

¹Departamento de Psiquiatría
Escuela de Medicina
Universidad de Valparaíso.
Valparaíso, Chile.

Correspondencia a:
Gustavo Figueroa
Avenida Libertad 529. Viña del
Mar, Chile.
gfigueroacave@gmail.com

Saber mejor, saber el por qué y saber hacer: supuestos de la depresión en psiquiatría

GUSTAVO FIGUEROA¹

Knowing better, knowing the why, and knowing how to do: assumptions of depression in psychiatry

1) Empirical psychiatric research has failed to validate or verify the causes of depressive disorder. 2) Historically, psychiatry has been looking for many causes and is currently favoring a model of multi-causality, acting at various levels of interaction with diffuse limits. 3) Purely scientific psychiatry is based on the concept that a person is an “entity in itself” that presently suffers from a disorder caused by modifications in the impulses of the neurons in its brain. 4) The question that remains is whether depression is a real entity independent of human activities, a pragmatic entity employed for reasons of utility, or an entity constructed by the prevailing social forces in Western civilization. 5) The rationale for depression can be answered if we understand a human being as a being-in-the-world that a) is projected into the future to enact its existence, b) is placed in a condition that determines him and hinders his self-determination and c) lives among others that impel him to submit to the rules valid for “common people.

(Rev Med Chile 2022; 150: 1520-1525)

Key words: Depression; International Classification of Diseases; Mental Disorders.

La medicina (*tékhnê iatrikê*) nació en Grecia como modo especial de saber diferente al saber solo por experiencia, es el saber técnico: es un saber mejor, saber el por qué y saber hacer, y el *tekhmites* o médico no pretende ejercer una ciencia o *episteme* –saber cierto, universal, deductivo– sino un saber práctico o *doxa* –particular, probable, proporcionado–, aunque sus intenciones aspiren a seguir los cánones más estrictos del conocimiento^{1,2}. Esta caracterización de Aristóteles revela que la medicina *secundum artem* es histórica, por ello la psiquiatría; su aproximación a las manifestaciones depresivas ha mutado desde entonces incesante y progresivamente hasta la actualidad en su forma de conocer, principios, contenidos, prácticas^{3,4}. El presente trabajo se

propone tres metas: precisar el concepto de enfermedad psiquiátrica y su clasificación, la depresión en psiquiatría y fundamentos de la depresión en psiquiatría.

1. Enfermedad psiquiátrica y su clasificación

A] Desde muy temprano la enfermedad recibió diferentes nombres: en griego *nósos* (daño), *páthos* (padecimiento, dolencia) *arrostía* (desvalimiento), *asthénia* (debilidad), y en latín *morbis* (lo que hace morir), *passio* (padecimiento) *infirmetas* (falta de firmeza)⁵. De este modo, la enfermedad expresa tres experiencias: a) deficiencia (*asthénia, infirmetas*); b) daño productivo (*nósos, morbis*); c) daño

sentido (*pathos, dolentia*); esto es, modo de vivir deficiente, nocivo y aflictivo.

B] En el *Corpus Hippocraticum* surge como in-justicia o falta de justeza (*adikía*), impureza (*akatharsía*), fealdad (*aiskhrotês*), desproporción (*ametria*), pena o aflicción (*lypê*)⁶.

C] En el presente siglo, el DSM-5-TR, producto de haber reelaborado repetidamente sus conceptos desde 1970 en adelante⁷, aparece la enfermedad psiquiátrica portadora de una variedad de determinaciones⁸: *distress, dyscontrol, disadvantage, disability, dysfunction, irrationality, syndromal pattern, etiology, statistical deviation*⁹.

D] Basándose en la historia de la experiencia alemana, se plantea que la enfermedad psiquiátrica no puede establecerse exclusivamente por su contenido o funcionalidad o su combinación, sino es relacional en referencia al interior del sistema de referencia del caso, vale decir, representa una decisión normativa que no solo incumbe al sistema, sino a la sociedad en su conjunto¹⁰.

E] El humanismo médico, esto es, aquel que se pregunta por la enfermedad en cuanto a condición inherente al ser humano^{11,12}, suele rotular a esta como propiamente psiquiátrica, especialmente depresiva, en cuanto deviene realidad sensible y cognoscible, episodio biográfico, fuente de acción creadora, objeto de apropiación, inteligencia y libertad, que plasma en el paciente un modo de vivir personal, específico, de realización “hacia” algo especial y esencialmente nuevo –válido o nocivo– y surge regularmente por estar sumergido en la civilización^{13,14}.

F] Ricoeur recuerda que los antiguos y medievales juzgaban como *concupiscencia essendi*, vanagloria del ser, el concepto insolente de la salud, la conmoción vanidosa ante el poder de la “buena salud”, el valor –ilusorio y auto-engañador– de leyes definitivas y absolutas, esto es, la depreciación irrespetuosa hacia lo patológico, la negación de la vulnerabilidad y lo percedero–por supuesto la depresión, como expresión señera¹⁵; con otras palabras, la ceguera o represión de las “situaciones límites”, que Jaspers señalaba como específicos a la condición humana –la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, la culpa–¹⁶; de ahí que la enfermedad en psiquiatría, históricamente, también conlleva el desprecio, exclusión, prejuicio y es definida como algo que falta, deficiencia, malogro, impotencia, otra organización, relación con un “medio encogido”, exclusión de lo social¹⁷.

G] Contrariamente, a partir de finales del siglo XVIII se comienza a concebir simultáneamente en cuanto portadora de valores positivos alternativos, como modo de existencia auténtica que apela al respeto, estima y aprecio a la vulnerabilidad misma, como prueba^{18,19}, cuyo sentido es el merecimiento, edificar la propia vida asumiendo la merma intrínseca del afecto depresivo^{20,21}.

H] En Grecia, diagnosticar era *diagigôskein*, que contenía un doble plano o significado: por una parte, discernir, diferenciar, distinguir y por otro, aprehender traspasando, franqueando, trasponiendo, empero introduciéndose, ahondando y develando lo que se esconde detrás de lo aparente²². La elaboración del DSM-III se esmeró por cimentar una nosología basada en la contraposición de dos maneras de entender el trastorno psiquiátrico: *top-down* y *bottom-up*. Mientras el *top-down* está basado en la experiencia de expertos acreditados, busca los rasgos esenciales *a priori* del cuadro, es pragmática, el *bottom-up* representa la reiteración epistémica sistemática, es empírica, mejora las tesis predecesoras, su meta es una progresión consistente acumulativa, sus hallazgos precisan de una revisión permanente²³.

I] Esta nosología psiquiátrica híbrida aspiró a transitar desde una práctica basada en la “intención” –experiencia, deseos, posibilidades subjetivas– a una fundamentada en la “validación” –verificación, experimentación; por otra parte, superar un modelo sustentado en las ciencias sociales –“modelo biopsicosocial”– en un modelo médico específico –“modelo basado en la evidencia”.

J] La propuesta taxonómica generada a partir del DSM-III es la culminación del proceso que ha evolucionado en tres etapas durante la historia de la medicina –léase psiquiatría–: comenzó con la medicina teórica basada en la especulación y medicina práctica basada en la intención, siguió en la medicina teórica basada en la experimentación y medicina práctica basada en la aplicación, para culminar en la actual medicina: teórica basada en la experimentación y medicina práctica basada en la verificación o validación²⁴.

K] Una inexactitud en la comprensión de esta nosología genera un error: el diagnóstico de depresión en el DSM expresa un índice (*index*) o medida de la depresión pero no la depresión misma, error categorial de confundir criterios de evaluación con la depresión en sí, lo heurístico reificarlo como depresión real, el índice con la

cosa misma²⁵. Locke lo previno al decir “*otro gran abuso de las palabras es tomarlas por las cosas... Cuántos nombres tomados como cosas son aptos para descarriar el entendimiento*”²⁶.

2. La depresión en psiquiatría

A] El modelo médico moderado (*soft*) operacionalizado a partir del DSM-III define los trastornos como síndromes con síntomas compartidos, signos, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento, es similar al propuesto por Wakefield^{27,28} como “disfunciones sociales” dañinas o procesos constitutivos de una amenaza a la salud que no cumplen las funciones generadas por la evolución. Contrariamente, el modelo médico estricto (*hard*) es naturalista, causalista, asevera que la depresión existe como hecho objetivo en la naturaleza, es real, discontinuo, válido, independiente del observador y que precisa ser descrito y explicado en términos biológicos, más específicamente, su causa radica en procesos fisiopatológicos del cerebro –mecanismo etiológico procedente de una señal originada en neurotransmisores²⁹.

B] La psiquiatría –el trastorno depresivo– ha evolucionado históricamente desde muchas a una y nuevamente a muchas causas³⁰: la búsqueda tenaz de causas ha significado que el predominio actual del modelo médico estricto ha generado problemas empírico-teóricos importantes, como descartar los modelos nominalista, dimensional, tipos prácticos, interpersonal y narrativo³¹.

C] En el fondo late la incógnita sustancial de si el trastorno depresivo es un ente natural hecho por el mundo o un tipo práctico elaborado por el hombre^{32,33}; vale decir, aquello que puede dar cuenta del enfermar depresivo obedece a un realismo (independiente de las actividades humanas), pragmatismo (categoría que funciona bien en el mundo), constructivismo social (fuerzas sociales juegan el rol decisivo en su gestación, la depresión etiquetada como “enfermedad mental” no es sino un mito producto del estigma imperante en occidente, puesto que la engendradora en un trastorno orgánico constatable es neurológica)³⁴⁻³⁷.

D] Una buena explicación que dé cuenta de la depresión, para responder si se requiere un nivel único específico positivo para elaborar una nosología basada etiológicamente, exige cumplir los siguientes criterios: (i) fuerza, (ii) fiabilidad

causal, (iii) generalizabilidad, (iv) especificidad, (v) manipulabilidad, (vi) proximidad y (vii) generatividad³⁸.

E] Empero la potente evidencia empírica acumulada sugiere que la entidad “trastorno depresivo mayor” presenta múltiples perspectivas explicativas que impiden privilegiar a una etiología en detrimento de las demás, impedimento señalado a partir de estos mismos datos científicos disponibles.

F] Esto significa que al enfrentar al trastorno depresivo se está ante una incertidumbre tanto científica como práctica: o se asume que las alteraciones depresivas basadas en un modelo de “entes/esencias” de la mente o cerebro se lo prefiere por sus posibilidades de investigación futura, sabiendo que no es sustentado actualmente por la investigación y por ello necesita acudir igualmente a juicios de valor tanto como empíricos o, por el contrario, se prefiere un modelo de un set o grupo de propiedades homeostáticas difusas, de varios niveles de interacción de relaciones más o menos estables, mecanismos cruzados, que suscitan un “trastorno depresivo mayor” borroso, con “zonas de rareza” respecto a su demarcación y que apunta a lo dimensional con preferencia a lo categorial³⁹.

G] En otros términos, o se apela a una teoría de la verdad de tipo correspondencia (cosas/esencias) o a una teoría de la verdad de tipo coherencia (conjunto de propiedades homeostáticas) –esta última impulsada por los trabajos iniciados en 1970 por Robins y Guze, forjando el *Research Diagnostic Criteria* (RDC) partiendo de los validadores de trastornos y que culminó desarrollando validadores de riesgo y validadores de cuadros clínicos⁴⁰.

3. Los supuestos del trastorno depresivo en psiquiatría

A]. Zubiri acentuó la transformación radical de los supuestos de la medicina como ciencia. Mientras el médico que ejercía la ciencia en la antigüedad procuraba ver, contemplar, acatar y respetar las manifestaciones de sus enfermos tal como se presentaban en sí mismos, el médico actual ejerce la ciencia como investigación; vale decir, mientras anteriormente se avistaba el ser “de las cosas” –la enfermedad– actualmente se registran dónde, cuándo y cómo se presentan –“los fenómenos patológicos”; en otros términos,

anteriormente importaba la “cosa” misma, en los tiempos actuales reemplazarlos por algo más preciso, la precisión objetiva— áreas definidas del cerebro⁴¹. En estos momentos se trata de delimitar con el mayor rigor posible la zona temporal y espacial de su gestación y, para lograrlo, el científico hace uso preponderantemente de la medida, lo que exige como condición insoslayable la presencia de alguien ante quien aparece y sin el cual habría indudablemente “existencia real”, aunque no un aparecer; o sea, “los fenómenos científicos” de la medicina son el “espectáculo de la naturaleza”—es transformar la “realidad” de la enfermedad en “fenómeno”.

B] Ortega se apoya en la teoría física, pero que puede ampliarse a la teoría biológica, lo que se traduce en que la “teoría biológica” tiene poco que ver con “la realidad” de la enfermedad, puesto que consiste en “predecir <ciertos> hechos reales, que son los experimentos...; no hay, pues, similitud alguna de identidad entre los contenidos o puntos interiores de la teoría y las partes de la realidad, por ello la correspondencia es disimilar (entre teoría y realidad); ...su correspondencia está garantizada por los experimentos (efectuados por el investigador), no por la similitud (entre contenido y realidad)”⁴².

C] Heidegger apunta a una doble constitución de la psiquiatría como ciencia que determina la posibilidad de aprehender el trastorno depresivo: “pensar calculador” y “proyecto previo”. A la ciencia actual le es inherente un tipo de pensar propio, impositivo e imperioso, el “calculador” o “representativo” (*Verrechnen*), pensar que se instaura y ejerce como procedimiento categórico—objetivador, operacional, dominador, instrumental, clasificatorio—, que dispone y decreta el dominio, señorío y supremacía en el proceder del investigador, en el atenerse con severidad a sus presupuestos, sus designios y su voluntad, por encima de lo investigado; en otras palabras, “la realidad” (*Wirklichkeit*) de lo depresivo se hace presente resultado de la actividad eficaz o productora (*wirken*) de este “proceder ejecutivo-asegurador” del pensar calculador.

D] El “proyecto previo” (*Vor-entwurf*) representa la otra cara del pensar representativo-calculador: el “dato científico” no es lo percibido inmediatamente en la realidad, trastorno depresivo, sino “lo escogido” con antelación por el “pre-proyectar” del investigador—los procesos

cerebrales; lo que llega a ser manifiesto, lo que aparece-en-presente (*An-wesen*) es resultado (*Er-gebnis*), secuela, efecto (*Er-folg*) del activo intervenir (*leisten*) del “proyecto previo” para transformarlo en inequívoco, preciso: es un des-ocultar provocante. Si las emisiones cerebrales son el producto (*das Herausgestellte*) del im-poner del investigador, su conocimiento, el científico, será forzoso (*zwingend*) porque impele a de-poner o re-mover “la-cosa-depresiva” y admitir los impulsos neuronales.

E] El saber científico se restringe a lo puesto-delante (*Gegen-stand*), lo ob-jetivo (lo pro-yectado, lo arrojado) para apropiárselo, someterlo, dominarlo. Esto significa que la presencia de lo presente se ha trasmutado en la objetividad del objeto⁴⁵. No obstante la ob-jetividad no resulta ser sino “una” de las maneras posibles de mostrarse la realidad, empero no la irrevocable ni final, en cualquier caso, no la primaria, sino tan solo complementaria y permanecer confinada solamente a ella, desfigura lo que se presenta, aun, lo destruye (*Vernichtung*), precisamente en el momento en que se procura aprehender algo tan sutil inherente al hombre como su disposición afectiva (*Befindlichkeit*) que se realiza concretamente como trastorno depresivo⁴⁶.

Depresión: ser, estar o tener

1. La psiquiatría ha ingresado definitivamente en la ciencia al constituirse como medicina teórica basada en la experimentación y medicina práctica basada en la verificación o validación⁴⁷.
2. Sin embargo, Kuhn hace presente que “todas las creencias sobre la naturaleza más pronto o más tarde se transforman en falsas”⁴⁸.
3. La depresión es una disposición afectiva fundamental inherente al ser humano (*Dasein*) porque esta es una unidad compuesta por tres momentos: a] proyecto; b] junto-a-los-otros; c] arrojado e implantado en el mundo no escogido en el que tiene que vivir⁴⁹.
4. “Ser” depresivo es un modo como el hombre lleva a cabo su pro-yecto vital, que puede rechazar o libremente auto-elegir.
5. “Estar” depresivo es existir entrampado, cautivo e impotente ante las imposiciones, gravámenes o coerciones provenientes del mundo-de-la-gente o mundo-del-término-medio.

6. “Tener” un trastorno depresivo mayor es una facticidad, estar arrojado y radicalmente auto-determinado (*Selbstbestimmung*), por tanto, imposibilitado de auto-elegirse (*Selbstwählen*), aunque precisa necesariamente asumir esta condición coercitiva⁵⁰.

Referencias

1. *Metafísica de Aristóteles*. 2 volúmenes. Madrid: Gredos, 1970.
2. Zubiri X. *Cinco lecciones de filosofía. Con un nuevo curso inédito*. Madrid: Alianza Editorial, Fundación Xavier Zubiri, 2009.
3. Jackson SW. *Melancholia and depression. From Hippocratic times to modern time*. New Haven & London: Yale University Press, 1986.
4. Figueroa G. Historia de la psiquiatra. En Ivanovic-Zivic R, Correa E, Florenzano R, eds. *Texto de psiquiatría*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 2017. p. 46-61.
5. Laín Entralgo P. *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat, 1982.
6. Laín Entralgo P. *La medicina hipocrática*. Madrid: Revista de Occidente, 1970.
7. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. *Research Diagnostic Criteria for a selected group of functional disorders*. New York: New York Psychiatric Institute; 1975.
8. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KWM, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DM-V. *Psychological Medicine* 2010; 40: 1759-65.
9. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Text Revision. DSM-5-TR™. Washington: American Psychiatric Association, 2022.
10. Vess R, Herrn R. Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive. *Nervenarzt* 2015; 86: 9-15.
11. Laín Entralgo P. *Ciencia, técnica y medicina*. Madrid: Alianza, 1986.
12. Gracia D. Contribución de las humanidades médicas a la formación del médico. *Humanitas* 2006; 1: 13-31.
13. Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
14. Laín Entralgo P. *Mysterium doloris. Hacia una teología cristiana de la enfermedad*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Internacional “Menéndez Pelayo”, 1955.
15. Ricoeur P. *Le juste II*. Paris: Éditions Esprit, 2001
16. Jaspers K. *Philosophie II. Existenzerhellung*. 4 Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 2008.
17. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. 2.edition. Paris: Gallimard, 1972.
18. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. 2. Edition. Paris: PUF, 1966.
19. Laín Entralgo P. *Enfermedad y Pecado*. Madrid: Toray, 1961.
20. Laín Entralgo P. La enfermedad como experiencia. En: Azorín, Laín, Marías, Aranguren, Menéndez Pidal. *Experiencia de la vida*. Madrid: Alianza Editorial, 1966 p. 51-107.
21. López JM, Morales JM. *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*. Madrid: Espasa-Calpe, 1970.
22. Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Barcelona: Salvat, 1982.
23. Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine* 2009; 39: 1935-41.
24. Gracia D. Medicina basada en experimentación y validación. Aspectos éticos. En: *Profesión médica. Investigación y justicia sanitaria*. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho, 1998. P. 111-8.
25. Kendler KS. The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 8.
26. Locke J. *An Essay Concerning Human Understanding*. Oxford: Oxford University Press, 1979.
27. Wakefield JC. The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist* 1992; 47: 373-88.
28. First MB, Wakefield JC. Defining “mental disorder” in DSM-V. *Psychological Medicine* 2010; 40: 1779-82.
29. Malhi G, Mann J. Depression. *Lancet* 2018; 392: 2299-312.
30. Kendler KS. From Many to One to Many—the Search for Causes of Psychiatric Illness. *JAMA Psychiatry* 2019; 19: E1-E7.
31. Kendler KS. Psychiatric Disorders: A Conceptual Taxonomy. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 557-65.
32. Zachar P. Psychiatric disorders: natural kinds made by the world or practical kinds made by us? *World Psychiatry* 2015; 14: 288-90.
33. Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry* 2016; 15: 5-12.
34. Szasz T. *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper-Collins, 2010.
35. Cooper D, Ed. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Paladin, 1967.
36. Cooper D. *The Language of Madness*. London: Penguin, 1978.
37. Laing RD. *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Penguin, 1960.
38. Kendler KS. Levels of explanation in psychiatric and

- substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Molecular Psychiatry* 2012; 17: 11-21.
39. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Men. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 115-24.
 40. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: Rationality and Realability. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 773-82.
 41. Zubiri X. *Naturaleza, Historia, Dios*. 9ª edición. Madrid: Alianza, 1987.
 42. Ortega y Gasset J. *La idea de principio en Leibniz y la evolución de la teoría deductiva. Obras Completas*. Tomo VIII (1958-1959). Madrid: Revista de Occidente, 1962. P. 60-357.
 43. Heidegger M. Wissenschaft und Besinnung. In: *Vorträge und Aufsätze*. 5. Aufl. Pfullingen: Neske, 1967. pp. 41-66.
 44. Heidegger M. Das Ding. En: *Vorträge und Aufsätze*. 5. Aufl. Pfullingen: Neske, 1967. pp. 157-75.
 45. Heidegger M. Das Ding. En: *Vorträge und Aufsätze*. 5. Aufl. Pfullingen: Neske, 1967. pp. 37-59.
 46. Heidegger M. *Platons Lehre von der Wahrheit. Mit einem Brief über del "Humanismus"*. 2. Aufl. Bern: Francke, 1954.
 47. Figueroa G. DSM-V ¿La incorporación definitiva de la psiquiatría en la medicina? *Rev Med Chile* 2019; 147: 475-79.
 48. Kuhn TS. The trouble with the historical philosophy of science: Robert and Maurine Rothschild Distinguished Lecture, November 19, 1991. Cambridge Department of the History of Science, Harvard University, 1992.
 49. Heidegger M. *Sein und Zeit*. 10. Aufl. Tübingen: Niemeyer, 1963.
 50. Heidegger M. *Einführung in die Methaphysik*. Frankfurt: Klostermann, 1983.