate así planteado se dirime en el escenario de la afectividad, en el acto íntimo y único del propio sufrimiento, que siempre tiene una cualidad específica que lo distingue del sufrimiento ajeno.

Igual efecto parece tener la inducción de la intelectualización del proceso: mostrar que la estadística y la

ciencia tienen un cupo de salvación si se racionaliza y se reprime la expresión afectiva, logrando con ello el mismo efecto que tiene “sobre el hambre, la distribución de cartas de menú en épocas de necesidad” lo que hace el esfuerzo tan inviable “como pedirle a un enano que sea una pulgada más alto”[30].

Las ideas de muerte. La visión ante la muerte es, primitivamente, no como se puede pensar en principio, de temor o de huida frenética y desesperada, sino de respeto.

De una o de otra forma, las religiones retoman esta veneración y establecen un particular culto a la muerte en la medida en que la sustentan sobre la base de la creencia en la inmortalidad del alma.

La observación común en la clínica psiquiátrica es que el deprimido, por serio que sea su cuadro, excepto en las psicosis, intenta siempre obtener en un último esfuerzo, un último refugio, una última defensa y una última protección, en una creencia religiosa.

En otras palabras, quien cree o se protege en un valor religioso, tiene relativo menor riesgo clínico de actuar la idea suicida, presente en todo deprimido.

La sensación dolorosa de pérdida, sin posibilidad de reparación ni susti-

tución del objeto perdido o de su representación simbólica, conduce a la desesperanza (percepción de la existencia como eterna e irrevocablemente maldita), al desespero (angustia difusa) y a la impotencia.

La idea de muerte que está presente en todo deprimido surge entonces como única forma de liberarse de tal sufrimiento: desde el punto de vista fenomenológico, surge primero la esperanza de que algo externo acabe con la vida (una enfermedad, un accidente, una muerte repentina); el fracaso de la esperanza determina la génesis de la idea de suicidio.

En cualquiera de los dos casos, la depresión habrá actuado como una “muerte anticipada”.

Las ideas de suicidio. Durkheim observa cómo la religión actúa como fuerza integradora: los suicidios varían en razón inversa del carácter integrador de ella: “hay más suicidios entre protestantes que entre católicos, y más entre éstos que entre judíos”.

De otra parte, bien sabido es que al perder el hombre la posibilidad de encontrar refugio en la religión, queda en última instancia, ampliamente referido a sí mismo: “La muerte es cierta, y la nada del otro lado, produce espanto”.

Menninger[25] señala magistralmente las múltiples facetas del suici-

dio. Los debidos a depresión, desde el punto de vista fenomenológico, van evolucionando de la simple idea de “morir”, a la idea de “dejarse morir”, y a la de “actuar la propia muerte”, antesala habitualmente preprogramada del “gesto suicida”, del “intento de suicidio” y del irreversible suicidio consumado.

El suicidio. Expresamente he eludido el abordaje de los suicidios directamente relacionados con la cultura como el harakiri japonés o el sati hindú; también, el de aquellos casos que no están determinados por psicopatología.

Sabemos, sin embargo, que muchos de los que se suicidan en realidad no han deseado morir, pero también, que no todos los que sobreviven al suicidio realmente se han propuesto vivir, y que es posible que la autopsia psicológica no nos permita valorar el factor definitivo de la intencionalidad del acto suicida[31, 32]).

Para la OMS, el suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo: cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo.

Sabemos que el suicidio provoca cerca de la mitad de las muertes violentas (en todo el mundo), con cifras cercanas al millón de víctimas por año, suma mayor a la de homicidios y de muertes en guerras, sumadas.

El suicidio es, en todo caso, la forma más estigmatizada de muerte.

Para los investigadores médicos, cada suicidio puede representar un nuevo dato estadístico cuya identificación se presume que ayuda a correlacionar, por ejemplo, la disminución de las concentraciones de serotonina cerebral con las formas violentas del suicidio.

Para los epidemiólogos, brinda la oportunidad de predecir la aparición del autotatamiento, si se logran identificar marcadores biológicos que algún día permitan disminuir las tasas de suicidio.

Para psiquiatras y psicólogos, es la evidencia del fracaso de sus intervenciones frente a la decisión de la autoeliminación.

Para el conjunto social, implica tener que asumir los costos señalados por la OMS.

Para la familia del suicida, el impacto emocional y psicológico deletéreo es, a menudo, irreversible, y casi siempre generador de nuevas ambivalencias, nuevas culpas y otras menos nuevas psicopatologías.

Para el que se suicida y cree en un valor trascendente de la propia vida, es la certeza de no ser enterrado en camposanto y, probablemente, la condenación eterna.

Para el que fracasa en el intento, representa otro fracaso más en el largo listado de fracasos y, quizá, la esperanza de no fracasar en el próximo intento.

Para el que efectivamente logra consumarlo, es “una muerte anticipada”.

Conclusiones

Hay actualmente una cultura de banalización del Mal.

“Deberíamos pensar por qué cada día hay más psicópatas en las sociedades desarrolladas”, y “por qué los padecimientos mentales parecen más patologías morales y éticas”[18].

¿Ello tendrá que ver con la aparente abolición de la vivencia de culpa mediada por la inmediatez de la cultura dominante?

¿La progresiva desacralización de elementos fundamentales de la cultura y su sustitución por otros de hedonización generalizada estarán en relación con el incremento de lo depresivo de una parte y, de la otra, en relación con una hipotética metamorfosis hacia formas más sociópatas de conducta?

¿Estaremos asistiendo al proceso patoplástico de transformación de autorreproche y vivencia de culpa en

la dinámica opuesta de ausencia de autorreproche y ausencia de culpa, manifiestas en la progresiva psicopatización de la conducta social?

Es evidente que la comprensión última de la psicopatología de la depresión se logra sólo en un contexto psicoterapéutico que tenga en cuenta los variados influjos de la cultura. El encuentro psicoterapéutico ha de conllevar entonces un sentimiento de responsabilidad compartida que facilite al paciente hacerse cargo de la elaboración del duelo y la reparación objetal[13, 15]). Este proceso ha de ayudar a fortalecer en el paciente el propósito de tomar sobre sí la solución de sus conflictos y culpas inconscientes, y a identificar cómo ellas tienen expresión en los síntomas y se traducen en la conducta.

Así como se sobreentiende que el tratamiento integral de la depresión implica, además, el uso racional de antidepresivos, también ha de entenderse que “no atañe, en absoluto, al médico ni el perdón ni el castigo” [15]().

Así entendido, el encuentro psicoterapéutico se convierte en una forma peculiar de conocimiento, concordante con el principio socrático del “conócete a ti mismo”, que con la ayuda psicoterapéutica permite al paciente la realización del principio freudiano de “hacer consciente lo inconsciente”.

Aunque el conocimiento adquirido en el proceso psicoterapéutico resulta a veces doloroso, equivale en su corrección psicológica, a “comer del fruto del árbol del conocimiento” (de sí mismo).

El final del proceso podría estar representado cuando el depresivo pueda demostrarse a sí mismo que puede “vivir la vida sin la sensación de persecución por una culpa abrumadora”, que puede “ganar para sí la posibilidad de disfrutar desde una perspectiva adulta, su cultura” y puede enfrentar mejor y más auténticamente su presente, sin omnipotencia ni negación.

Bibliografía

1. Gómez-Restrepo C, Ospina M, Diazgranados N. Trastornos psiquiátricos: su importancia en el campo de la salud. En: Gómez-Restrepo C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M, (eds.) *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: CEJA; 2002, 221-6.
2. Vicente B, Rioseco O, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 34: 506-14.
3. Caicedo M, Jiménez K. Estudio descriptivo-exploratorio del trastorno depresivo mayor: aproximaciones psicológicas y sociodemográficas de pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora de la Paz. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 34: 515-28.

4. Hernández G. *Psicopatología básica*. 4ª ed. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2006.
5. Ey H. *Tratado de psiquiatría*. 8ª ed. Barcelona: Toray Masson; 1978.
6. American Psychiatric Association. *DSM –IV– TR, Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson; 2003.
7. Kaplan J, Sadock V. *Sinopsis de psiquiatría*. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. Barcelona: Waverly Hispánica S.A. 2004.
8. Berner P. *Psychopathological concepts of dysphoria*. *Psychopathology* 1987; 20: 93-100.
9. Fine R. *Historia del psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 1982.
10. Hirschberger J. *Historia de la filosofía*. Barcelona, Herder, 1976.
11. Gómez C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M. editores académicos. *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*, Bogotá. CEJA; 2002.
12. Freud S. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
13. Racker H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós, 1977.
14. Fichter J. *Sociología*. Barcelona, Herder, 1975.
15. Condrau G. *Angustia y culpa, problemas fundamentales de la psicoterapia*. Madrid, Ed. Gredos, 1968.
16. Coe R. *Sociología de la medicina*. Madrid, Alianza Ed., 1973.
17. Linton R. *Estudio del hombre*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 1976.
18. Garcíandía J, Samper J. Un retorno a la familia y al contexto. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2006; 35: 476-510.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002. En: Mosquera F. *Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica, 2006.
20. Márquez G. Cambio ambiental, evolución biológica y evolución cultural. *Politeia*. 2002; 28: 41-56 En: Rodríguez M, (ed.) *Cultura, genes y epidemiología evolutiva en los trastornos del comportamiento alimentario: una polémica interesante*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 34: 541-55.
21. Cassirer E. *Antropología filosófica*. Introducción a una filosofía de la cultura. Bogotá, Fondo de Cultura Económica; 1976.
22. Bastide R. *Sociología de las enfermedades mentales*. México, Siglo XXI ed., 1976.
23. Dante A. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1965.
24. Grinberg L. *Culpa y depresión*. Buenos Aires, Paidós, 1978.
25. Menninger K. *El hombre contra sí mismo*. Barcelona, D'Edicions 62: 1972.
26. Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, Mitchell P. *Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology*. *J Affect Disord* 2001; 66: 225-36.
27. Donovan DM, O'Leary MR. *Relationship between distortions in self-perception of depression and psychopathology*. *J Clin Psychol* 1976; 32: 16-9.
28. MacKinnon R. *Psiquiatría clínica aplicada*. México, Nueva Editorial Interamericana, 1973.
29. Mundt C, Richter P, van Hees H, Stumpf T. *Time perception and time estimation in depressive patients*.

30. Svendsen L. *Filosofía del tedio*. Barcelona, Tusquets Ed., 2006.
31. Téllez J, Forero J, (eds.) *Suicidio*. Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá, Javegraf, 2006.
32. Ramírez L. Observando a través de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2006; 35: 519-36.
33. Serban G. *The phenomenology of depression*. *Am J Psychother* 1975; 29: 355-62.