

¿Qué pasa por el cuerpo en la depresión?¹

Natalia Molina ²

Resumen

La pregunta por la corporalidad en la depresión ha sido una constante en los estudios sobre este fenómeno, especialmente cuando se interroga su etiología y sus manifestaciones sintomáticas. En la investigación “Experiencias que ayudan a sentirse mejor ante la vivencia de la depresión”, el cuerpo se vuelve el eje central y su trascendencia abarca más que el carácter orgánico para marcar una línea transversal en el proceso de diagnóstico y reconocimiento de la fenomenología de la depresión, la evolución del tratamiento y la mejoría. Tanto en la experiencia de las personas entrevistadas, como en los diferentes acercamientos teóricos, el cuerpo es pensado desde diferentes perspectivas, como organismo o como construcción simbólica, lo que va a tener consecuencias en los significados e interpretaciones que se constituyen en torno a la psicopatología de la depresión.

Palabras Claves: Depresión, cuerpo.

Abstract

The question for the status of the body has been a constant on the studies about depression, especially when its etiology and its symptomatic manifestations are examined. The body is the focus of the research “Experiences that help people feel better with the experience of depression”; but there its significance encompasses more than its organic characteristics, it is accounted also as an important element for the understanding of the phenomenology, diagnosis, evolution, treatment, and improvements of depression. The body is considered from diverse perspectives by those interviewed in the research and also by the different theoretical perspectives. The body can be understood as an organism or as a symbolic construct, and this has repercussions for the meanings and interpretations that can be formed around the psychosomatics of depression.

Key Words: Depression, Body.

-
1. Artículo derivado de la investigación financiada por el CODI “Experiencias que ayudan a sentirse mejor ante la depresión”, trabajo de grado en el que participaron también Anamaría Zuluaga Pineda, Jannina Senior Arrieta y César Augusto Ceballos González.
 2. Psicóloga Universidad de Antioquia. Dirección electrónica: nataliamolinapsi@gmail.com

Introducción

La depresión se ha convertido en las últimas décadas en tema de reflexiones, cuestionamientos y debates, a partir de los cuales profesionales de diferentes áreas han logrado avances en torno a aspectos tales como su definición, etiología, evolución y tratamiento. Continúan habiendo sin embargo muchas diferencias acerca de si la infelicidad humana tiene una explicación biológica (Lawrence, 2008), si el mejor tratamiento es el farmacológico o debe acompañarse de psicoterapia (Horgan, 2001) y si el responsable de tal mejoría es el psiquiatra (o el profesional) o el paciente. Más allá de las controversias respecto a la etiología, a los mejores métodos de diagnóstico y de tratamiento, es claro que la depresión es una experiencia que implica un malestar y que este malestar pasa por el cuerpo.

Este artículo surge entonces por la necesidad de un reacercamiento al lugar del cuerpo en la experiencia depresiva. Se deriva de la investigación “Experiencias que ayudan a sentirse mejor ante la vivencia de la depresión” (Ceballos, Molina, Senior y Zuluaga, 2007), cuyo informe final se presentó a la Universidad de Antioquia como trabajo de grado. Si bien la pregunta de dicho estudio se dirigía a ¿cuáles experiencias subjetivas son significadas como aliviadoras por las personas que han vivido una depresión y cómo se construyen tales significados alrededor de la mejoría?, el cuerpo como lugar para la expresión del malestar y como categoría de análisis ocupa el primer lugar y transversaliza el acercamiento analítico al fenómeno de la depresión.

Justamente una de las principales dificultades que ha existido en torno a cómo se entiende la depresión en los ámbitos académicos es la falta de consenso en definirla como un trastorno del cuerpo o del alma, una enfermedad o un conflicto psíquico; sentido en el cual se sigue manteniendo el clásico dualismo, donde el cuerpo que se pone en escena corresponde más al organismo que al que se le atribuyen las causalidades de la depresión (López, Restrepo, Gómez y Holguín, 2004) o a los síntomas orgánicos que se cuentan como los segundos más recurrentes entre las manifestaciones y de gran importancia diagnóstica (Daset, Ciasullo, Tafernaberry y Saiz, 2002). Sin embargo, el cuerpo al que aluden las personas entrevistadas durante el estudio tiene un lugar diverso; sin ignorar la participación de procesos biológicos en su experiencia, se trata para ellos más de un cuerpo con un estatuto simbólico, que les habla (aunque no siempre se le escuche) de lo que les sucede, de su posición subjetiva frente a la depresión, y que en últimas, va a adquirir un papel fundamental en la vivencia de la mejoría.

En respuesta a un interés particular por el tema del cuerpo y su lugar en la expresión de conflictos psíquicos, es que se presenta aquí una relectura respecto a ¿cuál es el cuerpo del que se trata en la depresión? En el contexto del informe de investigación las premuras en relación al tiempo y los intereses personales de los investigadores

“... una de las principales dificultades que ha existido en torno a cómo se entiende la depresión en los ámbitos académicos es la falta de consenso en definirla como un trastorno del cuerpo o del alma...”

resultaron en una discusión centrada en los procesos de tratamiento y mejoría, y el lugar del cuerpo quedó meramente enunciado. Ahora, sin ningún afán explicativo y más bien con innumerables interrogantes, quisiera volver a dar una mirada sobre aquello que el cuerpo dice en la depresión, para intentar hacer luego una articulación con algunos postulados teóricos alrededor del cuerpo y la diversidad de sus expresiones.

1. Materiales y métodos

El paradigma cualitativo y el enfoque fenomenológico sirvieron de fundamento metodológico al estudio que se retoma en este artículo. La comprensión de los significados subjetivos y la visión holística que intenta comprender de manera profunda el fenómeno en su contexto, se corresponden con el objetivo de la investigación de abordar la experiencia subjetiva. El método específico para la recolección de la información fue el estudio de casos, mediante la técnica de la entrevista a profundidad.

La muestra estuvo compuesta por cinco hombres y tres mujeres, entre los 23 y 55 años de edad, contactados a través de convocatoria abierta en instituciones universitarias de la ciudad y por referencia de personas conocidas. En tanto en este tipo de estudios prima la búsqueda de significados subjetivos y no las generalizaciones o estandarizaciones de la experiencia, el tamaño muestral, aunque pequeño, permitió acceder a una información muy diversa y profundizar los aspectos que nos interesaba abordar.

Dentro de los criterios de selección estaban: ser mayores de edad, que la depresión no fuese secundaria a una enfermedad médica o alteración neurológica constatada, y haber experimentado y mantenido hasta el momento de la participación del estudio un período de mejoría (remisión de los síntomas). Se llevaron a cabo una o dos entrevistas a profundidad con cada participante, en las que se contó con un protocolo de preguntas semiestructurado.

Las categorías a considerar para el análisis fueron las siguientes: explicación del origen, proceso diagnóstico, cómo vivió su depresión, elementos motivadores, qué ayudó a sentirse mejor y proceso de mejoría. Aquí se retoma ese análisis categorial para rastrear el lugar del cuerpo a lo largo de la experiencia.

1.1. Hallazgos

Fenomenológicamente la depresión se manifiesta en distintas dimensiones. En el estudio que cito para este artículo se pueden identificar principalmente tres formas de manifestación de la depresión: la dimensión del pensamiento o cognitiva, la dimensión afectiva y la dimensión corporal. Estas tres se interrelacionan en otras de las características más popularmente reconocidas en las personas que viven una depresión: el aislamiento, el dejar de disfrutar cosas que antes disfrutaban, las dificultades en el desempeño laboral, escolar o social, la parálisis o desmotivación vital y la cercanía a las experiencias de muerte. La dimensión corporal, imposible de separar de la totalidad de la experiencia de la depresión, es entonces la que se desarrolla a continuación.

1.1.1 Dolor psíquico: dolor del cuerpo

Llanto, tristeza, angustia, desesperación, aunado a dolores del cuerpo (de espalda, de cabeza), tensiones musculares, mareos, falta de energía, cansancio, insomnio, anorexia, dificultades respiratorias, fueron las manifestaciones más frecuentemente sufridas en el cuerpo por las personas entrevistadas y que cobraban para ellos un carácter incapacitante y doloroso. Todas afecciones del cuerpo que inicialmente aparecen sin motivación, ilógicas e incomprensibles, extranjeras de la propia experiencia.

Estas revelaciones del cuerpo introducen dos preguntas fundamentales respecto a la vivencia de la depresión: ¿Qué es lo que sucede? ¿Y de dónde o por qué surge? Aún cuando en algunos de los informantes del estudio se presentaron otro tipo de “síntomas” antes que los corpo-

“... se pueden identificar principalmente tres formas de manifestación de la depresión: la dimensión del pensamiento o cognitiva, la dimensión afectiva y la dimensión corporal...”

rales, es esencialmente cuando las afecciones somáticas tienen lugar que comienza a reconocerse que algo anda mal y lo incomprensible de este malestar alienta a buscar respuestas: *una vez yo amanecí muy deprimido... muy deprimido no. Lo primero que yo noté fueron digamos trastornos psicósomáticos... yo me sentía como mareado, empecé a perder la noción de tiempo y espacio (A).*

Ante este llamado del cuerpo comienza la construcción de hipótesis respecto al origen, y la primacía que tiene el cuerpo, y esto implica para la mayoría de las personas entrevistadas, la idea de una enfermedad, valga la redundancia, de origen orgánico, que los está afectando. La explicación que cada uno inicia alrededor de “eso que anda mal en el cuerpo” va a tener una fuerte incidencia en la forma en que le hagan frente a la depresión. Así, de un lado las hipótesis se construyen alrededor de una predisposición física (bioquímica, genética), mientras del otro, las causas se hallan más ligadas a aspectos relacionales (ser muy dependientes de otros, sentirse una víctima, encerrarse), que son reconocidos como previos al afloramiento de la depresión (que se equipara en ese momento al surgimiento del dolor en el cuerpo). Sin embargo, aún cuando no haya claridad sobre si el origen está en lo somático o en lo psíquico, la

división fundamentalmente establecida por las personas entrevistadas, siempre se expresa en el cuerpo.

Para aquellos que consideran la depresión como algo heredable o desencadenado por un desbalance bioquímico, la solución comienza a encaminarse a los profesionales médicos y al consumo de medicamentos. Además, siendo la depresión una enfermedad, resulta para ellos incontrolable e incomprensible, porque está afuera, es externa a sí mismos aunque esté en su cuerpo. En esta vía, el cuerpo, más que una construcción simbólica, pasa a ocupar meramente su cualidad orgánica, y para quienes se unen a esta explicación, lo orgánico es siempre más fuerte que su voluntad. Las preguntas subjetivas se vuelen carne y pierden su conexión con lo psíquico. De otro lado están quienes reconocen algo de sí mismos en lo que les pasa por el cuerpo. Para ellos, lo que les pasa por el cuerpo, orgánico o no, los implica, y en este sentido se ponen en juego su voluntad y su responsabilidad en la búsqueda de mejoría y en la comprensión de la interrelación entre lo que les resulta conflictivo psíquicamente y lo que se pone en el cuerpo, si bien se mantiene alguna diferenciación entre estas entidades (cuerpo y alma). *Me parece que muchas veces son las cuestiones subjetivas las que influyen en lo que le está pasando a uno, que de pronto algo químico, algo... que de pronto puede que en mí sí opere eso químico, no sé. Pero pienso que es muy importante como la, la parte interna, como muy subjetiva la que le ayuda a uno a salir, mejorar, o la que también hace que uno caiga en eso (B).*

A las personas que ubicamos dentro del primer grupo, podría decirse que la depresión les pasa en el cuerpo, en un organismo extraño a ellos, el cuerpo habla pero no les dice nada; mientras que a las segundas, la depresión les pasa por su cuerpo y por eso puede ser interrogado y a partir de él encontrar respuestas subjetivas. Por eso, hablar del cuerpo no implica siempre que la interpretación de lo que les suceda sea interna, es decir, que comprometa su subjetividad, pues en la primera tendencia a interpretar desde afuera, lo que viene del cuerpo no genera sino extrañeza y, por ende, se siente como ajeno. La referencia a la palabra “cuerpo” se mantiene entonces porque los informantes lo nombran así, aun cuando la alusión sea más bien a lo que podríamos llamar organismo.

El que todas sus preguntas por lo que les sucede giren alrededor de lo que pasa en o por el cuerpo, hace que lógicamente la búsqueda de respuestas se dirija inicialmente a un profesional de la medicina. Al médico (general o con especialización psiquiátrica) se le concede un lugar de saber sobre qué les pasa y qué los puede curar. Sin embargo, la tendencia de los profesionales de la medicina a conocer de un cuerpo desalmado, hizo que en ocasiones el proceso de diagnóstico y tratamiento para estas personas derivara en la recepción de múltiples etiquetas diagnósticas, en donde el diagnóstico se mantenía si el medicamento recetado tenía un efecto benéfico sobre los síntomas, y en el caso contrario era modificado. De la misma manera, la falta de comprensión

“... la depresión era ignorada cognitivamente por los informantes a causa de su contenido doloroso, no se hablaba de ella y más bien se escondía porque podía resultar estigmatizante...”

hacia los síntomas corporales que presentaban estas personas, que no encontraban correlato diagnóstico a través de exámenes de laboratorio y auscultaciones, hizo que la respuesta de algunos profesionales fuera la de: “usted no tiene nada”, o por lo menos “nada en el cuerpo”, con la consecuente sugerencia de ir al profesional psi: *Entonces, ningún cuadro clínico cuadra con lo que vos tenés. Es que a vos no te duele nada (Dice G de su médico).*

A esto se añade el convencimiento de algunos de los participantes de la investigación de que lo que les pasaba no era una enfermedad sino un dolor moral, que al no pasar por las palabras (en tanto se pretendía dejar de hablar y de pensar sobre lo doloroso) comenzó a explotar en el cuerpo; más bien, en el caso de uno de los informantes, comenzaba a reconocerse como enfermo, porque le recetaban medicamentos que le proporcionaban una peligrosa tranquilidad absoluta y lo sumían en un estado de irresponsabilidad. Así, aunque la depresión era ignorada cognitivamente por los informantes a causa de su contenido doloroso, no se hablaba de ella y más bien se escondía porque podía resultar estigmatizante, y aunque los médicos no leyeran en el malestar corporal nada que pudieran explicar, el cuerpo continuaba apareciendo como delator, ponía en evidencia que algo andaba mal y el malestar continuó avanzando hasta rozar los límites con la muerte.

1.1.2. Metáforas de la muerte en el cuerpo

Existe un punto en la experiencia de las personas entrevistadas que nombramos como el “momento mortífero”. En él la fenomenología de la depresión se intensifica, especialmente en lo que se refiere a lo somático: la falta de energía, el estar postrado en la cama, pérdida de peso, desmayos, sensación de cansancio, estados alterados de conciencia, que se volvían recurrentes y para algunos permanentes. *Queda uno pues... como reducido a una cama que uno no puede pararse, es como en agonías, que uno ya se está muriendo. (C)*

Este sentir la muerte en el cuerpo se constituye en una experiencia límite, en una forma de hacer una pregunta por la muerte que no pasó por la palabra. Para ellos el malestar en el cuerpo, el dolor, eran tales que sentían que se desvanecían, desaparecían. Algunos se encontraron entonces frente a un temor ante la idea de estar muriendo, mientras que otros estaban bajo la posición de entregarse a la muerte antes que seguir sufriendo la depresión, el deseo de no estar vivo era más fuerte que el de mejorar. *Es una crisis, es tan grande que ahí es cuando uno dice, que así no se mate uno mismo,*

está atentando contra su vida, porque si no me alimento, si no duermo, si no busco la gente, con la que usualmente comparto, entonces eso es como... un, un suicidio casi paulatino (D).

En este punto la renuncia a pensar y a hacer, deja como único protagonista al cuerpo y la muerte fluye en él. A veces éste se volvía una búsqueda activa de la muerte, bajo la forma de intentos de suicidio u otros actos mortíferos: *el cuerpo se me estaba yendo, yo bien flaco, perdiendo mucho peso, pálido, escondido, guardado del sol, sin comer, trasnochando, fumando cigarrillo como una bestia, en un ritmo de vida, sí, pues como, como dándole duro al cuerpo” (F).* Desde allí, desde el fondo, algunos identifican un deseo de muerte en sus afecciones de su cuerpo y un rechazo rotundo a mantener el vínculo con los otros y con el mundo; aparece en varios informantes una interpretación de su tentación a entregarse a la muerte, de profundizarse en ese estado y sentirlo en el cuerpo, como una experiencia necesaria para salir de la depresión y en la que ellos decidieron intervenir, no una consecuencia última del malestar.

De esta manera, la depresión misma, y esa incursión en el inframundo que implica el momento mortífero, puede pensarse como una forma de intentar resolver algo, un conflicto, una pregunta subjetiva, aún cuando esto implicara el paso por una experiencia de dolor. Esta vivencia del dolor llevada al límite cobra valor en la experiencia de las personas entrevistadas, en tanto las enfrenta con la muerte y las incita a hacer algo. Ellos los expresan bajo la fórmula de que “es necesario tocar fondo para decidir hacer algo y buscar sentirse mejor”; ir al límite, a lo más cercano a la experiencia de muerte en el cuerpo, para emprender el camino de vuelta a la vida. El momento mortífero permite entonces “devolver el alma al cuerpo que se muere”.

Esta muerte bien puede ser pensada para algunos como una metáfora, en tanto la muerte puesta en el cuerpo les hablaba, les interrogaba, y pudieron a partir de allí construir un sentido a la experiencia, organizar sus hipótesis en relación al origen de la depresión, y consecuentemente, elegir ciertas formas de tratamiento que les permitían continuar escuchando al cuerpo e interrogándose, ya no sólo sobre la depresión sino por su posición subjetiva en la vida y en la relación con los otros. *Ahora lo que pienso es que era algo necesario, que no sé, si era mi inconsciente... no sé, algo en mí quería hablar, y se manifestó de esa forma. (B)*

En otros casos, por el contrario, la muerte parece literalizarse en los participantes, sin llegar a morir realmente, el cuerpo si se les muere, se deteriora en sus síntomas, no les responde y la forma de salir de allí es el medicamento y su único objetivo aliviar el malestar físico; no llegan más allá de lo orgánico a reconocer qué de sí mismos les decía su cuerpo, de él sólo escuchaban que había un dolor que era necesario cesar. En consecuencia, para quienes representan esta última tendencia, lo que aparecía en el cuerpo no llegó a tener sentido, o tuvo uno muy turbio, donde lo que sentían se asemejaba mucho a lo que conocían como síntomas orgánicos, sensaciones que los sacaban de este mundo y les hacía preferir morir o sentir que se morían y que podían perder el sentido.

1.1.3 ¿Qué cura el cuerpo?

La búsqueda de tratamientos o alternativas para sentirse mejor va a estar orientada en los informantes por el lugar que dan a lo que pasa por el cuerpo. Siguiendo con las tendencias que se han ido construyendo, se trataba para algunos de borrar los síntomas del cuerpo y curar el dolor

para volver a un estado anterior de bienestar, semejante a un estado previo a la depresión, por lo que los tratamientos médicos fueron la principal opción. El poder del químico sobre el organismo, sobre todo cuando se trataba de una enfermedad de origen bioquímico, sería entonces capaz de hacer desaparecer el malestar, y para ellos sentirse mejor significó recuperarse del malestar del cuerpo y seguir las actividades de su vida con un dolor psíquico medianamente soportable. La mejoría se significa entonces en torno a una recuperación de la homeostasis orgánica, y es el otro, al que se le supone un saber, el que debe lograrla y adelantar la cura.

Para los demás, el cuerpo es el que cura la depresión, en el sentido en que reconocer a partir de él situaciones que les conciernen en la vida, los invita a pensarse, interrogarse y abrirse una puerta al cambio. Es por esto que la palabra y la escucha tuvieron un lugar fundamental en los tratamientos buscados por estas personas, ya se trataran de psicoterapias o de tratamientos médicos convencionales o alternativos, donde el profesional más que dar una respuesta curativa abría preguntas y escuchaba las elaboraciones de los pacientes. Igualmente, otras actividades como la danza, el yoga, el ejercicio físico, cobraron relevancia por la manera en que permitían contactarse con el cuerpo y seguir explorando sus significados. El escuchar al cuerpo apenas es el inicio de la mejoría, la transformación subjetiva que implicará para estas personas el sentirse mejor pasa entonces por su responsabilización frente a lo que les ocurre (en cuerpo y alma).

Es preciso anotar sin embargo, que el medicamento no implica en sí una resignación a la recuperación de los síntomas y una irresponsabilización por un verdadero cambio ante la depresión. El medicamento tiene función y efecto según el lugar que le atribuyan, tanto el médico como el sujeto deprimido. Así como puede restringirse a lograr una recuperación del organismo, e incluso puede crear una dependencia a él como única salida a la depresión, hay una recuperación del cuerpo necesaria en la mayoría de los casos y el medicamento permite rescatar al cuerpo del momento mortífero para dar la posibilidad al sujeto de interrogarse, analizar su vivencia y hacer algo con eso de sí mismo que reconoce en ella.

“Cuando el cuerpo es extraño en su dolor al propio sujeto, las posibilidades de que pueda en algún momento ser escuchado son pocas; la depresión se convierte así en una enfermedad, con carácter crónico...”

Cuando el cuerpo es extraño en su dolor al propio sujeto, las posibilidades de que pueda en algún momento ser escuchado son pocas; la depresión se convierte así en una enfermedad, con carácter crónico, y que sólo presenta como tratamiento una especie de cuidado paliativo que se logra con el uso sostenido en el tiempo de medicamentos antidepresivos

y ansiolíticos. Si el cuerpo comienza a reconocerse como propio, aunque inicialmente se viva en la experiencia depresiva como incomprensible, se abre la posibilidad de construcción de sentido alrededor de esos síntomas del cuerpo y deviene una implicación subjetiva.

2. Discusión

De la misma manera que en los discursos de las personas entrevistadas en la investigación, se reflejan múltiples posiciones alrededor del estatuto del cuerpo en la depresión, en el ámbito académico y profesional se proponen distintas perspectivas desde donde pensar las expresiones psicósomáticas en aquel fenómeno, bien sea dándole privilegio a las funciones orgánicas alteradas o rescatando del cuerpo en dolor lo que dice de la subjetividad.

Es así como para algunos teóricos se trata de señalar los síntomas del organismo asociados a la depresión como una de las más comunes manifestaciones que determinan el diagnóstico:

La segunda dimensión (las otras son cognitiva y de desempeño), cuyo carácter es más de tipo somático, está constituida por síntomas como los problemas digestivos, sensación de molestia en el estómago, dolores de cabeza frecuentes, cansancio la mayor parte del día -sin causa médica conocida- y que se manifiestan conjuntamente con un estado de ánimo general de tipo deprimido. Este tipo de manifestaciones es el que más frecuentemente se presentaría en las poblaciones latinas, según se expresa en la mayoría de los trabajos científicos y de carácter transcultural sobre el tema (Daset y cols. 2002, p.39).

Esto concuerda con la importancia que adquieren tales manifestaciones en las personas entrevistadas y resalta el lugar que tienen de lanzar una alarma desde el cuerpo de que algo está sucediendo con ellos (o en ellos, según la posición).

José Guimón, psiquiatra y psicoanalista español, refiere en su libro *Los lugares del cuerpo: neurobiología y psicología de la corporalidad* (1999), que en lo que se refiere a la vivencia del cuerpo en las depresiones, las observaciones se han centrado en especial en la frecuencia de la hipocondría (como síntoma leve en las depresiones neuróticas y con aspecto delirante en las psicóticas) y en la posible existencia de síntomas de despersonalización. Este autor diferencia las manifestaciones de la corporalidad en la depresión según se trate de una depresión psicótica o neurótica (reactiva o exógena), incluyendo entre las primeras las cenestopatías, el síndrome de Cotard y la hipocondría (delirante). Si bien continúa refiriéndose a ellas como somatizaciones penosas (término poco específico para alcanzar los significados de estas manifestaciones), trata de resaltar que no todas las manifestaciones de la corporalidad en la depresión son iguales y que se construyen a partir de acontecimientos de la historia subjetiva.

Los autores colombianos Castillo y Serrano (2006) resaltan el carácter de despersonalización que puede implicar el dolor corporal intenso sentido en la depresión, pero también introducen la posibilidad de pensar que en crisis intensas de depresión el dolor puede ayudar a sentir mejor el propio cuerpo, manteniendo las funciones de la identidad (repersonalización). Igualmente señalan cómo la identidad de todo ser humano está relacionada con la corporalidad, y a través de ella, la persona se identifica en lo individual y lo colectivo mediante sus significados de tener un cuerpo, ser un cuerpo y hacer cuerpo con. Esto reafirma lo expuesto en el discurso de los informantes, donde la vivencia de la depresión puede hacer estragos sobre su identidad y la posición ante los síntomas corporales. Como se ve claramente en la presentación de hallazgos, la posición ante los fenómenos del cuerpo en la depresión se establece en relación a significados particulares que cada sujeto construye alrededor de su cuerpo.

Al abordar el carácter biológico de la depresión, Lawrence (1998), con una posición totalmente antipsiquiátrica, hace una fuerte crítica a las teorías biologicistas, afirmando que la idea de que la depresión pueda estar causada por un “desequilibrio bioquímico” es una idea errónea y que justifica lo que en realidad es un uso injustificado de terapias físicas, a la vez que justifican la existencia de la psiquiatría como una especialidad médica distinguible de la psicología o el simple asesoramiento; añade que incluso si se demostrara que existe una anomalía biológica asociada a la depresión, nos podríamos preguntar si ésta es causa o efecto del padecimiento. También indica que el argumento más gastado es que los antidepresivos no servirían si la causa de la depresión no fuera biológica:

Pero los antidepresivos no sirven. Como dijo el Dr. Peter Breggin en 1994: “No hay evidencia que los antidepresivos sean especialmente efectivos” (Replicándole con insolencia a Prozac, St. Martin’s Press, p. 200), esto es, en algunos estudios los placebos funcionan tan bien como el Prozac. Y aún en el caso que los llamados antidepresivos sirvieran, eso no demostraría una causa biológica de la depresión ¡de igual manera como el sentirse mejor con marihuana, cocaína o alcohol no demuestra una causa biológica! (p. 5)

Si bien parece una posición extrema, existe un punto que es particularmente llamativo en sus argumentos antiobiologicistas:

Es curioso, pero una lectura cuidadosa de libros y artículos de aquellos siquiátras y sicólogos que creen en estas causas, generalmente revela causas *sicológicas* que la explican adecuadamente, incluso cuando los autores creen que ese mismo caso ejemplifica la depresión biológica. (...) Una de las razones por las que la gente teoriza sobre causas biológicas de la “depresión” es que algunas veces se encuentran tristes por razones incomprensibles. Esto sucede debido a aquello que los analistas llaman *inconsciente* (...) Que las experiencias de la vida causen infelicidad o la llamada depresión no siempre es obvia, ya que generalmente los procesos y memorias relevantes están ocultos en las partes inconscientes de la mente. (Lawrence, 1998, p 7).

Hay un punto en que los resultados del estudio reafirman el peligro que Lawrence señala respecto al biologicismo. Al relacionar la depresión sólo con procesos orgánicos

que explican las alteraciones funcionales, o al recurrir al término somatización como especie de defensa del profesional médico donde delimita su labor a lo orgánico, se pone en escena un total borramiento de la subjetividad y cualquier cosa que el cuerpo pudiera encarnar de esa subjetividad es ignorada. Esto establece la pregunta por si entonces los profesionales que adoptan esta posición biologicista, médicos y no médicos, se encuentran en una incapacidad de escuchar los decires del cuerpo, y si pesquisar la subjetividad allí implicada es entonces una tarea asignada exclusivamente al psi. La mayoría de las personas que experimentan o experimentaron una depresión le asignan a la medicina un saber acerca de lo que les sucede, en tanto esto comienza a expresarse en el cuerpo, pero la respuesta del profesional es que en ese cuerpo del deprimido su conocimiento no tiene lugar, ¿el cuerpo que sufre las afecciones psicósomáticas de la depresión se trata entonces de un cuerpo distinto al que conoce el médico?, o ¿se corresponde, como ocurre en algunas de las personas entrevistadas, con el organismo del que se encarga la medicina?

Igual que para algunos el cuerpo deprimido sólo habla de defectos neurotransmisores o alteraciones hormonales, para otros se trata de motivos no conocidos, de conflictos inconscientes que afloran en el cuerpo. Pero, ¿cómo se particulariza ese decir?

Ante la declaración pública de la depresión como una enfermedad y del deprimido como un enfermo, Carrasquillo apela:

“... La mayoría de las personas que experimentan una depresión le asignan a la medicina un saber acerca de lo que les sucede, en tanto esto comienza a expresarse en el cuerpo, pero la respuesta del profesional es que en ese cuerpo del deprimido su conocimiento no tiene lugar...”

Si el paciente deprimido es un enfermo y la depresión una enfermedad para la que la psiquiatría tiene ya las respuestas, ¿dónde queda el espacio para la particularidad del sufrimiento de cada paciente? (...) ¿dónde queda el espacio para la responsabilidad subjetiva del paciente? (...) la medicina contemporánea se adjudica no sólo el saber sobre el deprimido y su supuesta enfermedad, sino que le niega a éste el espacio, tanto para llegar a saber, como para asumir eso que resulta tan central al interior de la ética que propone él y estructura al psicoanálisis: la responsabilidad subjetiva (2001, p.1).

A través de la reconstrucción de su experiencia en el discurso, las personas que participaron de la investigación nos insisten que el lugar del

cuerpo y las manifestaciones de la corporalidad en la depresión, dependen siempre de una posición subjetiva, y comprender ese decir, subjetivar lo que pasa por el cuerpo, implica una interrogación e historización de esos llamados del cuerpo que para otros sólo suman como síntomas o signos para un diagnóstico o señalan una comorbilidad. En algunos casos, esa historización o construcción de sentido alrededor del cuerpo

no ocurrió. A las imposibilidades subjetivas se suman las de los profesionales que no facilitan un espacio para la construcción de un saber alrededor de lo que ocurre en el cuerpo y esas expresiones se quedan mudas o hablan sólo de enfermedad.

Zuberman, psicoanalista argentino, resalta la importancia de no generalizar las expresiones clínicas del cuerpo y aborda tres de ellas. El *síntoma histérico* donde lo simbólico invade al

cuerpo imaginario, permite interpretarse, interroga al sujeto y a partir de su historización puede hacerse una construcción de sentido y un cambio de posición ante el sufrimiento que implica. En el *fenómeno psicósomático* hay siempre registrado un lugar silencioso, un lugar que no habla, que no asocia, que no dice, sustraído del anudamiento significativo. En la *hipocondría* no se avanza por lo simbólico, no es esta la forma de saber del deseo; el hipocondríaco busca en el órgano una respuesta que sólo se alcanza en el nivel significativo, interroga a lo real del órgano desviando el lugar de la pregunta, donde habrá muchas palabras que dicen poco o nada del deseo.

Sin pretender ninguna traducción a la teoría, este acercamiento invita a pensar los múltiples estatutos de la corporalidad en la depresión. De un lado están las cualidades de las expresiones del cuerpo en aquellos que pudieron construir un significado alrededor de los síntomas corporales y lograron gestar una transformación en relación al sufrimiento que entrañaba para ellos la depresión; mientras para otros, al igual que para algunos teóricos, se trata meramente de síntomas orgánicos, vacíos de sentido, aunque muchas veces rellenos de conocimiento médico.

Para terminar, hay una referencia a Carmen Gallano (1997) que tardíamente me hizo interrogarme sobre la experiencia de la depresión como una experiencia que pasa por el cuerpo. Ella dice respecto a los sujetos deprimidos: “son sujetos que se limitan a desgranar los afectos que muestran la naturaleza de su lamento depresivo: abatimiento, vacío de sentido, peso del cuerpo, dolor congelado... Dan testimonio de lo que es para ellos imposible de soportar, pero ese imposible no se sitúa en las coordenadas significantes de la coyuntura en la que se han desmoronado”. El llamado será entonces a crear un lugar para el descongelamiento de ese dolor y la oportunidad de resignificación de la experiencia.

“Ante ese dolor congelado, el anhelo de algunos es la recuperación de un estado previo a la depresión, la vuelta a ser lo que se era antes...”

Ante ese dolor congelado el anhelo de algunos, como vimos antes, es la recuperación de un estado previo a la depresión, la vuelta a ser lo que se era antes. Gallano llama la atención a esta esperanza de muchos en donde la curación es un *restitutio ad integrum* de su estado anterior. Acá el medicamento aparece como garante de ese estado que nunca se consigue y que en muchas ocasiones perpetúa el goce al que liga al sujeto, haciendo una especie de intercambio entre el goce de ese momento mortífero y el que produce la eternización de un malestar apenas sobrellevable con el medicamento. Al contrario se puede aventurar la hipótesis de que una salida de la depresión, en el sentido de la transformación, se inicie con poner un límite al goce y comenzar una apuesta a la vida.

Prestar oídos al cuerpo y enterarse de su implicación en la experiencia subjetiva de la depresión es entonces un primer paso para lograr tener noticia, tal vez, de aquello que

grita: Si protesta ante una homogenización del deseo o particulariza formas de gozar, si se presta al síntoma para hablar o se mantiene petrificado y sin decir, si encarna una pregunta por la muerte que en él se literaliza o empuja a elegir la vida.

Referencias

- Carrasquillo A. (2001). Interrogar la depresión. Recuperado el 11 de marzo de 2008, de http://www.sappiens.com/castellano/articulos.nsf/Psicolog%C3%ADa/Interrogar_la_depresi%C3%B3n/70CAE3104A2244B841256AA80037C036!opendocument
- Castillo C. A., Serrano C. (2006). El cuerpo doloroso, migraña y depresión. *Acta Neurol Coloma* 22, 262-268.
- Ceballos, C. A., Molina. N., Senior, J., Zuluaga, A. (2007) Experiencias que ayudan a sentirse mejor ante la vivencia de la depresión. Tesis para optar al título de psicólogos. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Daset, L. R., Ciasullo, M. P., Tafernaberry, P. A., Saiz, M. E. (2002). Síntomas de depresión en adultos. Avances de un estudio exploratorio. *Revista Prisma*, 18, 34-43.
- Gallano, C. (1997) ¿Qué se esconde en las delicias de la depresión? En: Agüero, J. (Comp), *La depresión y el reverso de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós. p. 145
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Barcelona: Paidós.
- Horgan, J. (2001). *La mente por descubrir*. Barcelona: Paidós.
- Lawrence Stevens, J.D. (1998). El mito de la depresión biológica. Recuperado el día 8 de marzo de 2008, de <http://www.antipsychiatry.org/sp-depre.htm> . pp. 5-7
- López, C. A., Restrepo, D., Gómez, J., Holguín, J. (2004). Conversatorio: ¿Qué hay de nuevo en Depresión?. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina Departamento de Psiquiatría.

