

**PUBLICACIÓN ANTICIPADA EN LÍNEA** (Versión previa a la diagramación). La Revista Tesis Psicológica informa que este artículo fue evaluado por pares externos y aprobado para su publicación en las fechas que se indican en la siguiente página. Este documento puede ser descargado, citado y distribuido, no obstante, recuerde que en la versión final pueden producirse algunos cambios en el formato o forma.



# La medicalización de la tristeza. Apuntes para una historia de la depresión

The medicalization of sadness. Notes for a history of depression.

Marcela Borinsky<sup>1</sup>

*Recibido: Julio 24 de 2023 Revisado: Julio 31 de 2023 Aprobado: Marzo 20 de 2024*

**Cómo citar este artículo:** Borinsky, M. (2023). La medicalización de la tristeza. Apuntes para una historia de la depresión. *Tesis Psicológica*, 19(1), X-X. <https://doi.org/10.37511/tesis.v19n1aX>

## Resumen

El artículo realiza un recorrido por la historia psiquiátrica de la depresión desde Jean-Étienne Esquirol hasta Emil Kraepelin y la consagración del término con Adolf Meyer en Estados Unidos. Nos interesan los movimientos, las vacilaciones y los cambios en los modos de nombrar el sufrimiento subjetivo de la melancolía a la depresión, del arte a la medicina, de la filosofía al psicoanálisis. Una mirada atenta al cruce de lenguajes, destaca la multiplicidad de sentidos y advierte sobre el riesgo de una reducción unívoca del padecimiento subjetivo a síntomas patológicos. Asistimos hoy, al avance de sectores de la psiquiatría hacia la medicalización del duelo y nos preguntamos acerca de los efectos de la desaparición del duelo como modelo de referencia –establecido por Freud hace más de un siglo- para pensar las pérdidas y nuestra relación con la muerte.

---

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología UBA. Adjunta Interina Cátedra Historia de la Psicología I. UBA. Beca de Investigación Doctorado. Facultad de Psicología. UBA. Área de Investigación: Historia de la psicología y el psicoanálisis en la Argentina.

El objetivo del artículo es subrayar la naturaleza histórica de aquello que hoy la psiquiatría define como enfermedad e introducir una mirada que ponga en perspectiva la experiencia personal del malestar anímico y las tensiones entre los diferentes lenguajes –poético, filosófico, médico- para aprehender el dolor.

Palabras clave: Historia, depresión, melancolía, medicalización, duelo

### **Abstract**

The article traces the psychiatric history of depression from Jean-Étienne Esquirol to Emil Kraepelin and the consecration of the term with Adolf Meyer in the United States. We are interested in the movements, hesitations and changes in the ways of naming subjective suffering from melancholy to depression, from art to medicine, from philosophy to psychoanalysis. An attentive look at the crossing of languages highlights the multiplicity of meanings and warns against the risk of a univocal reduction of subjective suffering to pathological symptoms. Today, we are witnessing the advance of psychiatric sectors towards the medicalization of grief and we wonder about the effects of the disappearance of mourning as a reference model -established by Freud more than a century ago- to think about losses and our relationship with death. The aim of the article is to underline the historical nature of what psychiatry today defines as illness and to introduce a view that puts into perspective the personal experience of emotional discomfort and the tensions between the different languages -poetic, philosophical, medical- to apprehend grief.

Key Words: History, depression, melancholy, medicalization, mourning

### **Introducción**

El término depresión ha entrado relativamente tarde en la terminología de los estados de aflicción. Derivado en su origen del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir), y *deprimere* (empujar hacia abajo), y con los significados que vienen de estos términos latinos de

empujar hacia abajo, oprimir, rebajado en categoría o fortuna, venido a menos, este término, y los con él emparentados, entró en uso en el inglés durante el siglo XVII. (Jackson, 1989, p. 17)

Hoy en nuestra cultura occidental las señales de dolor se leen como enfermedad, la tristeza como depresión y el desánimo, la falta de ganas o el abatimiento como desórdenes neuroquímicos a corregir. Se puede, y hasta cierto punto, cuestionar las rutinas cotidianas, preguntarse para qué, sentirse desbordado por las exigencias del trabajo y la familia, dormir mal, tomar una copa de más pero cuando estos comportamientos se agudizan la grilla de la depresión los atrapa y el malestar subjetivo deviene enfermedad. La dicha, la tristeza, la fatiga, la culpa, las ideas de muerte – categorías que solían pertenecer en un tiempo no muy lejano al vocabulario moral- se han convertido en síntomas de un trastorno del estado de ánimo denominado “depresión mayor” que requiere tratamiento a largo plazo. ¿Cómo hablar de la tristeza, la búsqueda de sentido, el dolor de existir por fuera de los límites que impone el discurso psiquiátrico sobre la depresión? Discurso que avanza más allá de las fronteras disciplinares para monopolizar el sentido común del sufrimiento psíquico.

Esto no fue siempre así. Hace no mucho tiempo, los problemas de la angustia, la finitud y la muerte ocupaban un lugar importante en libros de filosofía destinados a comprender la existencia. De Kierkegaard, el primer filósofo que le dedicara un libro a la angustia en 1844, a Sartre y, de Nietzsche a Heidegger –para citar sólo algunos destacados pensadores modernos-, la condición humana destinada a la finitud se enfrenta inevitablemente con la angustia. Desde la nada que caracteriza a la conciencia sartreana como punto de partida absolutamente inasible a la “inquietud” heideggeriana como única realidad humana, una tradición importante de la filosofía recorre el camino de la angustia como dato ineludible de la vida. En esta línea, el escritor francés Albert Camus comienza su ensayo de 1942 sobre el sentido de la existencia discutiendo el suicidio. El problema filosófico más serio: juzgar si la vida vale la pena de ser vivida implica responder a la pregunta fundamental de la filosofía. (Camus, 2010, p.8)

¿Es posible establecer relaciones entre los lamentos del paciente depresivo anónimo sobre las miserias de su vida y las preguntas filosóficas sobre el sentido, la

libertad, la angustia y la muerte? El mito de Sísifo –elegido por Camus como motivo central de su ensayo- ¿nos enseña algo sobre el sufrimiento del paciente depresivo? El tormento de Sísifo, subiendo la pesada piedra hacia la cima de la montaña para que al final de este recorrido la piedra vuelva a caer y así, día tras día, condenado por los dioses a realizar la misma tarea “inútil y sin esperanza” hasta el final de los tiempos, ¿no es similar al padecimiento del paciente depresivo encerrado en la repetición de un circuito de pensamientos del que no puede salir? ¿La filosofía puede servirnos de ayuda para abordar la depresión hoy?

Revisar la historia de la filosofía en la búsqueda de una respuesta consistente a estas preguntas requeriría un trabajo de indagación que excede los objetivos aquí planteados. No obstante, así como durante un período fructífero del XX la psiquiatría y la filosofía unieron esfuerzos para pensar juntas, se torna necesario revisar el lenguaje contemporáneo de la depresión para cuestionar los límites de una significación que invita a la falsa transparencia de las manifestaciones psicopatológicas. Preocupa sobre todo la auto referencialidad de los argumentos clínicos, la circulación y difusión de un sentido común psiquiátrico, validado por evidencias generalmente estadísticas, a las que el público no accede. También nos inquieta, en un nivel más profundo, la distinción que se consolidó en los últimos tiempos entre, el sufrimiento psiquiátrico por un lado, y el sufrimiento a secas, que conduce a la definición del primero como problema –un desperfecto técnico- para el que la psiquiatría puede ofrecer una solución. Recurrir a la historia de las ideas nos permite tomar una saludable distancia de las definiciones contemporáneas de depresión en las que observamos el riesgo potencial de empujar las fronteras –siempre lábiles- desde las valencias patológicas del sufrimiento psíquico hacia las condiciones inherentes al padecimiento de nuestra existencia imperfecta y mortal. Consideramos que la pregunta sobre los modos de nombrar el dolor y de categorizar el sufrimiento es relevante para la clínica contemporánea que, cerrada sobre sí misma, muchas veces tiende a desconocer las diversas tradiciones que conformaron y continúan moldeando la percepción de nuestras subjetividades.

Antes de empezar este recorrido por la historia de la depresión vale la pena recordar la reflexión de Virginia Woolf (2019) en un lúcido ensayo sobre las

enfermedades y las dificultades que encontraba en la lengua inglesa –y que podríamos extender a las lenguas latinas- para dar cuenta de ellas. Para el amor, cualquier colegiala “tiene a Shakespeare o a Keats para que hablen por ella” mientras que, la lengua resulta insuficiente cuando se trata de describir “esas grandes batallas que el cuerpo, con el pensamiento como esclavo, libra en la soledad del dormitorio contra el asalto de la fiebre o la invasión de la melancolía” (p. 15).

Por estas razones, que dan cuenta de dificultades para poner en palabras la oscuridad de la enfermedad, proponemos en este artículo realizar un recorrido por ciertos mojones de la historia psiquiátrica de la depresión e incluir algunas referencias de esa prehistoria heterogénea que llega a nuestros días con el nombre de melancolía. Nos interesa subrayar la naturaleza histórica de aquello que hoy la psiquiatría define como enfermedad e introducir una mirada que ponga en perspectiva la experiencia subjetiva del malestar anímico y las tensiones entre los diferentes lenguajes –poético, filosófico, médico- para aprehender el padecimiento subjetivo.

### **Retrocediendo en el tiempo: antecedentes de la depresión.**

El escritor norteamericano William Styron, en su relato sobre el retorno de la locura, se queja del “daño semántico” que provocó Adolf Meyer al “proponer un sustantivo de tonalidad blanda y carente de toda prestancia y gravedad, empleado indistintamente para describir un bajón en la economía o una hondonada en el terreno, un auténtico comodín léxico para designar enfermedad tan seria e importante” (Styron, 1990, p. 32). Si bien para el escritor no hay dudas de que la depresión es una enfermedad “consecuencia de un proceso bioquímico aberrante” y, en su forma extrema locura; la insatisfacción con el nombre permite entrever la distancia entre la generalización clínica y la experiencia personal del autor. No sólo se trata de una enfermedad. Y la escritura revela la presencia sobrecogedora de una oscuridad interior que el escritor necesita atravesar, entender y nombrar.

Recuperando la historia de la psiquiatría, vamos a detenernos en tres figuras importantes para puntuar este recorrido por la depresión partiendo de Estados Unidos hacia Alemania y Francia, retrocediendo en el tiempo desde los comienzos del siglo XX

hacia el siglo XVIII con Adolf Meyer (1866-1950), Emil Kraepelin (1856-1926) y Jean-Étienne Esquirol (1772-1840). Empezamos con Adolf Meyer, médico de origen germano-suizo radicado en Estados Unidos quien contribuyó activamente a la recepción de las ideas freudianas en ese país. Articuló la psiquiatría y el psicoanálisis a través de un modelo dinámico basado en las nociones de reacción y adaptación conjuntamente con, un esquema “psicobiológico” para integrar la experiencia vital del individuo con la información fisiológica y biológica. Meyer fue un referente central del campo psiquiátrico americano en la primera mitad del siglo XX y, no deja de ser llamativo que una figura como él que entendía la patología como una respuesta de la persona a una situación en la que se interrelacionan factores sociales, psicológicos y biológicos, batallando contra la rigidez de las clasificaciones diagnósticas, haya quedado asociado a la instalación del nuevo concepto de depresión en la psiquiatría norteamericana. Varias historias señalan como referente de las ideas de Meyer, a Emil Kraepelin quien, a través de las sucesivas ediciones de su *Tratado de Psiquiatría*, fue acotando, puliendo y definiendo el territorio de la depresión para finalmente en 1896, introducirla en un esquema nosológico nuevo, junto con la manía y la locura circular en el grupo de las psicosis maníaco-depresivas. En pos de ordenar el campo de la locura, Kraepelin consideró como factor decisivo el curso de la enfermedad y, a partir de allí, definió dos grandes grupos: la demencia precoz con sus diferentes formas – hebefrénica, catatónica y paranoide- que cursan con deterioro en un grupo y, en el otro, las psicosis periódicas rebautizadas como psicosis maníaco-depresivas. Tal como señala Jenifer Radden (2009), el psiquiatra alemán traduciría aquí, en el proceso de clasificación de las enfermedades, la tradición clásica de la psicología de las facultades dominante entre los siglos XVII y XIX: la contraposición entre el dominio de la razón y el de las pasiones. (p.132)

Vale la pena detenerse en las razones esgrimidas por Adolf Meyer para introducir el término depresión en una discusión con colegas en 1905 sobre la “clasificación de las melancolías”. Meyer propone eliminar el término melancolía, porque “implica un conocimiento de algo que no poseemos” argumentando, además, que ha sido empleado de “formas específicas diferentes” por los autores. La ventaja de introducir la noción de depresión implica una elección “no presuntuosa” que requiere ser ampliada

para denotar el tipo de depresión a la que nos estamos refiriendo: “depresiones simples insuficientemente diferenciadas, las psicosis de ansiedad, los delirios y las alucinaciones depresivas, los episodios depresivos de la demencia precoz, las depresiones sintomáticas.”(Meyer, como se citó en Jackson, 1989, p.186).

Ya volveremos sobre este conocimiento de algo que no poseemos. Posiblemente, Meyer apuntaba a la dificultad para conocer las causas de la depresión y quisiéramos destacar aquí las diferencias de enfoque entre el esquema nosológico de Kraepelin y las propuestas de Meyer. Mientras que el esquema de Kraepelin se orienta a la síntesis llegando a concluir, en su octava edición (publicada en cuatro volúmenes entre 1909 y 1915) que “con el paso del tiempo cada vez estoy más convencido de que los estados mencionados (de la insania maniacodepresiva) no representan sino manifestaciones de un solo proceso morboso” (Kraepelin, como se citó en Jackson, 1989, p. 183).

Aunque, Meyer resiste la fuerza de esta inclusión diagnóstica para seguir sosteniendo la necesidad de ampliar la mirada sobre un conjunto más heterogéneo que el deseado por su colega alemán, ambos psiquiatras comparten un horizonte de intereses dirigidos a delimitar el territorio de la psiquiatría en base a la descripción minuciosa de síntomas, el ordenamiento en grupos y la evolución de los procesos mórbidos. Asistimos, de este modo, con el cambio de siglo al reemplazo de la vieja categoría de melancolía por la de depresión. Proceso que ya habían comenzado los padres de la psiquiatría francesa en los albores del siglo XVIII.

Philippe Pinel (1745-1826) cumplió un rol clave en la definición del psiquiatra moderno al delimitar un espacio específico, el asilo, para el tratamiento de la alienación mental. Estableció las condiciones para el tratamiento moral en la regulación de la vida cotidiana de los enfermos en el hospital y en ese camino, separó la locura de otras formas de alienación social. La obra de su discípulo, Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), da cuenta del esfuerzo por entender y ordenar el mundo complejo de la locura según criterios modernos. Entre el Antiguo Régimen y el impacto de la Revolución Francesa, Esquirol desarrolla una nueva nosografía psiquiátrica. A los fines de nuestro análisis, destacamos la introducción de la figura de la monomanía para describir las

formas de la alienación en las que el delirio es parcial. Se trata de la sobreevaluación de una idea sin afección de las funciones intelectuales. Separa la monomanía en dos clases: la monomanía propiamente dicha “que se caracteriza por un delirio parcial y una pasión o alegre o excitada” por un lado y, por el otro, la monomanía que “corresponde a la melancolía de los antiguos”. Para Esquirol mientras el monomaniaco vive fuera de sí mismo y “difunde entre los demás el exceso de sus emociones”, el melancólico “ata a su persona todos sus pensamientos, todos sus afectos, es egoísta y vive dentro de sí mismo” (Esquirol, como se citó en Jackson, 1989, p. 147).

En este proceso de ordenamiento y separación de los viejos saberes frente a los nuevos fundamentos, Esquirol plantea la necesidad de reemplazar el término melancolía debido a su asociación con teorías –como la doctrina humoral- ya ampliamente desacreditadas para sus contemporáneos e introducir un término diferente que explique el problema en el nivel de la afectividad que efectivamente lo produce. Elige para ello, la palabra lipemanía para describir la pasión triste que paraliza buscando con esta nueva categoría, expulsar la noción de melancolía de la nascente disciplina psiquiátrica y, en todo caso, reservarla para los poetas y moralistas.

Si bien el término propuesto por Esquirol no llegó a imponerse y transcurrió casi un siglo para que la melancolía fuera desterrada finalmente de los manuales de psiquiatría, vale la pena detenerse en esa bisagra histórica, desde la cual el alienista francés buscó hacer tabla rasa con el pasado, para entender algunos rasgos distintivos de esta tradición melancólica que resiste a su desaparición. De Esquirol a Kraepelin, de Kraepelin a Meyer -para citar sólo algunos mojones de este recorrido que se extiende desde Francia a Alemania y de Alemania a Estados Unidos- la depresión se convertirá en el diagnóstico de elección en el siglo XX.

### **Herencias de la melancolía**

El pasado de la melancolía nos ofrece una historia fascinante. En la década de 1960 se publicaron dos estudios fundamentales sobre el tema que todavía hoy resultan insuperables por el estilo de la escritura, la erudición, la amplitud y variedad de fuentes analizadas. En primer lugar, la tesis doctoral de Starobinski (2017) sobre el tratamiento

de la melancolía escrita desde su formación en letras clásicas constituye una muestra magistral de la riqueza de una mirada que articula ciencia y literatura. Luego, el bellísimo estudio de los historiadores del arte Klibansky, Panofsky y Saxl (1991) quienes, a lo largo de décadas, se dedicaron a estudiar la melancolía en la literatura fisiológica de la antigüedad y su recorrido en la filosofía y la medicina medieval al tiempo que, la figura de Saturno desde sus primeros registros en la astrología árabe, las referencias míticas y cosmológicas en los antiguos, las especulaciones medievales y con especial foco en la tradición de la pintura para culminar con el análisis del célebre grabado de Dürero, *Melancolía I*, de comienzos del siglo XVI.

No nos vamos a adentrar en esta tradición heterogénea que los autores citados rastrean desde los antiguos griegos pero para entender a Esquirol y su proyecto de fundación de la psiquiatría moderna quisiera destacar dos referencias de esta densa y prolongada prehistoria. Una de ellas, alude a las causas de la melancolía ya que -tal como señala Starobinski- hasta el siglo XVIII se contaba con la certeza sobre el origen del mal. En la tradición de la doctrina hipocrática de los cuatro humores, la melancolía es la bilis negra. Un humor frío y seco cuyas asociaciones remiten a la tierra, el otoño y la oscuridad. Tal como señala Taylor, desde nuestra lectura actual podríamos suponer que la bilis negra produce la melancolía en términos de una correlación psicofísica pero para los antiguos la melancolía residía en la bilis negra, “la sustancia encarna esta significación”. (Taylor, 2006, p.262). Los antiguos no tenían dudas con respecto a la causalidad del mal que era igual de oscuro que la sustancia que lo provocaba. En esta dirección Starobinski arriesga la hipótesis de que la supervivencia de la teoría de la atrabilis se asocia a la densidad de las imágenes que concita “un humor espeso, pesado y negro que circula con lentitud y desprende vapores sombríos” (Starobinski, 2017, p. 60).

La segunda referencia alude a la constitución de una sensibilidad que se asoció con la poesía a finales de la Edad Media para confluír luego en la tradición romántica: la “melancolía poética”. Los historiadores describen la circulación de la palabra, que mantiene su carácter de “tristeza sin causa” para transformarse en un sentimiento que tiñe la pintura de los paisajes y la sensibilidad del hombre. De este modo, el significado

patológico de la palabra pierde fuerza a favor de un lenguaje poético que permite nombrar un estado de ánimo pasajero. La palabra adquiere otro sentido, de sustantivo a adjetivo pasa a transferirse de la persona a los objetos que originan el sentimiento: espacios melancólicos, paisaje melancólico, luz melancólica (Panofski, et al. 1991, p. 217). En el camino a la modernidad, la melancolía agrega nuevos significados. Es una enfermedad y es un temperamento pero también, un estado de ánimo en el que se destacan los sentimientos generados por una relación fugaz y temporal con el mundo. Es así como la melancolía se convierte en himno y objeto de culto identificada con la “belleza mortal” -tal como se lee en el poema de John Keats, *Oda a la melancolía*-. Sinónimo de lo efímero es al mismo tiempo fuente de inspiración que moviliza el arte.

De este modo, más allá de las advertencias de los historiadores que insisten con razón en desconfiar de las continuidades entre la historia de la melancolía y la historia de la depresión, nos interesa subrayar cómo los efectos de una tradición poética desarrollada en un mundo ajeno al nuestro insisten aún hoy y se resisten a desaparecer en un discurso unívoco. Quizás por eso, cuando Sigmund Freud decidió intervenir en este campo recupera el viejo término que ya en 1917 había perdido su centralidad en el horizonte médico. La operación que emprende el maestro vienés en su clásico trabajo sobre el tema, ubica a la melancolía como enfermedad de la pérdida en contraposición al duelo, “reacción frente a la pérdida real del objeto de amor”. Tarea que, más allá de las desviaciones de la conducta normal que pueda presentar, requiere “ejecutar pieza por pieza la orden de la realidad extraordinariamente dolorosa” para que una vez completado este trabajo el yo recupere su libertad. (Freud, 1992, p.243). En contraposición, en la melancolía se trataría de una pérdida desconocida y de un duelo patológico. No nos interesa detenernos acá en las discusiones que abre este texto en relación a la constitución del narcisismo y del ideal del yo, los mecanismos de la identificación o del funcionamiento de una instancia crítica dentro del yo. Queremos destacar que Freud prefiere hablar de melancolía. En su texto no hay referencias clínicas y la breve ilustración que introduce proviene de la literatura. Las palabras del príncipe Hamlet sirven para indicar la autocrítica extrema, la furia del yo contra sí mismo, que Freud destaca como una de las características oscuras del comportamiento melancólico. Se trata de un trabajo teórico y en la elección del término clásico no

podemos dejar pasar las resonancias múltiples de una palabra con historia. El padre del psicoanálisis utiliza la melancolía como linterna que le permite bucear en aguas profundas y comprender algunos rasgos enigmáticos de la subjetividad. Las referencias a la oscuridad, el misterio y el desconocimiento sobre la pérdida que aqueja al melancólico, insisten a lo largo del texto para subrayar las preguntas que nos plantea la melancolía sobre la verdad íntima de nuestra interioridad. Este ensayo freudiano que abre más preguntas que respuestas recurre al sufrimiento melancólico para comenzar a delimitar la complejidad de la constitución yoica propuesta por el psicoanálisis. En síntesis, para Freud la melancolía es un camino que le permite interrogar, buscar y profundizar su conocimiento sobre el yo y en este sentido, podríamos situarlo en una búsqueda similar a la de poetas y filósofos. Pero al mismo tiempo, la melancolía es una enfermedad a la que Freud compara con el duelo para entender y precisar. De la tristeza sin causa que distingue al padecimiento melancólico a la sustracción de la conciencia del objeto perdido y su impacto directo sobre el yo. Es esta imbricación entre el desconocimiento de lo que se pierde -o de lo que significa esta pérdida- y la “perturbación del sentimiento de sí” lo que caracteriza a la enfermedad. La analogía con el duelo le permite a Freud sentar las bases para pensar la melancolía como una patología de la pérdida y, podríamos decir que esta hipótesis ha sido uno de los aportes más sugerentes del psicoanálisis para el estudio de la depresión en el siglo XX.

### **De las causas a los tratamientos.**

La historia psiquiátrica de la depresión desde la fundación de la psiquiatría moderna con Pinel y Esquirol da cuenta de un proyecto de largo aliento de ordenamiento de los cuadros clínicos con el fin de estudiarlos y reconocerlos en sus manifestaciones sintomáticas. Posteriormente, Kraepelin incorporará la posibilidad de anticipar su evolución como una herramienta poderosa en las manos del médico que aunque no logre curar sabe predecir el curso y los efectos de la enfermedad. A diferencia de la melancolía, de la que los antiguos conocían sus causas, sobre las causas de la depresión se habla poco y de manera general en términos de predisposición hereditaria. En 1893, el psiquiatra alemán Paul J. Moebius (1853-1907) introdujo la distinción entre etiología endógena y etiología exógena en la clasificación de

los desórdenes psiquiátricos. La etiología endógena aludía a la predisposición hereditaria mientras que la etiología exógena abarcaba traumatismos, toxinas y otros agentes específicos. Causas externas al cerebro, identificables y mensurables. Kraepelin adoptó esta distinción en la 6ª edición de su tratado y comenzó a ser utilizada en la psiquiatría alemana. (Jackson, 1989, p. 198). Progresivamente esta distinción, de origen claramente biológica, comienza a solaparse con otra distinción, establecida también en Alemania por el psiquiatra Kurt Schneider (1887-1967) entre depresión endógena y reactiva. Luego de participar como médico en la Primera Guerra Mundial, Schneider se doctoró en Filosofía con el fenomenólogo Max Scheller y en 1920 caracterizó a la depresión endógena como una perturbación del sentimiento vital, en un nivel específicamente corporal, en contraposición a la depresión reactiva ubicada en el plano de lo mental. De este modo, mientras la depresión reactiva obedecía, en general, a problemas del mundo externo al sujeto, la depresión endógena era considerada de origen autónomo. Las depresiones reactivas afectan las emociones y su rasgo característico es la tristeza mientras que las depresiones endógenas o vitales provocan disturbios en las funciones físicas y un malestar general no provocado por causas externas. La principal diferencia entre ambas, según Schneider, radicaba en los diferentes niveles afectados por la depresión. (Shorter, 2005, p. 83)

Esta distinción entre depresión endógena y depresión reactiva como eje que separa las causas biológicas de las psicosociales en la causación de la enfermedad atravesará, de diferentes maneras -que no siguen necesariamente las ideas de Schneider- las discusiones psiquiátricas y psicoanalíticas de gran parte del siglo XX así como también, la orientación de los tratamientos clínicos. Desde autores que las consideran dos enfermedades diferentes a aquellos que plantean una continuidad entre los dos ejes –modelo dimensional- y por lo tanto la posibilidad de formas mixtas con causas posibles en ambos registros o depresiones desencadenadas por motivos identificables pero que a lo largo del tiempo se cristalizan y terminan pareciéndose a las depresiones endógenas. En esta distinción, el viejo término melancolía se asocia a las formas físicas o “vitales” de la enfermedad como depresión melancólica mientras que aquellas en las que se reconocen las causas psicosociales, depresión a secas. Llama la atención acá la pervivencia del término en las formas más graves de la enfermedad,

cuyas causas si bien adjudicadas al terreno biológico no son identificables. De algún modo, más allá de las diferentes propuestas bien fundamentadas para expulsar a la melancolía del diccionario de la depresión, el concepto permanece asociado a sus formas más graves e inexplicables. Se postulan causas endógenas para una patología a la que no se le encuentran motivos y que se transforma en crónica. Los síntomas también presentan características específicas que le dan a la tristeza y la desesperanza melancólicas una coloración propia. Podemos observar en las descripciones fenomenológicas de la depresión el esfuerzo clínico por descubrir, delimitar y poner en palabras el sufrimiento melancólico en contraposición a la ausencia de avances significativos en la investigación de las causas y los tratamientos. Llegamos así al año 1960 en el que Starobinski concluye su tesis de doctorado sobre la historia del tratamiento de la melancolía. Siguiendo sus ideas, el período posterior a la Segunda Guerra Mundial no ofrece un panorama alentador para la terapéutica y el consenso entre los psiquiatras consistía en evitar las promesas frente a una enfermedad resistente. El objetivo era intentar protegerse de lo peor cuidando al enfermo de sus impulsos suicidas. Se seguían utilizando los métodos antiguos -baños, purgas, tónicos, sedantes- sin esperar demasiado de ellos, sólo como procedimientos “adyuvantes” de un proceso de evolución enigmático. “La medicina se resigna a esta humildad ... No hay nada que le permita intervenir en el problema de la *vitalidad* que constituye el estado base de la melancolía” (Starobinski, 2017, pp. 116-117).

No obstante, en este mismo período histórico asistimos al descubrimiento de la primera droga anti psicótica, neuroléptica o tranquilizante mayor: chlorpromazina. Este descubrimiento puede ser considerado el primer paso en la fundación de la psicofarmacología al tiempo que proporcionó una herramienta que se revelaría fundamental en la reorganización del campo psiquiátrico en las décadas por venir. Si bien hubo cierto retraso en aceptar el impacto de este descubrimiento, una vez establecido en 1954, la industria farmacológica estaba lista para explorar las implicancias de los nuevos compuestos. Las principales empresas farmacéuticas – Geigy, Ciba, Roche, Sandoz y Rhone-Poulenc- comenzaron a explorar estos desarrollos y jugaron un rol central en el establecimiento de un marco internacional para el desarrollo de la nueva industria. Patrocinaron investigaciones clínicas y la creación

de sociedades psicofarmacológicas. En este proceso comenzaría también la búsqueda de una droga dirigida a mejorar la condición de los pacientes depresivos y el psiquiatra suizo Roland Khun revelaría los efectos positivos de un nuevo compuesto, probado en más de 500 pacientes durante tres años, la imipramina en 1957. Pacientes diagnosticados con depresión endógena o melancolía mostraban un aumento de su vitalidad y un renovado interés en sus actividades y en la interacción social. (Healy, 2003, pp. 47-54)

David Healy explora la historia de la industria psicofarmacológica desde los orígenes de la farmacia moderna en el siglo XIX con el aislamiento de la morfina y la quinina subrayando el lugar que le cupo a la química orgánica en la definición del mundo moderno hasta las distintas vicisitudes que marcaron el desarrollo inicial y lento de las drogas antidepresivas que alcanzaría recién una ampliación y expansión del mercado con el descubrimiento de los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) en la década del '80.

Lo importante de esta historia, siguiendo la lectura de Healy, es el modo en que los tratamientos empiezan progresivamente a moldear la noción misma de enfermedad y en este sentido, “el escalpelo psicofarmacológico” definirá las líneas de corte para clasificar las patologías psiquiátricas. Si la emergencia de la bacteriología a fines del siglo XIX permitió establecer un nuevo modo de entender las enfermedades infecciosas a partir de la determinación de su causa específica, el desarrollo de la industria psicofarmacológica en la segunda mitad del siglo XX tendrá un impacto considerable sobre el campo de las patologías psiquiátricas y, en particular, en este territorio inhóspito entre la depresión y la melancolía que venimos analizando. Paradójicamente, tal como señala Healy, todo este territorio comienza a reorganizarse en función de los modos de respuesta a la medicación antidepresiva y, en este proceso, la depresión adquiere el estatuto de una enfermedad específica en tanto responde a una medicación concreta. Casi dos siglos después de deambular a tientas en el terreno de las causas, la apuesta febril por los nuevos medicamentos, despeja el camino hacia el pragmatismo de los tratamientos.

### **Crítica a la medicalización de la tristeza**

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* se propone servir de guía práctica para organizar la información y colaborar en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. La primera versión de este manual fue publicada en Estados Unidos en 1952 en el contexto de un conjunto de cambios profundos que atravesó la psiquiatría. William Menninger – responsable durante de la guerra de la División Neuropsiquiátrica del ejército norteamericano, defensor de la alianza terapéutica de la psiquiatría y el psicoanálisis, y futuro presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1948- impulsó la formación de un Comité de Nomenclatura y Estadística para revisar los sistemas de clasificación existentes y desarrollar un sistema nuevo que contemplara los trastornos psicológicos de una población muy distinta a la confinada en los hospicios. El resultado de este trabajo fue el primer DSM que puede leerse como un documento histórico que refleja las fuerzas intelectuales, culturales y sociales que transformaron la psiquiatría durante y después de la Segunda Guerra Mundial. Este primer manual estaba organizado en dos grandes categorías en función de las causas de la enfermedad mental: trastornos de origen orgánico y trastornos de origen psicógeno descriptas como “reacciones”. Este manual de 132 páginas contenía 106 diagnósticos y fue escrito por psiquiatras para el uso exclusivo de los psiquiatras. No obstante, el consenso esperado con su publicación estuvo lejos de lograrse. En esta dirección, la revisión del manual que condujo a la publicación del DSM II en 1968 tuvo como intención explícita hacerlo compatible con la edición de la nueva versión del Sistema internacional de clasificación de enfermedades (ICD-8) El objetivo de establecer una nomenclatura psiquiátrica para el uso de todos los profesionales más allá de las diferencias geográficas estaba en marcha. No se observan diferencias significativas entre la primera y la segunda versión del manual salvo por la desaparición del término “reacción” que estructuraba el modo de pensar la enfermedad mental en el DSM I La noción de neurosis entendida como conflicto intrapsíquico seguía en pie. (Young, 1985, p.98).

Cambios importantes acompañan la tercera versión del manual en 1980. Un proceso que había comenzado varios años antes y en el que pueden leerse demandas externas al campo psiquiátrico al tiempo que transformaciones importantes en la profesión en términos de objetivos, métodos e intereses. Entre las demandas de grupos

sociales podemos mencionar la presión de la comunidad de activistas gays y lesbianas protestando contra la inclusión de la homosexualidad como un trastorno mental dentro de la categoría de desviaciones sexuales junto a la pedofilia, el travestismo y el masoquismo entre otras. Una de las innovaciones principales que introduce el DSM III es la centralidad del diagnóstico como principal preocupación psiquiátrica. El diagnóstico se constituye en el fundamento de la terapéutica, de la investigación y sobre todo del ordenamiento provisorio de las distintas variables en el manual. De ahí la importancia de los criterios diagnósticos y de la evaluación multiaxial. Ya no se trata solamente de un manual para uso clínico sino del desarrollo de una herramienta que sirva a los intereses de la investigación empírica. El vocabulario del DSM III se nutre del lenguaje científico y se propone fundar el conocimiento en la evidencia, las pruebas clínicas y la estadística. El manual aclara expresamente en la introducción que, para gran parte de los trastornos listados, se desconoce la etiología y el proceso fisiológico que explicaría su mecanismo de acción. El desafío de sus artífices se dirigía al futuro. El escenario en 1980 era muy diferente de aquel que vio nacer al DSM I. El mundo de la psiquiatría se había desplazado en una dirección distinta al que se encontraba en los años de la posguerra.

Nos interesa detenernos en la quinta versión del manual publicada en 2013 que –según indican sus editores recoge el fruto de doce años de trabajo clínico y epidemiológico sobre los criterios que habían sido establecidos en el 2000 conjuntamente con las diferentes modificaciones consensuadas por los especialistas en este largo período de tiempo- decide separar el capítulo de los Trastornos depresivos del conjunto del Trastorno bipolar y trastornos relacionados del que formaba parte anteriormente. El sólido edificio conceptual construido por Kraepelin para la psiquiatría del siglo XX se quiebra. Los trastornos depresivos se distinguen por la presencia de ánimo triste, vacío o irritable acompañado por cambios somáticos y cognitivos. Sentimientos de dolor que acompañan desde siempre a la conciencia de pérdida. La comparación con el proceso de duelo se impone desde Sigmund Freud para pensar la depresión y, otro de las novedades importantes que introduce el DSM V con respecto a este trastorno es la exclusión del criterio de duelo de la descripción de la enfermedad. ¿Qué quiere decir esto? Hasta el 2013, la tristeza profunda, los sentimientos de vacío y

desánimo que acompañaban la muerte de un ser querido se podían distinguir todavía de la interpretación de estas mismas sensaciones como síntomas de un trastorno depresivo. El duelo entendido como una “reacción normal” a una pérdida significativa funcionaba como modelo. ¿Qué sucede cuando dejan de considerarse las causas y sólo nos concentramos en las reacciones? En esta dirección, cuáles serían los obstáculos para utilizar medicación antidepressiva en pos de aliviar las manifestaciones dolorosas, entendidas como síntomas, provocadas por la pérdida de un ser querido.

Estas discusiones son consideradas por la revista médica británica, *The Lancet*, en la editorial de febrero de 2012: ¿qué efectos tiene considerar el duelo como enfermedad mental y cuáles son los riesgos de su medicalización? Esta revista, una de las de mayor impacto en el mundo científico anglosajón, discute la iniciativa de sus colegas norteamericanos de medicar el duelo recordando las viejas recetas de la empatía, la rememoración y sobre todo el paso del tiempo como aliados invisibles de todo proceso de duelo. Acompaña esta editorial, un breve artículo de Arthur Kleinman, psiquiatra culturalista norteamericano, quien desde una perspectiva antropológica señala la dificultad para establecer la duración de un duelo en función no sólo de diferencias individuales sino también de género, culturales y religiosas al tiempo que incluye una breve referencia a su propia experiencia personal luego de la muerte de su esposa con la que había compartido casi toda la vida. Kleinman profundiza el debate sobre la medicalización de los malestares que hasta épocas recientes eran considerado modos de ser como la timidez transformada en ansiedad social o la tristeza en depresión para concluir con una referencia al historiador francés Philippe Ariés preguntándose sobre la transformación del significado de la muerte en nuestra sociedad occidental y la función de los médicos como agentes de cambio cultural (Kleinman, 2012, pp.608-609).

Por un lado, podemos plantear cuáles serán los efectos sobre la subjetividad de la medicalización del duelo y por el otro, los efectos de la desaparición del duelo como modelo de referencia –establecido por Freud hace más de un siglo- para pensar las pérdidas y nuestra relación con la muerte. Si *Duelo y melancolía* se ha convertido en un clásico es porque ha señalado con singular agudeza la función que le cabe a la pérdida

como causa y sus efectos sobre el sentimiento de sí para comprender el sufrimiento melancólico. Ejes que han sido retomados por teóricos de distintas corrientes psicopatológicas para abordar la depresión. Sin embargo, una lectura atenta de la última versión del DSM nos revela una sutil inversión de los lugares en la comparación de los términos.

Las respuestas a una pérdida significativa (por ej. duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida de apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A. *y pueden simular un episodio depresivo*. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también *se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor* además de la respuesta normal a una pérdida significativa. (El subrayado es mío). (DSM V, 2014, p. 161)

Por lo tanto si toda reacción afectiva frente a una pérdida significativa se vuelve sospechosa a la mirada del psiquiatra, quien debe concentrarse en los criterios que definen el episodio depresivo mayor para no ser “engañado” por su paciente, toda manifestación de sufrimiento psíquico y los efectos físicos relacionados se convierten en síntomas de la serie depresiva más allá de sus causas. El psiquiatra es convocado a prestar atención a los síntomas, recortando los mismos del contexto. Nos preguntamos entonces, qué sucede con el duelo. Si deja de ser, este proceso arduo que requiere elaborar las cargas emocionales de una pérdida significativa y ya no funciona como figura para distinguir el dolor que despiertan los límites de la vida, corremos el riesgo de perder referencias insoslayables para comprender el sufrimiento. Más allá de Freud, no es necesario ser psicólogo o psiquiatra para entender que se juega en un duelo y la diversidad de rituales existentes dan cuenta también, de la presencia ominosa de la muerte.

La tarea compleja de seguir distinguiendo en la aflicción aquello que nos hace humanos –tarea que comprometió a filósofos y poetas de todos los tiempos- adquiere relevancia en un mundo en el que el discurso psiquiátrico amenaza con relegar al

territorio de lo patológico, todo lo relacionado con el sufrimiento humano (apostando a un mundo sin dolor y quizás por eso, sin límites).

## Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-V). 5° ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Camus, A. (2010). *El mito de Sísifo*. Buenos Aires: Losada.

Freud, S. (1992). Duelo y melancolía. *En Obras Completas Sigmund Freud. Volumen 14 (1914-1916)*, (pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Healy, D. (2003). *The Anti-Depressant Era*. Cambridge: Harvard University Press.

Jackson, S. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Madrid: Ediciones Turner.

Kleinman, A. (18 febrero 2012). The art of medicine. Culture, bereavement and psychiatry. *The Lancet*, 379, 608-609.

Klibansky, R., Panofsky, E., Saxl, F. (1991). *Saturno y la melancolía*. Buenos Aires: Alianza.

Radden, J. (2009). *Moody Minds Distempered. Essays on Melancholy and Depression*. New York: Oxford University Press.

Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.

Starobinski, J. [1960]. (2017). Historia del tratamiento de la melancolía. En Starobinski, J. (2017). *La tinta de la melancolía*. México: FCE.

Styron, W. (1990). *Esa visible oscuridad. Memoria de la locura*. [EPub], Editor digital: IbnKaldun.

Taylor, Ch. (2006). *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.

Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton Universtiy Press.

Woolf, V. (2019). *Estar enfermo*. [EPub], Barcelona: Alba Editorial.