

§1. Situación de partida

Diagnosticar correctamente un trastorno o un síntoma psiquiátrico consiste en «dar nombre a una experiencia o conducta concreta [de modo que] un diagnóstico correcto recoge, de entre las muchas características de una idea o una emoción cualquiera las que son más propias de la clase en la que decide colocarla»¹. «Dar nombre» significa, entonces, referir este particular empírico –esa experiencia de esta paciente– a una categoría o universal, definida de algún modo.

Lo primero que hay que advertir es que la experiencia o conducta concreta susceptible de ser referida a un universal, ya ha aparecido desde sí misma –en la propia vivencia del interesado o a ojos de terceros– como *anómala*. «A-normalidad» en referencia a una instancia normativa: el mundo de la vida compartido o intersubjetivo². Los conceptos psicopatológicos se aplican a aquellas experiencias que aparecen como anómalas en una instancia compartida –habrá que ver en qué medida– por paciente y médico y que incluye en su seno múltiples –y divergentes– referencias a lo valioso y lo bueno.

La relación entre particular y universal se puede concebir de un modo sustancialista o de un modo nominalista. El sustancialismo clásico sostiene que el intelecto humano aprehende las *esencias* –*concepto* cifrable en una definición lingüística que caracteriza los miembros de una especie– de las cosas, y que esa definición o esencia captura lo fundamental de esa cosa como realidad, su *existencia*. De esta manera, una óptima definición de una categoría nosológica –depresión mayor– o semiológica –tristeza patológica– nos aportaría su esencia de modo que nosotros, entonces, reconoceríamos los casos particulares. El último reconocimiento social de su inoperatividad se remonta al apogeo de la antipsiquiatría, en las décadas de los 60 y 70 del siglo pasado, el período en que Thomas Szasz publica *El mito de la enfermedad mental* (1961). Junto a la influencia popular del movimiento antipsiquiátrico, varios estudios serios –el más célebre de ellos: el US-UK Study acerca del diagnóstico de esquizofrenia³– hicieron evidente que los conceptos disponibles de enfermedad y síntoma mental eran categorías o universales deficientes en tanto no promovían el reconocimiento fiable de casos particulares. En el clima antipsiquiátrico de la época, esto se igualó a una arbitrariedad del diagnóstico del que podía derivarse una arbitrariedad intolerable en la administración del poder que la sociedad ha depositado en la psiquiatría en forma de internamiento involuntarios, retención mecánica y tratamiento no consentido.

El nominalismo es el adversario del sustancialismo en lo referente a la relación entre particulares y universales. El nominalismo sostiene que, aunque pueda definirse la esencia de una sustancia, esto no implica que la definición capte lo existencialmente específico de algo como realidad. Es decir, aunque los entes existan *per se*, los conceptos a través de los que aprehendemos su existencia son meros nombres cuya mayor virtud es fomentar *acuerdos* sobre la existencia de cosas, puesto que la razón humana no ofrece garantía suficiente de la relación entre esencia y existencia.

Por este motivo, ante el derrumbe del sustancialismo de síntomas y trastornos psiquiátricos, se abogó por un retorno al nominalismo diagnóstico⁴, que mantuviese los conceptos de los trastornos

¹ Rejón Altable, C. (2013). La cortedad del decir. El diagnóstico psiquiátrico como fijación de referentes empíricos. *Journal Für Philosophie Und Psychiatrie*. Retrieved from <http://www.jfpp.org/110+M58fe918524a.html> 9 de mayo de 2022.

² Ramos-Gorostiza, P., & Rejón Altable, C. (2002). *El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología*. Madrid: Editorial Triacastela. pp. 209-210.

³ Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JRM, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;25(2):123–130. doi:10.1001/archpsyc.1971.0175014002700.

⁴ Zachar, P. (2014). *A Metaphysics of Psychopathology*. Cambridge (Massachusetts): The MIT Press.

–junto a la supervivencia de la institución psiquiátrica ante la demanda de su abolición– sin por ello abandonar el escepticismo sobre la existencia de estos universales nosológicos y semiológicos. El empirismo o positivismo lógico influyó en el desarrollo de una semiología y una nosología de corte nominalista. Ello fue obra de Carl G. Hempel⁵, uno de los fundadores del Círculo de Viena y defensor del *operativismo*⁶. El empirismo lógico propugna *establecer una separación tajante* entre afirmaciones descriptivas u objetivas y afirmaciones teóricas. De esta manera, nuestros manuales nosológicos –DSM y CIE– caracterizan síntomas y trastornos mediante un lenguaje ateórico a la vez que propugnan una serie de criterios de inclusión y exclusión que expresan el carácter *operativo* del diagnóstico. De este modo se pretende, por ejemplo, que establecer un diagnóstico de depresión se limite a que el profesional caracterice una experiencia anómala mediante unos conceptos descriptivos que carecen de trasfondo teórico –tristeza intensa, insomnio, pérdida de peso– que aplica siguiendo una serie de pasos de inclusión y exclusión. No se hace ninguna referencia a si «la» depresión así descrita se corresponde con alguna categoría universal que existe en el mundo. Antes que nada, interesa el valor *pragmático* o de uso del concepto.

En respuesta al escándalo de una psiquiatría que parecía hacer un uso arbitrario del poder que le delegaba la sociedad, se ubica en primer plano la necesidad que los clínicos diagnostiquen de un modo convergente y que esta convergencia permita llevar a cabo estudios –con muestras de individuos que sufren «lo mismo»– que ofrezcan evidencia pública de la eficacia del tratamiento psiquiátrico. De este modo, la esencia del concepto *síntoma* deja de estar primariamente referida a la existencia aún no demostrada de una sustancia –enfermedad– subyacente sino que, en cambio, se refiere a lo que se denomina *malestar clínicamente significativo*. De este «malestar» se ofrece, con plena conciencia, una definición casi vacía de contenido:

«La proliferación constante de nuevas categorías que describen a la población ambulatoria menos deteriorada suscita la pregunta de dónde termina la psicopatología y dónde comienza el deterioro de la vida diaria. *El DSM-IV-TR responde a esta pregunta de forma tautológica, centrándose en el requisito de que la enfermedad provoque deterioro o malestar clínicamente significativo, aunque no proporciona una instrucción clara sobre cómo aplicar el término significación clínica [mi énfasis]*. La evaluación de la significación clínica suele variar entre las diferentes culturas y depende de la disponibilidad y los intereses de los clínicos.»⁷

De este modo, si el diagnóstico opera con este concepto vacío de malestar sobre los múltiples sentidos que la aparición de una experiencia como anómala puede revestir dentro de un mundo de vida –como extraño, enigmático, inconveniente, preocupante, obsesionante, terrorífico, místico, etc.–; la única salvaguarda para recibir o no el diagnóstico son los criterios operativos de inclusión o exclusión. El diagnóstico consiste en comprobar si lo «anómalo» –ya embutido como síntoma en un concepto supuestamente «ateórico y meramente descriptivo» como tristeza, angustia, obsesión o delirio– cumple criterios de extensión y duración. Por ejemplo, para establecer el diagnóstico de depresión, darán igual los distintos matices de sentido que puede tener el término «anormal» cuando se aplica a la tristeza. Lo relevante será comprobar que esa tristeza haya perdurado el tiempo que el

⁵ Fulford, K., Thornton, T., & Graham, G. (2006). *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press. pp. 324-325.

⁶ El operacionalismo, u operativismo, aborda el problema de cómo las ciencias definen *científicamente* los conceptos que emplean, tales como «longitud». El operacionalismo sostiene que los conceptos no son definidos teóricamente sino por medio de las operaciones que el científico lleva a cabo. Es decir, el concepto no significa nada más que una serie de operaciones. Es evidente la influencia de esta forma de pensamiento sobre el manual DSM: diagnosticar un episodio de depresión mayor no significa nada más que comprobar que se satisfacen –según la evaluación de un experto que comprueba que la experiencia del paciente se corresponde o no a ciertos síntomas– una serie de criterios de inclusión y exclusión en un determinado margen de tiempo.

⁷ First, M. B., Frances, A., & Pincus, H. A. (2005). *DSM-IV-TR®. Guía de uso*. Barcelona: Masson. p. 15.

manual indica y que se acompañe del número de síntomas suficiente y que no se deba a una hipotiroidismo intercurrente. De este modo, la disciplina ha transitado de la potencial arbitrariedad del diagnóstico al potencial sobrediagnóstico.

§2. El diagnóstico operacional de la depresión mayor

El trastorno depresivo mayor –*major depressive disorder*– es la categoría pivotal de los trastornos del estado de ánimo en las nosologías DSM –confeccionada por la asociación psiquiátrica norteamericana, la APA– y CIE –auspiciada por la organización mundial de la salud, la OMS–. Cabe advertir que *mayor* es una traducción literal aunque poco informativa. La voz inglesa «major» se puede traducir tanto como «intenso» o «grande» –cuantitativamente– como «grave» o «serio» –cualitativamente–. Se trata de un trastorno que afectaba, en 2015, a un 4,4% de la población mundial, unos 322 millones de personas, cifra cuyo incremento en la década entre 2005 y 2015 se estima que se incrementó un 18,4%⁸. Se trata de la afección psiquiátrica de mayor expansión y repercusión social: actualmente, su prevalencia anual mundo se estima en el 6% de la población de modo que prácticamente una de cada cinco personas sufre depresión mayor en algún momento de su vida⁹. Su diagnóstico es difícil puesto que puede presentarse con una diversidad de agrupaciones sintomáticas –que pueden confundirse con otras enfermedades psiquiátricas o médicas– y porque no existe ninguna prueba de laboratorio o de imagen que permita optimizar su detección. Para acabar de complicar las cosas, el síntoma que sugiere su presencia –la tristeza intensa y sostenida– puede deberse no sólo a otros problemas médicos sino a la zozobra existencial de modo que también hay que distinguir el trastorno depresivo mayor de formas de sufrimientos de las que, tradicionalmente, la medicina no se ocupa.

Cuando se considera el trastorno depresivo en continuidad con los malestares anímicos ordinarios, se emplean los siguientes criterios para distinguirlo. El primero, la *cantidad* de «ítems» o síntomas en que consiste la condición: la depresión es algo relevante para el clínico cuando supera un determinado umbral de ítems de malestar, concretamente cinco de un total de nueve para el DSM. Excepto en el raro caso en que se den simultáneamente síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios, los síntomas que componen el catálogo de posibles síntomas depresivos no denotan, *per se*, una condición intuitivamente enajenada. Tales síntomas consisten en un estado de ánimo depresivo –triste o abatido–, la disminución del interés o de la capacidad de disfrute, la fatiga, cambios del sueño, la actividad psicomotriz, el impulso sexual o el apetito. El segundo criterio opera *previa y/o simultáneamente* al recuento del número de síntomas, cuando se pondera si las vivencias o ítems *deben merecer la condición de síntomas*. Sólo pueden serlo si: «provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo» (criterio C)¹⁰. La conceptualización DSM del trastorno depresivo es, pues, la de un malestar *intenso*: por una lado respecto a la cantidad de malestar y, por otro, al considerar que aquello que hace del malestar anomalía –síntoma o trastorno– consiste en deficiente adaptación al medio en forma de deterioro *social o laboral*. Aunque otorga al clínico la potestad de enjuiciar las vivencias o

⁸ *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. p. 8. Hemos recurrido a este estudio de prevalencia, con más de 5 años de antigüedad, porque estima la prevalencia *mundial*.

⁹ Malhi GS, Mann JJ. *Depression*. Lancet. 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312.

¹⁰ «El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos más leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C).» Frances, A., Pincus, H. A., First, M. B., & Widiger, T. A. (Eds.). (2002). *DSM-IV-TR®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson. p. 399

conductas como «significativas» –y, por ello, síntomas– más allá del grado de deterioro que inducen, jamás concreta en tanto qué resultan significativas. El DSM reconoce la inherente heterogeneidad de la entidad nosológica trastorno depresivo mayor y su potencial confusión con el sufrimiento normal. Como modo de evitar la confusión propone recurrir al susodicho criterio C y a la cantidad de síntomas *para circunscribir lo propiamente patológico*:

«Finalmente, hay que señalar que los *períodos de tristeza* son aspectos inherentes a la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de entre nueve síntomas), duración (p.ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas) y malestar o deterioro clínicamente significativos.»¹¹

Para evitar la confusión con la tristeza ordinaria se insistió, tiempo atrás, en la presencia de una forma anómala de tristeza dentro del síndrome de la depresión mayor¹². A este propósito, el DSM hizo acopio del término «anhedonía» que había sido acuñado por Théodule-Armand Ribot en 1897 para referirse a la inhabilidad para experimentar placer¹³. La comprensión de la tristeza patológica como anhedonía ha variado según si el placer se ha entendido como una sensación específica o como una cualidad general de la conciencia. De este modo, José Manuel Olivares llega a recoger hasta cinco sentidos distintos con los que se ha ido caracterizado la anhedonía: como anestesia sensorial al placer, como incapacidad para ser consciente específicamente del placer, como incapacidad para ser consciente de lo emocionalmente placentero en general, como dificultad para expresar que algo resulta placentero y, también, como falta de interés en general¹⁴. En las ediciones previas del DSM¹⁵, se consideraba *necesario* que el paciente sufriera *o* tristeza intensa *o* anhedonía –junto a los otros síntomas– con tal de establecer el diagnóstico de episodio depresivo mayor. Este criterio era intuitivo pues resulta difícil imaginar que alguien pueda sufrir un trastorno depresivo serio o intenso *sin* experimentar alguna forma aparatosa de tristeza.

El DSM-III había considerado que la anhedonía era *imprescindible* –aunque insuficiente *per se*– para establecer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Los posteriores DSM-III-R y DSM-IV rebajaron esta exigencia aunque, no obstante, siguieron insistiendo en que la anhedonía era un síntoma «capital» de una depresión grave¹⁶. Si uno hojea el DSM-5¹⁷, observará que es necesario bien experimentar un estado de ánimo triste o bien experimentar anhedonía –dentro de un total de como mínimo cinco síntomas– para establecer el diagnóstico.

¹¹ Frances, A., Pincus, H. A., First, M. B., & Widiger, T. A. (Eds.). (2002). *DSM-IV-TR®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson. p. 398

¹² «El síntoma esencial de este trastorno es el estado de ánimo depresivo. Sin embargo, a veces el episodio depresivo mayor se produce en ausencia de la sensación subjetiva de depresión. Algunos pacientes, en particular los más graves, han perdido la capacidad para sentir tristeza. Otros pueden tener un estilo cognoscitivo o provenir de un contexto cultural en el que los sentimientos de tristeza se expresan poco. Por tanto, se ha proporcionado otro síntoma que se considera un “equivalente depresivo” (*la pérdida de interés por las cosas o incapacidad para disfrutar*).» First, M. B., Frances, A., & Pincus, H. A. (2005). *DSM-IV-TR®. Guía de uso*. Barcelona: Masson. p. 210.

¹³ Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 333-344.

¹⁴ Olivares, J. M. (2000). Afectividad y estado de ánimo: tristeza, apatía, anhedonía. In R. Luque & J. M. Villagrán (Eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (pp. 167–185). Madrid: Editorial Trotta. p. 176.

¹⁵ Frances, A., Pincus, H., First, M., & Widiger, T. (Eds.). (2002). *DSM-IV-TR®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

¹⁶ Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 344.

¹⁷ *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. (2014). Madrid: Editorial Médica Panamericana. p. 104-5.

§3. Psicopatología en vez de semiología

La antropología filosófica se ocupa del ser humano *fáctico en tanto ya dispone* de ciertas estructuras, como la conciencia trascendental, que le permiten habitar prereflexivamente en un mundo de vida compartido con semejantes¹⁸. En relación a la psicopatología, tales estructuras operan como «supuestos antropológicos mínimos». Esta expresión se debe al psiquiatra Andreas Heinz y se refiere a aquellas *características esenciales* del ser humano cuya *privación dolorosa* en forma de una disfunción psicológica más o menos objetivable denominamos un «síntoma» de enfermedad mental. Para Heinz, estas características se resumen en que el «entorno» que se habita consista en un mundo¹⁹ –que se presenta ya modulado como totalidad en una afección prereflexiva – así como varias capacidades derivadas de la participación en un mundo de la vida intersubjetivo: poder trascender la perspectiva auto-centrada y conocer otras formas de vidas o poder interpretar perspectivas y valoraciones de otras personas y evaluarlas en relación a las propias²⁰. Así, las experiencias de los seres humanos tienen como horizonte un mundo que se «proyecta» sobre las circunstancias fácticas –las potencialidades de lo real– de modo que éstas se incorporan como la «situación» de cada cual –mis posibilidades en el mundo–. De esta idea se siguen propuestas como la de Arthur Tatossian²¹, quien propone comprender las enfermedades psiquiátricas como imposibilidades para transitar entre los registros fáctico y trascendental.

La semiología psiquiátrica reduce las experiencias anómalas a definiciones ostensivas²² o predicativas²³. Pero no lo consigue porque la mismidad a la que experiencia anómala hace referencia es el fracaso de una subjetividad concreta para constituir el mundo, algo que ninguna definición puede aprehender. El fracaso de una subjetividad como mediación *concreta* no puede codificarse en una definición de carácter *universal*. La psicopatología, a diferencia de la semiología, trata de hacer inteligible este fracaso. Se trata de exponer cómo lo anómalo de la vivencia expresa un fracaso en el «acoplamiento entre potencialidades del sujeto y las posibilidades del mundo»²⁴. La

¹⁸ San Martín, J. (1988). *El sentido de la filosofía del hombre. El lugar de la antropología filosófica en la filosofía y en la ciencia*. Barcelona: Editorial Anthropos.

¹⁹ La «existencia de todo lo mundano» se refiere al dominio de lo potencialmente cognoscible así como al fundamento de sentido de las praxis cotidianas: «El mundo es el suelo de todo lo que es y la meta de toda direccionalidad del yo. Es lo pre-dado originariamente, que trasciende a todo lo dado (...). *El mundo es todo lo se da a priori y de forma concreta*, que hace posible que la experiencia sea sistemática y unánime. Todas las síntesis, en su mayor o menor complejidad, por las que se nos dan las cosas de la percepción, en el recuerdo, etc., se encuentran ligadas mutuamente entre sí dando lugar a una síntesis global a la que pertenece el carácter de certeza del mundo que conocemos como *evidencia natural (Selbstverständlichkeit)*» González Calvo, J. (2012). *Vivir lo extraño. Un estudio psicopatológico sobre el déficit de familiaridad*. Tarragona: Publicacions URV. pp. 64-65.

²⁰ Heinz, A. (2015). *Der Begriff der psychischen Krankheit (2ª)*. Berlin: Suhrkamp Verlag. p. 340.

²¹ «El esquizofrénico, por un lado, no es capaz de sostener la existencia cotidiana a la vez que es bastante capaz de manejar la noción de una existencia trascendental –lo que un cuerdo no podría– y, por el otro lado, el melancólico está atrapado en una modalidad de existencia en la cual los entes se manifiestan como herramientas pero no como cosas. En ambos casos, el problema básica de estar psicótico es que *o bien* se pierde el sentido de trascenderse *o bien* se pierde el sentido que todo lo que está a disposición puede asistirme; en otras palabras, el psicótico no puede moverse con soltura entre los dos modos de existencia que están inmediatamente dados para la persona cuerda.» Cutting, J. (2012). *A Critique of Psychopathology*. Berlin: Parodos Verlag. p. 129. Mi traducción.

²² Que corresponde, en un *introducing event*, a señalar que aquello que el paciente acaba de relatar y el modo de contarlo es típico de un signo psiquiátrico concreto (delirio, alucinación, obsesión, humor depresivo, etc.). Rejón Altable, C. (2012). *Concepción de la psicopatología como lógica. Un ensayo de Teoría de la Psiquiatría*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid. p. 147.

²³ Una definición en términos lingüístico-conceptuales, como cuando se define al delirio como una «creencia imposible sostenida con convicción irrefutable».

²⁴ Ramos-Gorostiza, P., & Rejón Altable, C. (2002). *El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología*. Madrid: Editorial Triacastela. p. 133.

mismidad del síntoma –lo que escapa a las definiciones predicativas– es un fracaso en la incorporación que transforma los condicionantes de lo real en posibilidades del mundo de alguien.

«Sujeto como estructura donde acontece la individualidad humana, partir de unas condiciones biológicas que le son dadas, *ergo* le son exteriores y de unas condiciones simbólicas que también le son dadas, lo anteceden y lo exceden. Un individuo acontece subjetivando, mediando, en cierta manera interiorizando y transformándolos en esa interiorización tanto los condicionantes biológicos como los simbólicos.»²⁵

Por este motivo, se dice que los síntomas incorporan una *relación* plegada con el mundo, que la psicopatología trata de desplegar:

«Cada nota de la definición de un signo psiquiátrico, en cambio, adquiere su capacidad de significar por relación a un contexto. Cada atributo de un signo pliega una relación. La semiología psiquiátrica no puede reconstruirse como una lógica de predicados. Es irreductiblemente relacional. Cada signo contiene en sí un exceso, una exterioridad constitutiva que ha interiorizado.»²⁶

Al desplegar el síntoma, negamos el valor de verdad *mediada* del síntoma²⁷ a la vez que *reconstruimos* su significatividad en relación al fracaso de una subjetividad al apropiarse posibilidades. Se trata de una «técnica» para *mostrar* –que no determinar u objetivar– el acontecimiento de la subjetividad:

«El acontecimiento de la subjetividad, el movimiento de la individuación no puede positivizarse, no puede pensarse absorbido en un predicado de una vez para siempre, no puede recogerse en una serie cerrada de atributos que caractericen conductas, o experiencias o estructuras, no puede sustanciarse. Luego, el juicio de que dice ellas, el juicio clínico psiquiátrico, no podrá concebirse como el tránsito de la categoría general a un miembro empírico, sino el lugar donde se despliega un acontecimiento.»²⁸

De esta manera, el valor del síntoma reside en que actúa como puerta de entrada al círculo hermenéutico. Ante el paciente, algún rasgo de la definición del síntoma funciona como «punto de anclaje» para empezar a recolectar el material significativo que nos permita desplegar el acontecimiento en tanto sentido de la experiencia como anómala. Para que el síntoma se refiera efectivamente al fracaso de la subjetividad concreta que tenemos delante está necesitado de una *reconstrucción*. La reconstrucción consiste en *ganar concreción* dejando que el universal «se complete mediante las notas que sólo cada caso proporciona»²⁹. A veces el rasgo que nos hace iniciar la reconstrucción termina revelándose inesencial a medida que avanza la reconstrucción. Rejón divide las condiciones de reconstrucción del síntoma en condiciones intensivas y contextuales³⁰. Las condiciones intensivas hacen referencia a la intensidad con que los rasgos de la

²⁵ Rejón Altable, C. (2012). *Concepción de la psicopatología como lógica. Un ensayo de Teoría de la Psiquiatría*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid. p. 44 nota 55.

²⁶ Rejón Altable, C. (2021). *Uno y Distinto. Estudios sobre locura e individuación*. Barcelona: Herder. p. 13.

²⁷ Verdad mediada, otorgada, por la relación semiótica médica fundamental que *no opera* en el signo psiquiátrico: «La norma semiótica médica de causación entre signo y cerebro disfuncionante (...) no rige a la hora de pensar cada signo en lo que tiene de propio.» Rejón Altable, C. (2012). *Concepción de la psicopatología como lógica. Un ensayo de Teoría de la Psiquiatría*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid. p. 17.

²⁸ Rejón Altable, C. (2021). *Uno y Distinto. Estudios sobre locura e individuación*. Barcelona: Herder. p. 411.

²⁹ Rejón Altable, C. (2012). *Concepción de la psicopatología como lógica. Un ensayo de Teoría de la Psiquiatría*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid. p. 139.

³⁰ Rejón Altable, C. (2013). La cortedad del decir. El diagnóstico psiquiátrico como fijación de referentes empíricos. *Journal Für Philosophie Und Psychiatrie*. Retrieved from <http://www.jfpp.org/110+M58fe918524a.html>.

definición se dan en el caso concreto, es decir, hasta qué punto el caso concreto es un «prototipo» de la definición. Las condiciones contextuales hacen referencia a las relaciones entre el contenido expresado y su expresión³¹, el componente estructural –las relaciones que el síntoma mantiene con otros síntomas cuya ausencia, por ejemplo, nos lleva a replantearnos que eso que parecía tristeza depresiva se ajusta mejor a la abulia–, la biografía o estructura de personalidad del paciente y, finalmente, «toda experiencia cobra significado sujeta y abierta por un horizonte de implicación y un mundo de la vida»³². Como se ve, además de contar con el carácter estructural de los síndromes psiquiátricos, la reconstrucción recurre en buena medida al material extraído de la experiencia que del paciente hace el psiquiatra, así como a la conducta o a la biografía de aquél, y *que no están ni pueden estar incluidos jamás* en la definición del síntoma³³. A estos «retazos de subjetividad», indispensables para dotar al síntoma de eficacia significativa, Rejón los denomina «signos subsignificantes».

§4. Psicopatología de la depresión

Partimos de una definición predicativa muy vaga del «estado de ánimo depresivo» como un estado afectivo persistente –*mood*– de carácter triste –*sad*– y miserable o sufriente –*gloomy*– cuyos: «Síntomas subjetivos (...) son muy variables. El humor varía de la indiferencia y apatía al abatimiento profundo, a la desesperanza [y la anhedonia].»³⁴ A partir de esta definición empieza un trabajo de reconstrucción a través de síntomas subsignificantes del fracaso concreto de la subjetividad que se transluce en el «estado de ánimo depresivo». A pesar de que cada reconstrucción sea concreta e individual, podemos distinguir tres *géneros* de tristeza persistente que provoca sufrimiento. En primer lugar, distinguimos entre tristezas que corresponden a respuestas emocionales y tristezas que corresponden sentimientos existenciales o de la personalidad. Entre estas últimas, distinguimos entre desesperación ordinaria y radical³⁵.

Las emociones son experiencias que pertenecen a la apertura al mundo como ámbito de lo valorado o estimado. Esta apertura axiológica requiere tanto de elementos cognitivos en sentido lato³⁶ – percepciones, imaginaciones, juicios, etc.– como de lo que Max Scheler denominó «*ordo amoris*»³⁷. Este fenómeno se refiere a unas líneas afectivas de fuerza –una estructura de actos de amor y odio– que configuran una perspectiva singular sobre lo valioso del mundo. Según Scheler, se estableció mediante actos de preferir y ordenar valores por parte del individuo, de modo que el amor se

³¹ «Una idea de muerte no quiere lo mismo, semiológicamente hablando, según la categoría expresiva en que se envuelva y que nos hará tomarla como equivalente de una frase hecha (“llevo una semana tan mala que me quiero morir”), de una amenaza (“si me dejas me mato y carga con la culpa”), una confesión de planes concretos (“Estos meses de tristeza y angustia deben finalizar ya”) o una petición solapada de compañía y ayuda (“estoy muy solo, por favor muéstrame algún afecto”)». Rejón Altable, C. (2013). La cortedad del decir. El diagnóstico psiquiátrico como fijación de referentes empíricos. *Journal Für Philosophie Und Psychiatrie*. Retrieved from <http://www.jfpp.org/110+M58fe918524a.html>.

³² Rejón Altable, C. (2013). La cortedad del decir. El diagnóstico psiquiátrico como fijación de referentes empíricos. *Journal Für Philosophie Und Psychiatrie*. Retrieved from <http://www.jfpp.org/110+M58fe918524a.html>.

³³ Rejón Altable, C. (2012). *Concepción de la psicopatología como lógica. Un ensayo de Teoría de la Psiquiatría*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid. pp. 16-17.

³⁴ Oyebode, F. (2018). *Sims' Symptoms in the Mind. Textbook of Descriptive Psychopathology* (6th ed.). Edinburgh: Elsevier. p. 242.

³⁵ Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of depression. A study in phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.

³⁶ El grado de madurez o involución de la capacidad cognitiva influye en el rango y sofisticación de las emociones que un individuo puede experimentar. Algunas emociones –satisfacción, miedo– son básicas de modo que prácticamente todo individuo puede experimentarlas e inclusive las compartimos con otros animales. En cambio, otras emociones exigen cierto desarrollo cognitivo para ser experimentadas, por ejemplo el caso del respeto o de la propia desesperación.

³⁷ Scheler, M. (1996). *Ordo amoris*. Madrid: Caparrós Editores.

corresponde con la apertura axiológica y el odio al angostamiento. A este fenómeno Josep Maria Esquirol se refiere como el *pathos* de la subjetividad o yo «herido por lo infinito» –el mundo que trasciende todo conjunto finito de cosas de modo que no puede ser nunca objetivado–³⁸. Se entablaría una cordial disputa entre Scheler y Esquirol acerca del carácter radical –activo o pasivo– de esta estructura. Para el segundo es pasividad, conmoción o versión ante-reflexiva al mundo. La variedad de modos de experimentar esta apertura afectiva no puede *reducirse* a un tipo «eminente», como hace Heidegger en *Ser y Tiempo* (1927)³⁹. Esquirol describe cuatro *direcciones* fundamentales de la experiencia de la herida: regocijándose –al sentirse vivir–, amando –al otro–, admirando –el mundo– y, finalmente, también angustiándose –frente la muerte y la nada–. Se trata de direcciones, de modo que implican su opuesto: sufrimiento, odio, indiferencia y serenidad. Los sentimientos existenciales particulares –como la desesperación o su opuesto, la dicha– son *modulaciones* o formas de encontrarse herido por lo infinito en vez de respuestas emocionales a valores mejor o peor menos objetivados. La desesperación radical es una anestesia de la herida, una «privación» de la apertura humana a encontrarse conmovido por el infinito⁴⁰.

La «herida» madura en un mundo de la vida intersubjetivo en el que se está constantemente sumergido desde el nacimiento. Por esta razón, se da suficiente cercanía entre las distintas «heridas» individuales que comparten un mismo contexto socio-cultural-histórico como para que qué muchas valoraciones se compartan. Hoy en día, la violación aparece como algo aborrecible para la mayoría de occidentales, pero ni siempre ha sido así ni todavía es así para algunos. Es decir, aunque muchos valores concretos estén tan extensamente compartidos que tenga sentido tratarlos como «objetos», el «herida» mediante la cual los valores concretos llegan a aparecer como objetos es *única* y responde a la idiosincrasia y vicisitudes existenciales de cada cual. Ello tiene consecuencias respecto a la distinción entre reacciones emocionales y sentimientos existenciales porque así como tiene sentido preguntarse, en relación a las reacciones emocionales, si el miedo fóbico de alguien ante lo amenazante de un chihuahua está justificado, esta misma pregunta carece de respuesta en referencia al sentimiento existencial.

a) Tristeza como respuesta emocional a la pérdida de un bien

Cuando los objetos y los estados de cosas aparecen en el contexto del mundo como campo axiológico –«aparecer» en el sentido de experiencia *intencional*–, aparecen «portando» valores concretos: así, el miedo mienta la presencia de lo amenazante, la alegría mienta la presencia de un bien, la ira mienta la presencia de una injusticia. *Respondemos emocionalmente* a la presencia de un un objeto o estado de cosas *valorado* de un modo concreto desde nuestra perspectiva axiológica. El carácter de esta respuesta es el de una «conmoción corpórea», la *cualidad específica* con la que una emoción particular *se siente* en el cuerpo vivo y que configura, en parte, aquello que define la particularidad de esa emoción frente a otra. Así como el rojo y el azul difieren cualitativamente, las respuestas emocionales difieren entre sí no exclusivamente por el valor intencionado, sino por la *cualidad* de la conmoción del cuerpo vivo. A partir de la conmoción del estrato fundamental de la corporalidad, las emociones exhiben *autoridad* sobre la totalidad del yo: nos inundan, conquistan e

³⁸ Esquirol, J. M. (2021). *Humano, más humano. Una antropología de la herida infinita*. Barcelona: Acantilado.

³⁹ Heidegger considera que la apertura al mundo como finitud puesta al descubierta el temple angustiado del ánimo es el modo eminente de apertura del ser humano. Heidegger, M. (2009). *Ser y tiempo* (Segunda ed). Madrid: Editorial Trotta. Cf. §40.

⁴⁰ «Lo que rige todo carácter de abierto es el inmediato estar en medio de las cosas que nos incumben como personas. La falta de contacto que se constata en la esquizofrenia es privación del recién mencionado carácter de abierto. Pero esta privación no significa que el carácter de abierto desaparece, sino que éste solamente se modifica en una “pobreza de contacto”.» Heidegger, M. (2013). *Seminarios de Zollikon*. Barcelona: Herder. p. 127.

incluso vencen y desbordan, motivo por los sentimientos han sido definidos como «atmósferas espaciales aunque sin lugar». Las respuestas emocionales son, pues, formas cualitativas de experimentarse a sí corpóreamente que tienden a conquistarnos. La nota *cualitativa* es la que nos hace sentir la emoción en el cuerpo de una manera única: «es parte de la esencia del amor que se sienta como amplitud y calidez y que se manifieste con ciertas tendencias a la acción – aproximación, unión, etc.– así como a la naturaleza de la envidia pertenece una estrechez ardiente y la tendencia a actuar hacia la destrucción.»⁴¹ En cambio, «si desprecio el aspecto corpóreo de la alegría, por ejemplo, si dejo de lado el sentimiento de expansión, las intenciones expansivas de movimiento –«saltar de alegría»–, etc., la alegría parece convertirse en un pensamiento vacío.»⁴² Cuando actuamos efectivamente estas conmociones corpóreas –ya sea voluntaria o involuntariamente–, se produce la «expresión corporal» de las emociones, su registro en la perspectiva de tercera persona.

En este sentido, la tristeza se define como la repuesta adecuada a la *pérdida* de un *bien*, es decir, de algo enmarcado en la porción que *amamos* del mundo. Inversamente, la tristeza puede responder a la presencia de un *mal*, es decir, algo enmarcado en aquello que *odiamos* del mundo. Se trata de un sentimiento caracterizado tanto por su carácter de *respuesta* ante cierto valor –de modo que puede ser más o menos apropiada– como por su carácter de respuesta fundamentalmente corpórea de modo que necesariamente acarrea un elemento *hedónico*⁴³. El placer tiene que ver primordialmente con cómo *se* siente, agradable o desagradablemente, que el cuerpo vivo responda y no el grado de excitación que implica la respuesta. La tristeza siempre se siente como *desagradable* aunque, evidentemente, pueda serlo en mayor o menor medida. En un segundo momento puede decirse que la tristeza es *negativa* en un sentido distinto al hedónico. En referencia a la *actitud negativa* hacia el objeto –ya sea la pérdida de un bien como presencia de un mal– como en referencia al *comportamiento negativo* que promueve, un abatimiento y un encerrarse en sí mismo. Esta «negatividad» no relacionada con el placer tiene que ver con la presencia de lo odiado o la ausencia de lo amado. El elemento hedónico desagradable y la actitud y comportamiento negativos hacia el objeto pertenecen al carácter de conmoción corpórea cualitativa de la tristeza. Ésta presenta una *cualidad* opuesta polarmente a la alegría: no es ardiente ni luminosa, sino fría y mortecina, se expande atmosféricamente como un peso –una pena o carga– que paraliza el impulso a moverse, encogiendo e inmovilizando, así como los impulsos a comunicarse y a incorporar, de modo que retrae del entorno y encierra a uno en sí mismo.

En referencia a la tristeza como reacción emocional, puede hablarse de «trastorno» entendiéndolo como *intensificación y dificultad de manejo*. De modo similar al miedo fóbico, cabe plantearse si una respuesta de tristeza excepcionalmente larga es «normal» o «anormal» en referencia a una configuración más o menos intersubjetiva del sentido como bueno del bien cuya pérdida ha llegado a entristecer *tanto*.

b) La desesperación como sentimiento existencial

La desesperación consiste en un sentirse *atrapado* por el vínculo con un mundo cuyo poder para realizarnos se ofrece como *carestía efectiva* de posibilidades personalizantes *suficientemente buenas*. En este caso, la desesperación puede juzgarse mejor o peor «proporcionada» según si el

⁴¹ Vendrell Ferran, Í. (2008). *Die Emotionen. Gefühle in der realistischen Phänomenologie*. Berlin: Akademie Verlag. p. 165.

⁴² Vendrell Ferran, Í. (2008). *Die Emotionen. Gefühle in der realistischen Phänomenologie*. Berlin: Akademie Verlag. p. 166.

⁴³ Vendrell Ferran, Í. (2008). *Die Emotionen. Gefühle in der realistischen Phänomenologie*. pp. 168-171.

peso del sentido de la posibilidad como inalcanzable e insuficientemente buena descansa más en lo extremo de la *circunstancia* para el individuo –es decir, cuando su comportamiento *habitual* no acierta a resolver unas circunstancias que le enfrentan a la culpa, el destino, la muerte⁴⁴– o bien, por el otro lado, si descansa más en la manera cómo el individuo *se sitúa* ante la circunstancia y le da sentido. En este punto, la constitución intersubjetiva e histórica del sentido sólo nos auxilia en el juicio hasta cierto punto, puesto que se trata de cómo un individuo irrepetible afronta el carácter intransferible de su existencia. El desesperado, cuando no dispone en su entorno de posibilidades que le fundamenten, trata de buscarlas en sí mismo.

«Por eso si quien se cree personalmente un desesperado, cayendo en la debida cuenta de la desesperación de que es presa y no hablando sin sentido acerca de la misma, como de algo que simplemente le acontece –algo así como lo que le ocurre al que padece vértigos, (...)– si tal desesperado, repito, pretende con todas sus fuerzas, por sí mismo y nada más que por sí mismo, eliminar la desesperación, no podrá por menos de verificar que a pesar de todo permanece en la desesperación y que lo único que logra con su enorme esfuerzo supuesto no es otra cosa que irse hundiendo más profundamente en una todavía más profunda desesperación.»⁴⁵

Pero, ¿cómo podría el desesperado andar «buscando» un fundamento en sí mismo si no *anhelara* encontrarlo? La desesperación ordinaria consiste en experimentar dolorosamente el vínculo o ligadura con el poder de lo real en tanto instancia cuyo apoyo para personalizarme *no puedo dejar de esperar encontrarme*, de modo que su indisponibilidad me desespera. Como vimos, la herida infinita de Esquirol perfila unas formas básicas de *encuentros* con lo infinito. Señala Esquirol que: «Es obvio que todo buen encuentro pide reencuentro» de modo que define la *espera* como «espera del reencuentro»⁴⁶. La «espera como reencuentro» puede formularse como expectativa «el mundo es de tal condición que permite el buen reencuentro». Esta expectativa básica participará de la configuración de la intencionalidad del resto de sentimientos. Se trata de lo que Matthew Ratcliffe caracteriza como *esperanza radical* –*radical hope*– en el sentido de expectativa *pre-intencional* que opera como condición de posibilidad de cualquier esperanza dirigida intencionalmente a la realización de una u otra posibilidad concreta. Se trata de una mención *pre-intencional*, es decir, que no corresponde a la intencionalidad del sentimiento particular, sino a una *forma expectante de vertirse a lo real como campo axiológico* que contribuye a dar forma a cualquier estimación o sentimiento.

«Es el sentido que el futuro ofrecerá la clase de posibilidad significativa que presupone la actitud de esperar intencionalmente. No es la mera apreciación que “algo pasará”, sino una estructura anticipatoria de una clase más específica que incluye posibilidades como “las cosas podrían cambiar a mejor” o “las cosas malas no sucederán”.»⁴⁷

En la desesperación, la *persistencia* de esta expectativa de buen reencuentro *se sufre como una ansia o anhelo que agobia* –inclusive corporalmente– ante su falta de cumplimiento o plenificación por parte de las posibilidades disponibles, que no son suficientemente buenas, es decir, que no llegan a plenificar la expectativa implícita. Por esta razón, tiene sentido que el desesperado, sufriendo la frustración de sus expectativas concretas aunque manteniéndola aún como forma expectante de versión a lo real, se vuelva en un acto de *hybris* hacia su propia realidad personal para tratar, como el barón de Munchhäusen, de sacarse a sí mismo de la ciénaga tirando de su propia

⁴⁴ Situaciones-límite –*Grenzsituationen*– en el sentido de Karl Jaspers.

⁴⁵ Kierkegaard, S. (2008). *La enfermedad mortal*. Madrid: Editorial Trotta. p. 34.

⁴⁶ Esquirol, J. M. (2021). *Humano, más humano. Una antropología de la herida infinita*. Barcelona: Acantilado. pp. 153-154.

⁴⁷ Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of depression. A study in phenomenology*. Oxford: Oxford University Press. p. 108.

coleta. Se trata de un círculo vicioso pues, cuanto más deseo disponer en mí del poder de satisfacer esta expectativa implícita en mi versión al mundo, más alejado estoy de encontrarme con el poder del mundo como don o dádiva.

Por contra, la desesperación *radical* implica dejar de sentirse radicalmente vertido a la realidad como campo axiológico. No se trata, como en la desesperación ordinaria, de una carestía de posibilidades suficientemente buenas. Haya más o menos posibilidades, sean éstas más o menos disponibles, al radicalmente desesperado le aparecen todas *indiferentes* a su persona. Y una posibilidad revestida del sentido de la indiferencia es lo opuesto a una posibilidad, por lo que la llamaremos una «no-posibilidad».

La filósofa holandesa Eva Meijer describe su propia depresión en *Los límites de mi lenguaje* (2021)⁴⁸. Resulta revelador que la autora recurra a la definición wittgensteiniana de mundo –los límites del propio lenguaje– para caracterizar lo inefable de la experiencia depresiva, un peculiar empobrecerse del mundo. La cualidad peculiar corpórea –*oscura y fría*– con la Meijer describe su experiencia puede entenderse *dialécticamente* como ausencia de otra cosa: la experiencia muda del apoyo en lo real, que se asemeja a una fuente de *luz y calor* de modo que su pérdida se describe en términos opuestos. He aquí lo radical de la desesperación: los sentimientos dejan de incorporar la referencia pre-intencional al reencuentro, se trata de una radical carencia de expectativa de apoyo por parte del mundo para posibilitar mi persona. El empobrecimiento depresivo del mundo corresponde a la radical indiferencia del mundo. Se trata de un *in-mundo* en el sentido que el potencial de lo real queda irrespectivo a la propia persona de modo que ese potencial no puede ser incorporado como posibilidad. Una costurera que atendimos –enferma de una depresión melancólica– había disimulado toda su vida su discreta joroba mediante el uso de ropas que ella misma remendaba. Tras enfermar, no paraba de lamentarse que se había quedado sin ropa que ocultase la joroba a pesar de que seguía disponiendo de ella, perfectamente colgada en el armario. Ni siquiera intentaba utilizarla para comprobar si seguía ocultando su joroba, tenía la certeza que no lo hacía aunque no sabía cómo justificar esta certeza: la ropa ya no podía ocultar su vergüenza, la ropa carecía del carácter de posibilidad. Glatzel afirma que: «La personalidad del depresivo carece del sentido de lo posible como parte esencial de la esperanza de futuro y carece, por tanto, de libertad de espíritu en el sentido de alternativa»⁴⁹.

Comprender de este modo la desesperación radical arroja luz, además, sobre otro fenómeno llamativo de la depresión patológica: la *ausencia* de reacciones de respuesta emocional. En psicopatología descriptiva, se habla de despersonalización cuando la *propia* intimidad deja de resultarnos familiar y se extraña, por ejemplo, si dejo de sentir «míos» los sentimientos que me habitan. La forma depresiva de despersonalización corresponde a una «pérdida de resonancia emocional»⁵⁰ o «sentimiento de pérdida de los sentimientos» –*Gefühl der Gefühllosigkeit*–, en la

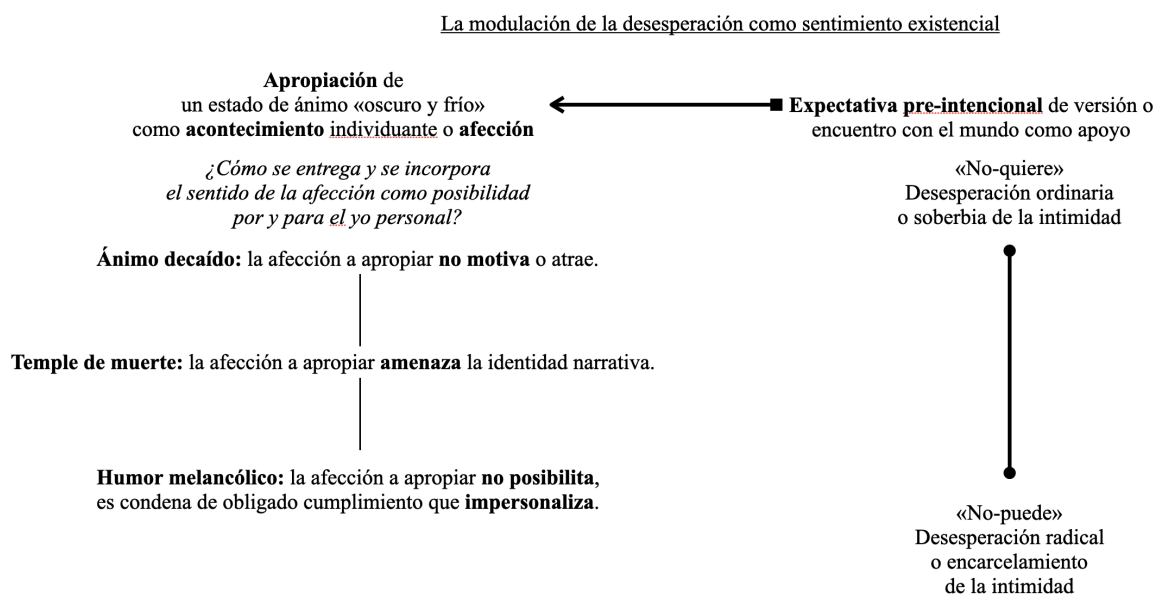
⁴⁸ Meijer, E. (2021). *Los límites de mi lenguaje. Meditaciones sobre la depresión*. Madrid: Katz Editores.

⁴⁹ Glatzel, J. (1985). *Depresiones endógenas*. Barcelona: Ediciones Doyma. p. 39.

⁵⁰ «La depresión patológica también anula los cambios reactivos normales de la emoción o la resonancia emocional. Esto comporta una sensación de vaciedad o falta de vitalidad interior, de modo que el paciente ya no se siente participando en el mundo. Esta pérdida del sentimiento hacia el entorno le produce al depresivo una impresión de irrealidad.» Fish, F. (1974). *Fish's Clinical Psychopathology*. (M. Hamilton, Ed.). John Wright & Sons. p. 71. Mi traducción. También recibe el nombre de parálisis de la capacidad de *vibración afectiva* (*affektiven Schwingungsfähigkeit*). Ciertamente sí existe evidencia *empírica* de la pérdida de vibración afectiva en la depresión, fenómeno que experimentalmente se modeliza mediante el constructo ECI (*emotion context insensitivity*) u otros parecidos (*emotion differentiation, emotion network density*). Ahora bien, a día de hoy no está claro cuál es el papel – central o accesorio – del fenómeno en el trastorno depresivo mayor tal como lo define el DSM. Véase Rottenberg, J. (2017). Emotions in Depression: What do we really know? *Annual Review of Clinical Psychology*, (13), 241–263.

que el paciente dejar de sentir las respuestas emocionales como suyas no porque primordialmente las juzgue como ajenas, sino porque las experimenta débiles e inadecuadas respecto a su forma habitual de estimar como los objetos como bienes. No es raro, por ejemplo, que un depresivo refiera que ya no experimenta amor o ternura hacia sus allegados del modo como solía experimentarlos. Como vimos, las respuestas emocionales presuponen la apertura al mundo como campo axiológico. Así como un desesperado ordinario sigue experimentando tristeza, alegría o ira –lo que presupone una versión afectiva radical al poder de lo real que incluye la expectativa pre-intencional de buenos reencuentros–, un desesperado radical deja de responder emocionalmente o experimentar conmociones afectivas. De ahí que, como se expuso, se haya enfatizado que en las depresiones más graves no se experimenta propiamente tristeza sino lo que se definió como «anhedonía», incapacidad para experimentar cualquier forma de placer.

c) La apropiación del acontecimiento como posibilidad



La categoría de la posibilidad es existencial, pertenece del dinamismo de individuación y la individuación humana consiste en discurrir temporal. Sobre los detalles de la *forma* temporizante – biográfico-narrativa– de la individuación no podemos entrar, valga la siguiente caracterización:

«Acontecimiento es la unidad individuante en el tiempo de elementos dispares. En tanto el acontecimiento trae novedad, siquiera su mera presencia de unidad de lo múltiple previo, es siempre único y temporal o temporizante. En tanto reúne lo múltiple dispar, es relacional. La relacionalidad del acontecimiento individuante es variada: se da entre los elementos presentes, como tensión, incoación problema. Se da entre un individuo/organismo/sujeto y el entorno, con el que se coindivida. Se da entre lo individuado y las condiciones preindividuales de las surge, cuyas tensiones apacigua, cuyas condiciones modifica retroactivamente. Un modo común de pensar esta relacionalidad del acontecimiento es concebirlo como afección.»⁵¹

El sentido de la afección, el sentido de lo que nos afecta, es fruto de la dinámica de individuación. Esto significa que la institución pasada de sentido queda en mí, pre-delineando los modos en que la futura experiencia me afectará. Se trata de la formación de *hábitos* del yo, una pasividad secundaria

⁵¹ Rejón Altable, C. (2021). *Uno y Distinto. Estudios sobre locura e individuación*. Barcelona: Herder. p. 369.

a la actividad que instituye sentido. La idea es que cargamos con el sentido de los actos previos, puesto que estos no se hunden y desaparecen en el pasado sino que configuran esencialmente la vida que se experimenta en el presente. Se trata de una progresiva «densificación» del yo a partir de la *sedimentación* del sentido afectante: yo como sujeto de hábitos, yo como sujeto de capacidades y poderes y yo como sujeto personal⁵². Las afecciones que el sujeto personal apropia no constituyen un «mero cúmulo, sino que existe entre ellos una conexión peculiar: una relación que no es lógica ni natural, sino estrictamente biográfico-narrativa.»⁵³

El yo como sujeto de capacidades y poderes se divide entre un yo puedo cenestésico y un yo puedo afectivo. El cenestésico es un poder que depende de la integración del cuerpo vivo –*Leib*– con el yo singular y consiste en el carácter *encarnado y situado* de *mis* acciones⁵⁴. El afectivo se refiere, en cambio, a las *disposiciones* que se experimentan psíquicamente como «urgencias» o apremios cuyo objeto está genéricamente perfilado y que anteceden a las motivaciones psíquicas cuyo objeto está claramente representado:

«Estas pasividades integran todo aquello que me pertenece como querido en cualquiera de sus formas primarias. Formas que van desde un impulso momentáneo hasta una apetencia duradera, o incluso hasta una predisposición que orienta el conjunto de la vida. Todas ellas se viven antes de hacerse conscientes como base de una acción voluntaria. (...) Así se explica la frecuente experiencia en la que alguien identifica, por fin, aquello que andaba buscando sin saber muy bien lo que quería. Semejante vivencia de cumplimiento es la prueba empírica de que, en tales casos, la voluntad tendencial pasiva precedía a la representación del objetivo.»⁵⁵.

Las disposiciones *pre-delinean* la actividad presente del yo conformando estados de cosas que absorben la atención, que *pre-ocupan*.

«En efecto, si bien Husserl afirma que el yo de los actos es libre, eso no significa que actúe en el vacío, al margen de toda determinación, ni que tales determinaciones sean remitidas únicamente a obstáculos externos. Las habitualidades adquieren así un doble valor: por un lado, pre-delinean la experiencia presente y sirven con ello al yo al liberarlo de realizar, a cada momento, nuevos actos instituyentes de sentido, por otro, podrían conducir a la repetición no deliberada de comportamientos y sentidos que ya no se adecuen a su situación actual.»⁵⁶

El yo personal se distingue, según Husserl, por su capacidad de *elegir* lo que libremente apropia: elegir apropiarse o rechazar una motivación pasiva –una toma de posición práctica sobre un deseo– o bien elegir seguir el rumbo que traza la «consistencia» de sus hábitos. «Elegir», por tanto, significa aquí responsabilizarse, hacerse cargo o responder de actos previos, que no han desaparecido sino que persisten pasivamente en la propia singularidad⁵⁷. Mientras aquello que singularidad al individuo es una *herencia* de su vida previa, la subsistencia de la persona –a diferencia de la *sustancia*– consiste en *responsabilizarse de esta herencia*. Por esta razón,

⁵² Ferrer, U. y Sánchez-Migallón, S. (2018). *La ética de Edmund Husserl* (2ª). Sevilla: Editorial Thémata. pp. 131-150.

⁵³ Ferrer, U., & Sánchez-Migallón, S. (2018). *La ética de Edmund Husserl* (2ª). Sevilla: Editorial Thémata. p. 136.

⁵⁴ Husserl, E. (2005). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro segundo: Investigaciones fenomenológicas sobre la constitución*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Fondo de Cultura Económica. /158/ p. 198.

⁵⁵ Ferrer, U., & Sánchez-Migallón, S. (2018). *La ética de Edmund Husserl* (2ª). Sevilla: Editorial Thémata. p. 143.

⁵⁶ Miguel Osswald, A. (2016). *La fundamentación pasiva de la experiencia. Un estudio sobre la fenomenología de Edmund Husserl*. Madrid: Plaza y Valdés. pp. 55 y 56.

⁵⁷ Ferrer, U. Y Sánchez-Migallón, S. (2018). *La ética de Edmund Husserl* (2ª). Sevilla: Editorial Thémata. pp. 146-150.

Emmanuel Housset caracteriza la persona husserliana como una «esencia [subsistencia] responsiva»: «La persona no es un sujeto vacío que podría devenir del todo en una libertad infinita, sino un ser concreto hecho de historias, y que se abre a sus posibilidades a partir de una tarea que les confiada por otros hombres.»⁵⁸

De esta modo, la mónada personal se despliega genéticamente a través de una *polarización* y *maduración* de la individuación temporalizada siempre enhebrada con la intencionalidad dirigida al mundo⁵⁹. Se trata de otra manera de describir el tránsito de la vida humana entre el registro fáctico y trascendental. «Polarizar» significa incrementar la unidad entre múltiples –y potencialmente divergentes– intencionalidades, lo que no sería posible si las vivencias intencionales no ya pertenecerían intrínsecamente a un todo. «Madurar» significa que la unidad de la intencionalidad, gracias a la progresiva sedimentación del sentido, adquiere un *estilo habitual* del que la persona debe responder. Por lo tanto, configurar una personalidad concreta exige tanto *apertura o movilidad* como *cerramiento o rigidez*. La «apertura» se refiere al carácter más o menos dúctil del todo fluyente respecto a sus momentos, es decir, el potencial del flujo para irse transformando – identidad, singularidad, personalidad– sin por ello perder su carácter unitario primario. La «rigidez» procede de la sedimentación, de la *pasivización* de la actividad anterior. La combinación de apertura y rigidez hace que el «ahora» del presente viviente se defina como un «legado abierto»⁶⁰.

Es en relación a esta dinámica que la afección se entrega al depresivo como una «no-posibilidad». Por un lado, se oblitera la apertura de la experiencia del futuro y, por el otro, se añade una *mineralización* de sentido sedimentado. Es decir, el sentido de experiencias previas del yo, histórico y socialmente configuradas –el «legado»–, se solidifica hasta tal extremo que deja de manifestarse al yo personal como una *motivación* que puede ser libremente apropiada y, en cambio, se manifiesta como una *coacción o compulsión* de obligado acatamiento incompatible con la libertad de elegir personalmente⁶¹. Así, la forma narrativa de la personalización pasa de «legado abierto» –su forma o estructura habitual– a «condena interminable» –la forma de temporalidad depresiva–. El depresivo sólo actualiza su carácter personal íntimamente pero no puede actualizarlo respectivamente al mundo. Por ello, su condición personal permanece encarcelada en su intimidad, *no puede* trascender en una figura de personalidad libremente elegida. De este modo, la enfermedad depresiva imposibilita habitar trascendentalmente el registro fáctico, el individuo no puede abrir radicalmente su personalizarse al mundo. Así como la expectativa pre-intencional del radicalmente desesperado implica *no poder* salir de su intimidad –en la que se encuentra encarcelado– porque el mundo sólo aparece ante él como una «no-posibilidad», la expectativa pre-intencional del desesperado se acerca más al *no querer* abandonar – con cierta soberbia– su intimidad para evitar exponerla a un mundo que no ofrece posibilidades personalizantes suficientemente buenas.

⁵⁸ Housset, E. (2010). La persona como creatura. *Teología y Vida*, *LI*, 161–178. p. 175.

⁵⁹ Dodd, J. (2010). *Death and Time in Husserl's C-Manuscripts*. In Lohmar & Yamaguchi (Eds.), *On Time. New Contributions to the Husserlian Phenomenology of Time* (pp. 51–70). Dordrecht: Springer. pp. 12–14.

⁶⁰ Dodd, J. (2010). *Death and Time in Husserl's C-Manuscripts*. In Lohmar & Yamaguchi (Eds.), *On Time. New Contributions to the Husserlian Phenomenology of Time* (pp. 51–70). Dordrecht: Springer. p. 13.

⁶¹ «Desde los estudios de Tellenbach y de Kraus (...) sabemos que la personalidad depresiva está regida por la “hiperordinalidad” y la “hipernomia”, lo que significa vivir *incluido* y *retenido* en un mundo estructurado por las normas de *obligado cumplimiento* y no por los valores vitales propios.» Pelegrina Cetran, H. (2017). *Psicopatología Regional. Estructuras dimensionales de la psicopatología. Logopatías y Timopatías*. Buenos Aires: Editorial Polemos. p. 503.