

MÁS ALLÁ DE LA DEPRESIÓN: FENOMENOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO NO PATOLÓGICO

Beyond depression: A phenomenology of non-pathological suffering

ALONSO CANABAL BERLANGA¹, BEATRIZ ABAD SANTAMARÍA¹, EMILIA ROSAS CARVAJAL¹, CLAUDIA
ALVARGONZÁLEZ RIERA¹

¹ Hospital Universitario de la Princesa, España

ABSTRACT

Distinguishing major depressive disorder from other forms of human suffering represents a clinical and ethical challenge, particularly in contexts of critical illness, life-threatening conditions, end-of-life care, or spiritual crisis. This article offers a critical reflection grounded in phenomenological and hermeneutic approaches to this diagnostic threshold, considering existential and spiritual suffering as differentiated forms of non-pathological suffering. Through the analysis of intentionality, temporality, self-relation, and horizon of meaning, the paper argues for distinguishing between collapse and transformation of meaning in order to better orient clinical and spiritual care.

KEYWORDS: Phenomenology; Suffering; Depression; Medical Humanities; Spirituality

RESUMEN

Distinguir el trastorno depresivo mayor de otras formas de sufrimiento humano constituye un desafío clínico y ético, especialmente en contextos de enfermedad crítica, amenaza vital, final de vida o crisis espiritual. Este artículo presenta una reflexión crítica de orientación fenomenológica y hermenéutica sobre ese umbral diagnóstico, considerando el sufrimiento existencial y espiritual como formas diferenciadas de sufrimiento no patológico. A partir del análisis de la intencionalidad, la temporalidad, la autorrelación y el horizonte de significado, se sostiene la necesidad de distinguir entre colapso y transformación del significado para orientar el cuidado clínico y espiritual.

PALABRAS CLAVE: Fenomenología; Sufrimiento; Depresión; Humanidades médicas; Espiritualidad

1. INTRODUCCIÓN

Distinguir entre sufrimiento patológico y sufrimiento no patológico constituye una de las tareas interpretativas más complejas de la medicina contemporánea. Aunque el desarrollo de los sistemas diagnósticos ha permitido mejorar el reconocimiento y tratamiento de múltiples trastornos mentales, también ha favorecido un debate creciente sobre los límites de la medicalización y sobre la capacidad de las categorías clínicas para representar adecuadamente ciertas formas de experiencia humana (American Psychiatric Association, 2022; Greco, 2022). Los párrafos segundo y siguientes deben tener una sangría de primera línea de 0,5. El texto debe tener interlineado sencillo, y los espacios entre párrafos solo deben existir cuando se usan las citas en párrafo aparte.

La cuestión adquiere una relevancia particular en contextos donde el sufrimiento aparece asociado a enfermedad grave, amenaza vital, dependencia, pérdida funcional o proximidad de la muerte. En estas situaciones, pacientes y familiares pueden experimentar angustia profunda, desorientación, alteraciones del horizonte temporal, pérdida de continuidad biográfica o cuestionamientos sobre el sentido de la propia existencia sin que dichas experiencias constituyan necesariamente una enfermedad psiquiátrica (Puchalski, 2012; Sulmasy, 2002).

En las últimas décadas, diversos autores han señalado que parte del malestar humano ha pasado a ser interpretado progresivamente bajo categorías clínicas que, aun siendo útiles desde una perspectiva asistencial, pueden resultar insuficientes para comprender determinadas formas de sufrimiento relacionadas con la condición humana, la vulnerabilidad o la finitud (Cassell, 1982; Greco, 2022). Esta tendencia ha favorecido discusiones sobre sobrediagnóstico, expansión diagnóstica y transformación de experiencias existenciales en objetos de intervención médica. Sin embargo, el problema opuesto también merece atención.

El reconocimiento del sufrimiento existencial o espiritual no debe convertirse en argumento para minimizar trastornos depresivos reales ni para sustituir una evaluación clínica rigurosa. La dificultad consiste precisamente en sostener un espacio interpretativo capaz de distinguir entre sufrimiento y psicopatología sin reducir uno al otro. Esta tensión pone de manifiesto una cuestión epistemológica más profunda: hasta qué punto las categorías médicas describen enfermedades y hasta qué punto configuran modos de interpretar la experiencia humana (Carel & Kidd, 2014). Desde esta perspectiva, el diagnóstico no constituye únicamente una operación clasificatoria, sino también una forma de interpretación que orienta qué dimensiones de la experiencia adquiere relevancia clínica y cuáles permanecen invisibilizadas.

Las humanidades médicas han insistido en que el sufrimiento no puede comprenderse exclusivamente como un fenómeno biológico o psicológico (Carel, 2016). La experiencia de enfermedad implica transformaciones en la corporalidad, en la relación con el tiempo, en el vínculo con los otros y en las estructuras de significado mediante las cuales una persona organiza su mundo vivido.

La fenomenología ofrece herramientas particularmente útiles para explorar esta dimensión. Desde Husserl hasta desarrollos contemporáneos de la fenomenología de la enfermedad y de la psicopatología fenomenológica, la experiencia humana se entiende como una relación estructurada entre sujeto y mundo antes que como una suma de estados internos (Husserl, 1983; Svenaeus, 2000). Esto permite analizar el sufrimiento no solo por su intensidad o contenido emocional, sino por la forma en que reorganiza la experiencia de sí mismo, del tiempo y del significado. Estas cuestiones adquieren especial relevancia en escenarios clínicos de alta vulnerabilidad, como la enfermedad crítica y el final de vida.

En estos contextos pueden emerger formas de sufrimiento existencial y espiritual que expresan incertidumbre, amenaza sobre la identidad, pérdida de orientación o necesidad de reconciliación, sin responder necesariamente a estructuras depresivas (Chochinov, 2002; Breitbart, 2017). En este marco, la experiencia de la “noche oscura” descrita por San Juan de la Cruz adquiere interés como modelo interpretativo. Más que una categoría religiosa o psicológica, puede entenderse como una descripción estructurada de una forma de sufrimiento intenso donde el significado no desaparece completamente, sino que modifica su modo de aparición (San Juan de la Cruz, 1997a; San Juan de la Cruz, 1997b).

Este artículo propone una reflexión crítica de orientación fenomenológica y hermenéutica sobre ese umbral diagnóstico. Su objetivo no es oponer experiencia espiritual y psiquiatría ni establecer nuevos criterios diagnósticos, sino explorar cómo diferentes formas de sufrimiento se organizan cuando se analizan desde la estructura de la experiencia vivida. A partir del análisis de la intencionalidad, la temporalidad, la autorrelación y el horizonte de significado, se propone una distinción entre colapso del significado y transformación del significado como herramienta conceptual para pensar el sufrimiento más allá de una comprensión exclusivamente patológica.

2. OBJETIVOS

2.1 *Objetivo general*

Desarrollar una reflexión crítica de orientación fenomenológica y hermenéutica sobre los límites del diagnóstico entre depresión y sufrimiento no patológico, con el fin de explorar cómo determinadas formas de sufrimiento existencial y espiritual pueden ser comprendidas más allá de categorías psicopatológicas convencionales.

2.2. *Objetivos específicos*

Analizar las diferencias fenomenológicas entre depresión y formas no patológicas de sufrimiento mediante el estudio de dimensiones estructurales de la experiencia, incluyendo intencionalidad, temporalidad, autorrelación y horizonte de significado.

Explorar el valor interpretativo de la experiencia de la “noche oscura” descrita por San Juan de la Cruz como modelo conceptual para comprender formas intensas de sufrimiento que no implican necesariamente patología psiquiátrica.

Examinar el papel del sufrimiento existencial y espiritual en contextos de enfermedad crítica, amenaza vital y final de vida, considerando tanto la experiencia del paciente como la de sus familiares.

Discutir las implicaciones éticas, clínicas y epistemológicas derivadas de la distinción entre colapso del significado y transformación del significado para la práctica médica contemporánea.

Proponer una aproximación interpretativa que complemente el razonamiento diagnóstico convencional y favorezca formas de cuidado más sensibles a la experiencia vivida, incluyendo la atención psiquiátrica, los cuidados paliativos y el acompañamiento espiritual.

3. ALCANCE Y MÉTODO DE LA REFLEXIÓN

Como artículo de reflexión crítica, este texto no presenta una serie de casos ni una revisión sistemática de la literatura, sino una lectura conceptual argumentada orientada a explorar un problema situado en la intersección entre clínica, fenomenología y humanidades médicas. El objetivo no consiste en generar nuevos criterios diagnósticos ni en sustituir los marcos psiquiátricos existentes, sino en examinar qué dimensiones de la experiencia pueden quedar insuficientemente representadas cuando determinadas formas de sufrimiento son interpretadas exclusivamente desde categorías psicopatológicas.

El procedimiento seguido es deliberadamente interdisciplinar y se desarrolla en tres movimientos sucesivos. En primer lugar, se delimita el problema clínico: la dificultad para distinguir determinadas formas de sufrimiento existencial y espiritual de cuadros depresivos en contextos de vulnerabilidad, enfermedad crítica y amenaza vital. En segundo lugar, se recuperan categorías fenomenológicas y hermenéuticas que permitan describir la estructura de la experiencia más allá del contenido subjetivo del sufrimiento. Finalmente, se discuten las implicaciones de esta lectura para el juicio diagnóstico, para la comprensión del sufrimiento y para la organización del cuidado. El método adoptado es, por tanto, interpretativo. Esta elección metodológica parte de una premisa ampliamente reconocida dentro de las humanidades médicas: el sufrimiento humano no se deja capturar íntegramente mediante indicadores discretos ni reducir completamente a escalas de medición (Carel, 2016). La medicina necesita categorías diagnósticas, pero también necesita narrativas; necesita criterios de clasificación, pero igualmente necesita formas de escucha capaces de acceder al significado que las personas atribuyen a su experiencia.

Desde una perspectiva fenomenológica, describir una experiencia no equivale a validar sus interpretaciones subjetivas ni a renunciar al razonamiento clínico. Implica analizar cómo aparece esa experiencia al sujeto y qué transformaciones introduce en su relación con el mundo, con el tiempo y consigo mismo (Husserl, 1983; Svenaeus, 2000). Este desplazamiento del contenido hacia la estructura de la experiencia resulta particularmente útil cuando el sufrimiento se sitúa en zonas fronterizas entre salud, enfermedad y crisis existencial. Por ello, una fenomenología del sufrimiento no patológico no persigue eliminar el diagnóstico ni relativizar la enfermedad mental. Su propósito es evitar que el diagnóstico se convierta en el único lenguaje legítimo para comprender el malestar humano. Esta posición reconoce que existen formas de sufrimiento cuya relevancia clínica no depende exclusivamente de cumplir umbrales sintomáticos, sino del modo en que afectan la continuidad biográfica, el horizonte temporal, la experiencia corporal y la constitución del significado.

La consecuencia práctica de esta perspectiva es relevante. El clínico debe saber identificar cuándo una intervención psiquiátrica está indicada y cuándo, en cambio, el problema dominante pertenece principalmente al ámbito existencial, relacional o espiritual. En escenarios como la enfermedad crítica o el final de vida, esta distinción puede condicionar el tipo de intervención ofrecida, el lugar concedido al acompañamiento espiritual, el papel de los familiares y la forma en que se construyen las decisiones compartidas (Puchalski, 2012; Sulmasy, 2002). Esta prudencia interpretativa exige reconocer que una misma descripción fenomenológica puede aparecer con

gradientes distintos según el contexto biográfico. Una pérdida reciente, una enfermedad oncológica avanzada, una estancia prolongada en cuidados intensivos, una crisis vocacional o un proceso de envejecimiento pueden producir experiencias semejantes en la superficie sin compartir necesariamente la misma estructura experiencial. En este sentido, el juicio clínico no puede resolverse únicamente mediante listas de síntomas ni mediante oposiciones simples entre normalidad y enfermedad. Requiere integrar contexto, trayectoria vital y formas de autorrelación. La pregunta diagnóstica nunca se resuelve en abstracto (Ratcliffe, 2015): depende del momento vital, de la historia previa de salud mental, de la presencia o ausencia de autodesprecio patológico, del grado de cierre del horizonte temporal y de la manera en que el sujeto continúa —o deja de continuar— orientándose hacia su propio futuro.

Esta aproximación asume que toda interpretación clínica posee una dimensión ética. Clasificar una experiencia no solo organiza intervenciones; también configura aquello que una sociedad reconoce como sufrimiento legítimo. Por ello, ampliar el repertorio interpretativo de la clínica puede entenderse no como una renuncia al rigor, sino como una condición para ejercer una medicina capaz de sostener la complejidad de la experiencia humana (Carel & Kidd, 2014).

4. ANÁLISIS CRÍTICO

4.1. Marco conceptual: experiencia vivida, mundo y sentido

La fenomenología parte de una intuición decisiva: la conciencia no es un contenedor de estados internos, sino una relación intencional con el mundo (Husserl, 1983). Este punto es crucial para la clínica porque desplaza la atención desde el inventario de síntomas hacia la estructura de la experiencia. La enfermedad no altera únicamente contenidos mentales aislados; también reconfigura el modo en que el mundo se presenta, se habita y se significa (Carel, 2016; Svenaeus, 2000). En otras palabras, la vida enferma no consiste solo en “tener algo”, sino en habitar de otro modo el espacio de posibilidades, vínculos, tiempos y expectativas.

En ese horizonte, la depresión puede entenderse como una alteración del campo de aparición del mundo. Ratcliffe (2013, 2015) ha mostrado que no se trata simplemente de un estado de ánimo bajo, sino de una modificación de las “sensibilidades existenciales” que sostienen la apertura al porvenir, la confianza básica y el valor de los vínculos. Fuchs (2001) añadió que la melancolía desincroniza el ritmo compartido de la existencia: el tiempo del sujeto deja de entroncar con el tiempo social y corporal, y la experiencia se vuelve pesada, detenida, extrañada.

Desde este ángulo, la depresión no es un mero exceso de tristeza, sino una desarticulación de la temporalidad, de la corporeidad y de la autoafección.

Esta perspectiva resulta especialmente útil para evitar dos reduccionismos. El primero es el reduccionismo naturalista, que convierte el sufrimiento en un conjunto de signos observables sin historia ni significado. El segundo es el reduccionismo psicologista, que interpreta toda oscurecimiento vital como expresión de una enfermedad mental. Entre ambos extremos, la fenomenología ofrece un lenguaje más fino para describir la pérdida de horizonte, la dislocación del yo y la variación del sentido (Carel & Kidd, 2014).

El aporte hermenéutico de la medicina consiste precisamente en recordar que el clínico no solo clasifica, sino que interpreta. La práctica médica, entendida de este modo, requiere un juicio que combine taxonomía y comprensión, evaluación sintomática y escucha narrativa, norma diagnóstica y sensibilidad contextual (Svenaeus, 2000; Carel, 2013). Esa combinación no suprime la psiquiatría; la vuelve más exacta, porque evita que la exactitud se limite a la enumeración de síntomas.

4.2. Un criterio práctico: la diferencia entre dolor con sentido y colapso de sentido

Una forma útil de resumir la distinción central consiste en decir que, en el sufrimiento no patológico, el dolor sigue teniendo un “porqué” narrativo, aunque no tenga un “para qué” transparente; en la depresión, en cambio, el dolor tiende a erosionar tanto por qué como el para qué. En el primer caso, la persona puede no comprender qué está ocurriendo, pero suele conservar alguna referencia a vínculos, valores o compromisos que siguen siendo significativos en un nivel de fondo. En el segundo, el mundo mismo se vacía de razones.

Por eso la clínica debe interrogar menos el volumen del sufrimiento y más su configuración. ¿El paciente sigue orientado hacia alguien o algo? ¿Aún puede imaginar un mundo, aunque sea veladamente, en el que su existencia conserve valor? ¿La pérdida afecta a un conjunto limitado de significados o ha arrasado el tejido entero del sentido? Este tipo de preguntas no sustituyen el examen psiquiátrico; lo vuelven más preciso. La anamnesis deja de ser un simple recuento de síntomas y se convierte en una exploración del modo en que la vida ha quedado afectada.

Esta idea encuentra resonancia en planteamientos contemporáneos sobre el significado y el sufrimiento humano, según los cuales el sufrimiento más profundo no siempre deriva de la ausencia de sentido, sino de una crisis en la forma de acceder a él (Frankl, 2006). Además, esta distinción obliga a revisar el lugar del lenguaje en la consulta. Muchos pacientes no poseen un

vocabulario diagnóstico para describirse; hablan de vacío, oscuridad, aridez, desconexión, fracaso o silencio. El clínico debe resistir la tentación de traducir de manera automática esos términos a un único código biomédico. A veces, precisamente, la tarea consiste en conservar la ambigüedad suficiente para no traicionar el fenómeno. Esa es una de las razones por las que la fenomenología ha resultado tan fecunda en humanidades médicas: porque enseña a describir antes de concluir.

4.3. Sufrimiento existencial y espiritual en la enfermedad crítica y el final de vida

La enfermedad crítica constituye uno de los escenarios clínicos donde más intensamente se manifiestan formas de sufrimiento que exceden las categorías psicopatológicas convencionales. La amenaza sobre la continuidad biográfica, la dependencia extrema, la pérdida de control corporal y la incertidumbre respecto al pronóstico generan experiencias que afectan dimensiones centrales de la existencia humana y que no siempre pueden interpretarse adecuadamente mediante categorías diagnósticas psiquiátricas (Cassell, 1982; Puchalski, 2012). En estos contextos, el sufrimiento existencial aparece con frecuencia asociado a la percepción de vulnerabilidad radical, a la alteración de proyectos vitales y a la confrontación con preguntas sobre identidad, significado, culpa, trascendencia o finitud. ⁹El paciente puede experimentar sensación de ruptura con su historia personal, pérdida del horizonte temporal habitual o dificultad para reconocerse a sí mismo dentro de una biografía previamente coherente (Carel, 2016; Svenaeus, 2000).

La dimensión espiritual adquiere aquí una relevancia particular. Entendida en sentido amplio, la espiritualidad no se limita a la adhesión religiosa, sino que comprende aquellas formas mediante las cuales las personas buscan orientación, sentido, conexión, esperanza o reconciliación frente a acontecimientos que amenazan la continuidad de la existencia (Sulmasy, 2002; Koenig, 2012). Estas experiencias no afectan únicamente al paciente. Los familiares de personas críticamente enfermas también pueden desarrollar formas intensas de sufrimiento existencial caracterizadas por incertidumbre prolongada, impotencia, anticipación de pérdida, conflicto moral y dificultad para otorgar significado a la experiencia vivida. La proximidad de decisiones complejas, la percepción de amenaza vital y la exposición sostenida al sufrimiento pueden alterar profundamente el equilibrio emocional y relacional del entorno familiar.

Desde una perspectiva fenomenológica y ética, el sufrimiento no puede entenderse exclusivamente como intensidad afectiva, sino también como expresión de aquello que el sujeto reconoce como valioso y vulnerable en su existencia (Nussbaum, 2001). La incertidumbre adquiere aquí una importancia central. La enfermedad crítica modifica radicalmente la

experiencia temporal: el futuro deja de aparecer como horizonte abierto y se convierte en un espacio de posibilidades inestables, suspendidas o amenazadas (Fuchs, 2001; Ratcliffe, 2015). Sin embargo, esta alteración temporal no implica necesariamente el cierre depresivo del mundo ni una pérdida definitiva del significado.

En situaciones de final de vida estas cuestiones alcanzan una intensidad particular (Kissane 2001). El acercamiento a la muerte puede ir acompañado de experiencias de desorientación existencial, necesidad de reconciliación, búsqueda de sentido, revisión biográfica o transformación de las fuentes previas de significado. En algunos pacientes aparece una vivencia cercana a lo que San Juan de la Cruz describía como oscuridad espiritual: no una ausencia absoluta de sentido, sino una dificultad para acceder a él desde las formas habituales de relación con uno mismo, con los otros o con aquello que sostiene la propia existencia (San Juan de la Cruz, 1997a, 1997b). En este contexto, el soporte espiritual emerge no como una intervención confesional, sino como una dimensión del cuidado orientada a reconocer necesidades de significado, acompañar procesos de incertidumbre y favorecer espacios donde pacientes y familiares puedan elaborar el sufrimiento sin reducirlo automáticamente a enfermedad.

La atención espiritual, cuando es integrada de forma respetuosa y centrada en la persona, se ha asociado con una mejor adaptación emocional, mayor percepción de dignidad y una experiencia más coherente del proceso de enfermedad avanzada (Puchalski, 2012; Chochinov, 2002). Reconocer estas formas de sufrimiento no implica abandonar el diagnóstico psiquiátrico cuando está indicado. Implica aceptar que la proximidad de la muerte y la amenaza vital introducen dimensiones de experiencia que requieren, además del razonamiento clínico, una aproximación interpretativa y relacional capaz de sostener preguntas que no siempre admiten respuesta médica.

4.4. Depresión, pérdida de mundo y alteración de la autorrelación

El trastorno depresivo mayor, según los criterios diagnósticos actuales, se caracteriza por un conjunto de síntomas afectivos, cognitivos y conductuales que producen deterioro funcional significativo (American Psychiatric Association, 2022). Sin embargo, su interés clínico no se agota en el repertorio de síntomas. La psicopatología fenomenológica ha insistido en que la depresión modifica la forma misma en que la vida se ofrece al sujeto: el futuro se estrecha, las posibilidades pierden relieve, el cuerpo se vuelve pesado y la experiencia de sí tiende a degradarse (Ratcliffe, 2015; Fuchs, 2001).

En este sentido, la depresión puede describirse como una contracción del mundo experiencial. No solo hay tristeza; hay empobrecimiento de la apertura. No solo hay desgana; hay desenganche del valor. No solo hay cansancio; hay transformación del modo en que el tiempo, la acción y el vínculo se vuelven disponibles. Ratcliffe (2013) ha mostrado que el problema central es la pérdida de un trasfondo de sentido que hace posible desear, anticipar y confiar. Cuando ese trasfondo se altera, el individuo no se siente simplemente triste, sino expulsado de la normalidad del habitar el mundo.

También cambia la autorrelación. En la depresión, la experiencia del yo puede volverse acusatoria, deficitaria o ajena a sí misma. El sujeto no solo percibe el mundo como vacío; frecuentemente se percibe a sí mismo como incapaz, indigno o irreparable. Esta tonalidad autorreferencial permite distinguir la depresión de otras formas de sufrimiento en las que, aun siendo intensa la angustia, no aparece la misma caída del valor propio. El criterio no es, por tanto, la intensidad del dolor, sino la modalidad en que el dolor se inscribe en la relación con uno mismo y con el futuro.

De ahí que una lectura clínicamente madura de la depresión deba integrar síntomas y estructura experiencial. La anhedonia, el insomnio, la inhibición psicomotora o la desesperanza son importantes, pero no bastan por sí solos para comprender el caso. El diagnóstico requiere saber si la persona vive su horizonte como clausurado, si el mundo ha perdido su pregnancia y si la propia existencia se ha convertido en una carga sin relieve. Esa descripción fenomenológica no reemplaza al DSM, pero impide usarlo de manera ciega.

4.5. Criterios de discernimiento clínico: más allá de la lista sintomática.

Una de las aportaciones más útiles de la fenomenología para la práctica clínica consiste en introducir criterios de discernimiento que no dependen exclusivamente de la mera cuantificación de síntomas. En el caso que nos ocupa, conviene formular al menos cuatro preguntas clínicas.

Primera: ¿se conserva alguna orientación hacia el mundo? En el sufrimiento no patológico, la orientación puede estar oscurecida, pero no desaparece por completo. En la depresión, en cambio, la orientación se erosiona de manera mucho más profunda, y el porvenir deja de funcionar como campo de posibilidad.

Segunda: ¿el significado está ausente o solo transformado? Este matiz es decisivo. La “noche oscura” puede vivirse como retirada de las formas habituales de consuelo, pero no como aniquilación absoluta del sentido. La depresión, por el contrario, suele acompañarse de la vivencia de un mundo sin valor o sin promesa (Ratcliffe, 2015).

Tercera: ¿cómo se vive la relación consigo mismo? Si domina la autodescalificación, la culpa global o la convicción de defecto irreparable, la hipótesis depresiva gana peso. Si lo que predomina

es una desposesión interior con conservación de la búsqueda, el cuadro puede tener otra economía emocional y espiritual.

Cuarta: ¿la temporalidad se ha cerrado o se ha suspendido? La depresión tiende a la clausura; la “noche oscura” a la suspensión. La diferencia parece sutil, pero tiene relevancia clínica. En un caso, el porvenir no se imagina; en el otro, todavía se intuye como posible, aunque no se alcance a vivirlo de forma clara.

Estas preguntas no generan una regla automática. Su función es heurística. Permiten que el juicio clínico no quede atrapado entre dos errores: sobrediagnosticar el sufrimiento o infradiagnosticar la depresión. La clínica necesita exactitud, pero también prudencia interpretativa (Carel & Kidd, 2014). La prudencia no es indecisión; es la capacidad de sostener complejidad sin precipitar una reducción prematura

Tabla 1. *Diferencias fenomenológicas entre formas de sufrimiento y depresión*

Criterio diferenciador	Depresión clínica	Sufrimiento existencial	Sufrimiento espiritual
Objeto predominante de la experiencia	El yo aparece como insuficiente o deteriorado	Amenaza sobre identidad, sentido o continuidad biográfica	Relación con significado último, trascendencia o orientación existencial
Estructura del significado	Colapso o pérdida del significado	Crisis o cuestionamiento del significado	Oscurecimiento o reconfiguración del significado
Intencionalidad (relación con el mundo)	Contracción del mundo experiencial	Orientación conservada pero inestable	Orientación mantenida hacia fuentes profundas de significado
Temporalidad vivida	Futuro cerrado o sin posibilidades	Incertidumbre y suspensión del horizonte vital	Espera, búsqueda o transformación
Relación con uno mismo	Autodesvalorización, culpa, insuficiencia	Extrañamiento o pérdida de continuidad narrativa	Revisión de valores y fuentes de identidad
Vivencia afectiva predominante	Desesperanza, anhedonia	Angustia, vulnerabilidad, incertidumbre	Sequedad espiritual, vacío relacional, búsqueda
Relación con los otros	Retraimiento y aislamiento	Necesidad de reconocimiento y acompañamiento	Necesidad de presencia, reconciliación o escucha
Respuesta al soporte clínico	Tratamiento psiquiátrico cuando está indicado	Acompañamiento interpretativo y apoyo psicosocial	Atención espiritual y acompañamiento existencial
Experiencia del final de vida	Puede aparecer desesperanza patológica	Confrontación con finitud y pérdida	Revisión biográfica y búsqueda de sentido
Riesgo de error clínico	Infradiagnóstico	Medicalización indebida	Interpretación exclusivamente religiosa o psiquiátrica

En la tabla 1, pretendemos realizar una síntesis con las diferencias más importantes entre estos tipos de sufrimiento distintos, reconociendo que en ocasiones las características diferenciales, en un determinado caso, pueden no ser tan claras y convivir diferentes características de sufrimiento. No obstante, nos parece muy útil intentar desgranar algún rasgo diferencial, para evitar medicalizar el sufrimiento y que no se demore algún otro tipo de Soporte necesario para el enfermo y que no debe perderse.

4.6. Implicaciones éticas y clínicas para las humanidades médicas.

La discusión propuesta en este trabajo tiene consecuencias que exceden ampliamente el debate terminológico o la precisión diagnóstica. La cuestión de cómo interpretar el sufrimiento remite a una pregunta más profunda: qué formas de experiencia reconoce la medicina como legítimas y cuáles quedan invisibilizadas cuando determinadas categorías clínicas se convierten en el lenguaje dominante para comprender el malestar humano.

En primer lugar, este problema se relaciona con la medicalización del sufrimiento. Cuando toda pérdida de significado, crisis espiritual o desorientación existencial se interpreta automáticamente como enfermedad, la medicina corre el riesgo de extender indebidamente su jurisdicción sobre dimensiones de la vida que históricamente han sido elaboradas mediante otros registros: el acompañamiento, la narración, el vínculo, el trabajo biográfico, la práctica espiritual o la deliberación moral (Greco, 2022; Cassell, 1982). Esta observación no implica negar el valor del diagnóstico ni cuestionar el sufrimiento psíquico como objeto legítimo de atención clínica. Más bien invita a preguntarse por los efectos secundarios del lenguaje diagnóstico.

Las categorías médicas no son instrumentos neutrales: además de describir experiencias, contribuyen a reorganizar la manera en que las personas interpretan lo que les ocurre. Ser diagnosticado no solo modifica itinerarios terapéuticos; también transforma narrativas personales, expectativas futuras y modos de comprender la propia vulnerabilidad. Desde esta perspectiva, la expansión diagnóstica puede producir un desplazamiento silencioso: experiencias tradicionalmente comprendidas como duelo, crisis vital, sufrimiento espiritual o confrontación con la finitud pasan a ser reinterpretadas predominantemente como alteraciones individuales susceptibles de corrección técnica. El riesgo no es únicamente el exceso terapéutico; también puede aparecer una pérdida de recursos simbólicos para habitar el sufrimiento.

En segundo lugar, esta discusión afecta directamente a la justicia epistémica y al reconocimiento moral del paciente. Carel y Kidd (2014) mostraron que las personas enfermas pueden sufrir formas específicas de injusticia cuando sus experiencias son sistemáticamente

reinterpretadas desde marcos que no permiten expresar adecuadamente aquello que viven. La injusticia epistémica no consiste únicamente en no creer al paciente; también aparece cuando el sistema clínico dispone de un repertorio interpretativo demasiado estrecho para comprender ciertos modos de sufrimiento. En estos casos, el relato del paciente puede ser traducido prematuramente a categorías disponibles, perdiendo elementos centrales de significado.

Aplicado al contexto de este trabajo, si toda angustia vinculada con amenaza vital, pérdida de identidad u oscuridad espiritual es absorbida por la categoría de depresión, el sistema puede preservar coherencia nosológica al precio de reducir la inteligibilidad de la experiencia vivida. Por ello, la competencia clínica no puede entenderse únicamente como capacidad técnica para identificar signos y síntomas. Incluye también una competencia hermenéutica: la capacidad de escuchar cómo el sujeto organiza el significado de aquello que experimenta, reconocer cuándo el sufrimiento desborda categorías predefinidas y sostener interpretaciones provisionales sin precipitar cierres diagnósticos (Svenaeus, 2000; Carel, 2016).

En tercer lugar, esta distinción adquiere una relevancia particular en la enfermedad crítica y en los cuidados paliativos. En estos escenarios, el sufrimiento suele emerger menos como pérdida del bienestar que como amenaza sobre la continuidad del mundo vivido. La dependencia extrema, la incertidumbre pronóstica, el deterioro corporal, la proximidad de la muerte y la vulnerabilidad relacional introducen preguntas que no siempre encuentran respuesta adecuada dentro del lenguaje biomédico. En estos contextos, pacientes y familiares pueden experimentar angustia derivada de la finitud, pérdida de control, relacionalidad herida, temor a convertirse en carga, necesidad de reconciliación o crisis de sentido (Puchalski, 2012; Billings, 2012; Sulmasy, 2002, 2009; Koenig, 2012).

La literatura contemporánea sobre cuidados paliativos ha insistido en que la dimensión espiritual forma parte de una atención verdaderamente integral y que atenderla no equivale a introducir contenidos confesionales, sino a reconocer necesidades humanas relacionadas con significado, pertenencia, esperanza y dignidad (Chochinov, 2002). Desde esta perspectiva, el acompañamiento espiritual constituye menos una intervención sobre creencias que una práctica clínica orientada a sostener preguntas que no pueden resolverse mediante procedimientos técnicos (Breitbart et al., 2012; Breitbart, 2017). Del mismo modo, el desarrollo de intervenciones orientadas al significado ha mostrado beneficios en pacientes con enfermedad avanzada, sugiriendo que parte del sufrimiento intenso puede requerir elaboración narrativa antes que corrección sintomática.

Una clínica verdaderamente atenta a la experiencia vivida promueve una ética de la modestia diagnóstica. La modestia diagnóstica no equivale a incertidumbre paralizante ni a relativismo clínico. Significa reconocer que el acto diagnóstico posee límites y que algunas experiencias humanas mantienen una irreductibilidad parcial frente a cualquier clasificación. Desde esta posición, el juicio clínico no renuncia a diagnosticar cuando corresponde, pero tampoco coloniza toda oscuridad como si fuese necesariamente patológica.

La medicina humanamente responsable no romantiza el sufrimiento ni convierte el dolor en una experiencia moralmente superior. Tampoco patologiza automáticamente toda pérdida de sentido. Se sitúa, más bien, en un espacio intermedio de prudencia interpretativa donde el objetivo no es eliminar la ambigüedad constitutiva de la existencia humana, sino acompañarla de manera clínica, ética y relacionalmente adecuada.

En última instancia, el reto para las humanidades médicas no consiste en sustituir el diagnóstico por interpretación, sino en recordar que comprender a una persona exige algo más que clasificar aquello que le ocurre.

5. CONCLUSIONES

Desde una lectura fenomenológica, la diferencia relevante no reside únicamente en la intensidad del sufrimiento, sino en el modo en que este reorganiza la relación del sujeto consigo mismo, con el tiempo, con los otros y con el significado. Mientras que determinadas formas depresivas pueden caracterizarse por una contracción del mundo vivido y por un colapso del horizonte de posibilidades, otras experiencias de sufrimiento conservan una orientación implícita incluso cuando el significado deja de mostrarse bajo sus formas habituales.

En este contexto, la experiencia de la “noche oscura” descrita por San Juan de la Cruz se ha propuesto, no como modelo espiritual normativo ni como alternativa diagnóstica, sino como una descripción particularmente fértil para pensar formas intensas de sufrimiento que no se dejan reducir ni a enfermedad ni a mera adaptación emocional. Para las humanidades médicas, esta distinción importa porque devuelve a la medicina su capacidad interpretativa.

Las implicaciones de esta distinción son relevantes para las humanidades médicas. Una clínica verdaderamente centrada en la persona requiere ampliar sus recursos interpretativos para reconocer que algunos pacientes necesitan tratamiento psiquiátrico, mientras que otros necesitan tiempo, acompañamiento, escucha, reconstrucción narrativa o soporte espiritual. En muchos casos, ambas dimensiones coexistirán. Esta perspectiva adquiere especial importancia en el

cuidado del enfermo crítico y en el acompañamiento al final de la vida, donde pacientes y familiares afrontan experiencias que ponen en cuestión identidad, continuidad biográfica, autonomía y significado.

Reducir automáticamente estas vivencias a categorías patológicas puede empobrecer el cuidado tanto como ignorar un sufrimiento clínicamente tratable. Por ello, una medicina humanamente rigurosa exige combinar precisión diagnóstica con prudencia interpretativa. El reto no consiste en elegir entre diagnóstico o comprensión, entre ciencia o significado, sino en sostener ambos lenguajes sin que uno elimine al otro.

En última instancia, quizá una de las tareas más difíciles —y más humanas— de la clínica contemporánea consista en aprender a reconocer cuándo el sufrimiento expresa una enfermedad y cuándo, por el contrario, expresa la difícil tarea de seguir siendo persona bajo condiciones que amenazan la propia existencia.

Agradecimientos

A mis colaboradores y médicos que se enfrentan diariamente con el dolor y sufrimiento de enfermos y familiares. Ellos pueden, aliviarlo con profesionalidad y humanidad.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing.
- Billings, J. A. (2012). Existential suffering. *Journal of Palliative Medicine*, 15(9), 1018–1020.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., Pessin, H., Lichtenthal, W., Sjoberg, D., & Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1304–1309. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517>
- Breitbart, W. (2017). *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*. Oxford University Press.
- Carel, H. (2013). Illness, phenomenology, and philosophical method. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 34(4), 345–357. <https://doi.org/10.1007/s11017-013-9265-1>
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press.
- Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 529–540. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care: A new model for palliative care. *JAMA*, 287(17), 2253–2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- Frankl, V. E. (2006). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Fuchs, T. (2001). Melancholia as a desynchronization: Towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology*, 34(4), 179–186. <https://doi.org/10.1159/000049304>
- Greco, M. (2022). The classification and medicalization of suffering. *Medical Humanities*, 48(1), 1–3. <https://doi.org/10.1136/medhum-2021-012367>
- Husserl, E. (1983). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy: First book. General introduction to a pure phenomenology* (F. Kersten, Trans.). Martinus Nijhoff Publishers.

- Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome: A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12–21.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23(Suppl. 3), 49–55. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>
- MacIntyre, A. (1981). *After virtue*. University of Notre Dame Press.
- Nussbaum, M. C. (2001). *Upheavals of thought: The intelligence of emotions*. Cambridge University Press.
- Ratcliffe, M. (2013). Depression and the loss of meaning. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 20(2), 147–154.
- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of depression: A study in phenomenology*. Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. University of Chicago Press.
- San Juan de la Cruz. (1997a). *Noche oscura del alma*. Cátedra.
- San Juan de la Cruz. (1997b). *Subida del Monte Carmelo*. Cátedra.
- Svenaeus, F. (2000). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*. Kluwer Academic Publishers.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(Suppl. 3), 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Sulmasy, D. P. (2009). Spirituality, religion, and clinical care. *Chest*, 135(6), 1634–1642. <https://doi.org/10.1378/chest.08-2241>