



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO
MONOGRAFÍA

UN ABORDAJE CRÍTICO AL DESARROLLO DE LA NOCIÓN DE DEPRESIÓN

Estudiante: Camila Ahunchain
4.815.395-2

Tutora: Prof. Adj. Dra. Andrea Bielli.

Montevideo, 30 de octubre de 2020

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. CONSIDERACIONES SOBRE LA MELANCOLÍA Y LA DEPRESIÓN	3
1.1- Etimología del término depresión	3
1.2- ¿Melancolía o depresión?	3
CAPÍTULO 2. LA DEPRESIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA	4
2.1- Surgimiento de la depresión como categoría nosológica	5
2.2 - De la melancolía a la depresión	5
2.3- La depresión en las diferentes épocas	7
- Época Antigua	7
- Edad Media	8
- Edad Moderna	8
- Siglos XIX y siglo XX	10
- La introducción de la depresión al lenguaje de las emociones: Hacia la concepción de los trastornos del afecto	10
2.4- Repercusión de la introducción de los psicofármacos en la psiquiatría contemporánea	13
CAPÍTULO 3. DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA: Melancolía y depresión desde el psicoanálisis	14
CAPÍTULO 4. CONCEPCIONES ACTUALES SOBRE DEPRESIÓN DESDE LA PSIQUIATRÍA	20
4.1- El “ <i>Tratado de psiquiatría</i> ” de Henry Ey	20
4.2- La evolución del “ <i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i> ” - (DSM).	22
CAPÍTULO 5. LA DEPRESIÓN COMO “EPIDEMIA” DEL SIGLO XXI.	25
5.1- Una mirada crítica a los manuales de psiquiatría	25
- Sobre la inflación diagnóstica de los trastornos mentales	26
5.2- La “epidemia” de la depresión desde un abordaje social	27
5.3- Críticas al papel de la Industria Farmacéutica y sus estrategias como creadora de la “epidemia”	28
5.4- La “epidemia” de la depresión: Abordajes diversos.	29
CAPÍTULO 6. REFLEXIONES FINALES.	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	36

RESUMEN

El siguiente trabajo final de grado tiene como propósito hacer un recorrido sobre el concepto depresión a lo largo de la historia, dando cuenta del pensamiento sobre éste en cada época, y en él, revisar críticamente cuáles han sido las maneras en las que el discurso médico contemporáneo ha influido en lo que se considera en la actualidad una "epidemia" de la depresión.

Para comprender lo que es la depresión, se abordarán nociones que se manejaron en la antigüedad, y cómo estas fueron cambiando a lo largo del tiempo, pasando por las concepciones psicoanalíticas, desde Freud y Abraham, hasta autores más contemporáneos. Se presenta la teoría psicoanalítica, a fin de enriquecer un abordaje clínico que privilegie sus dimensiones éticas y que responda al sufrimiento del deprimido en un encuentro con el valor de su padecimiento en su inconsciente.

Asimismo, se buscará comprender la noción de depresión desde diversas disciplinas, como la sociología, que en debate con la psiquiatría, buscará revelar las consecuencias que han surgido en el sujeto contemporáneo. Es por ello, que este texto buscará explorar críticamente cuáles son las dimensiones que han estado en juego en la era posmoderna que han hecho de la actual depresión una patología representante de nuestra época.

Para comprenderlo, se buscará dar respuesta a interrogantes tales como ¿qué es la depresión? ¿Cuál es su relación con la melancolía? ¿Cuáles son las implicancias del discurso médico en la conformación de este padecimiento?, ¿Qué efectos tiene en la cultura y en los ideales de producción del sujeto deprimido?

INTRODUCCIÓN

Los términos melancolía y depresión, se han referido durante más de dos milenios, a toda una gama de estados de aflicción.

A lo largo del tiempo se los utilizó para denominar una enfermedad, un estado de conflicto con entidad clínica. Se los ha utilizado para nombrar estados emocionales bajos, un tipo de carácter o temperamento, una forma de sentir, un tono de infelicidad, cubriendo un abanico que desbordaba lo envuelto por el término de enfermedad.

En lo que refiere al uso popular, estos conceptos han sido considerados como una emoción, un descenso del humor, un sentimiento de tristeza, un afecto melancólico o deprimido, denominando estados de los cuales algunos, todos hemos experimentado alguna vez. Son comunes y esperables, porque forman parte de la naturaleza humana. Pasar por estos sentimientos, forma parte de nuestra existencia, y no necesariamente suponen un estado patológico.

Sólo bajo el prolongamiento y agravación de estos sentimientos, podría comenzar a pensarse en un estado patológico, y para que sean calificados bajo este término será necesario que se encuentren acompañados de otra gama de síntomas (Jackson, 1986).

Los estados patológicos como tales, emergen en relación al discurso médico. El vínculo entre la melancolía y la depresión desde una mirada clínica, ha estado emparentado a lo largo de la historia con los estados de tristeza, asedia, desesperanza, que los han caracterizado a lo largo de la historia. El recorrido por estos conceptos tiene como finalidad reconocer, lejos de ser exhaustivo, algunos de los puntos significativos, de cómo se fue concibiendo el concepto de la enfermedad a lo largo de la historia, ya que representan la forma de pensar en cada época, y de igual modo, lo hacen en la actualidad. Es por ello que el hecho de problematizarlo, ayudará a la comprensión de porqué nos encontramos en la actualidad en lo que muchos autores denominan una “epidemia” de la depresión.

CAPÍTULO 1: Consideraciones sobre la melancolía y la depresión.

1- Etimología del término depresión.

La palabra “Depresión” viene del latín “Depressio”, “Depressionis” que refiere al hundimiento, ya sea de la zona de un terreno, o al “hundimiento” en un sentido moral. Está compuesta por el prefijo “De” que indica decaimiento o prohibición, y “Pressus” que significa “apretado”, “hundido”, “comprimido”, proveniente del verbo “Premere”, referente a presionar, oprimir. Se acompaña del sufijo “sio”, que convierte la palabra en acción y efecto. (Anders, V. et al.2020). Las palabras que derivan de premere son depresión, depresivo y deprimente. (Corominas, 1987, p 205).

2- ¿Melancolía o Depresión?

Bielli (2012) sostiene que “Autores como David Healy (1997, 2004) y Philippe Pignarre (1995, 1997, 2001) han señalado que las depresiones, antes del desarrollo de los antidepresivos, no eran una de las preocupaciones centrales ni de la psiquiatría ni de la psicología. Antes de los años cincuenta la literatura internacional se ocupaba escasamente de esa enfermedad y, en el mejor de los casos, entre las dolencias mentales vinculadas a la variación de los estados de ánimo, era la melancolía la entidad que más atención suscitaba.” (Bielli, 2012, p.101).

La categoría depresión se vio por primera vez en manuales médicos del siglo XVIII, transformándose en un diagnóstico habitual del siglo XX.

Historiadores como Jackson (1986), sostienen que se puede trazar una línea a lo largo de la historia del conjunto de síndromes clínicos que emparentan las nociones de la antigua melancolía a la actual depresión.

La depresión actual mantiene con esta categoría ciertas similitudes y diferencias que hace que algunos sostengan la existencia de una continuidad entre ambas nociones, siendo la depresión tan solo el nombre moderno de la vieja melancolía (Jackson, 1986), mientras que para otros esta continuidad difícilmente puede sostenerse sin conflicto, a pesar de las similitudes que puedan encontrarse en la descripción de ambas enfermedades a lo largo de la historia (Radden, 2000, 2003) (Bielli, 2012, p 102)

Para Chacon (2005), los términos melancolía y depresión designan a un conjunto que va desde la tristeza pasajera, pasando por el duelo, hasta un estupor melancólico. Donde si bien se utiliza en la psiquiatría el término melancolía para la enfermedad irreversible que solo

puede ceder con antidepresivos, en el conjunto "melancólico-depresivo", las fronteras se difuminan.

Puede comprobarse en los escritos médicos que hubo un paso de la melancolía a la depresión, que se fue elaborando a través de la delimitación y el acotamiento continuo de las enfermedades afectivas. Pero para que esto suceda fue necesario realizar una patologización de la melancolía, posteriormente separarla de los trastornos de la razón, y delimitarla como enfermedad del afecto, y de esta forma poder comenzar a hablar del término depresión. (Bielli, 2012).

CAPÍTULO 2. LA DEPRESIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA

Partir del conocimiento de que la psiquiatría clásica no se preocupó tanto por la depresión como lo ha hecho en la era actual, no significa que no podamos reconocer la existencia de ciertos cuadros vinculados a este conocimiento, que luego derivaron en lo depresivo.

Esto se ha debido a que las clasificaciones nosológicas no la tomaban como una entidad, por lo que fue necesario todo un cambio en la nosografía clásica, para que la depresión pudiera tener su lugar.

En este apartado se parte del conocimiento de que todas estas modificaciones, en las que se fueron realizando las primeras aproximaciones al fenómeno depresivo, y las categorías que se le fueron dando según la época, son las que contribuyeron a la emergencia de la categoría actual de depresión y las que nos permitirán comprender gran parte de las dificultades que de ella derivan.

Al recorrer estas nociones que antecedieron a la actual depresión, se intenta analizar cómo muchas de estas características fueron reconocidas en la antigüedad y como otras proceden de los discursos médicos nacientes del siglo XIX, en donde la concepción de depresión tuvo su giro más significativo al atribuirle las primeras explicaciones nosológicas.

No se trata de identificar rigurosamente estas similitudes, puesto que las concepciones de la antigüedad no pueden incluirse en la actual nosología. Pero ello no impide encontrar semejanzas en los aportes de la antigüedad que aporten un significado valioso para la reflexión contemporánea.

1 - Surgimiento de la depresión como categoría nosológica.

Para Villapando (2019), la melancolía es una, pero se ha dicho de muchas maneras.

"Pocas nociones en la historia del pensamiento occidental han sido objeto de tantas y tan dispares definiciones como la melancolía. Desde las teorías hipocráticas hasta la psiquiatría contemporánea, desde el pensamiento aristotélico, el psicoanálisis o el desgarramiento místico, la melancolía ha propiciado lecturas múltiples: Diderot la definió como "[...] el sentimiento habitual de nuestra imperfección"; para Kant era uno de los dos defectos que obstaculizan la facultad cognoscitiva; Víctor Hugo escribió que la melancolía es la dicha de los tristes; Robert Burton la definió como un miedo y pesar sin causa; Aristóteles la relacionó con el genio; y los cristianos con el pecado original." (Villapando, 2019).

Han sido tantas las ideas que se han expresado al respecto que es difícil no sospechar del término. Esto se debe a que ha sido utilizado para una gran variedad de rasgos descriptivos que van desde su uso popular, para definir un estado de ánimo "triste", hasta el uso técnico que ha hecho la medicina a lo largo del tiempo.

Al momento de indagar sobre la temática, nos encontramos que en la historia, la depresión ha sido concebida como una entidad nosológica diversa, desde la medicina: se la ha conocido como una alteración en el estado de ánimo, un trastorno del humor, una enfermedad orgánica, un síndrome con raíz multifactorial. También se la ha definido como un tipo de personalidad o una deficiencia del carácter, incluso como una actitud ante las responsabilidades de la vida. En el último tiempo se la ha descrito como una epidemia, que representa los conflictos de las sociedades contemporáneas.

Todas estas formas de definirla en el pasado y nuestros tiempos, muestran que las formas para comprender la fenomenología depresiva son múltiples y complejas, y muchas, contrario a ser excluyentes unas con otras, se nutren y complementan. Pero estas mismas pluralidades en las perspectivas, llevan a un uso de su expresión en ocasiones indiferenciado y por ende a una falta de delineamiento de la depresión que la vuelve poco precisa.

2- De la melancolía a la depresión.

Más allá de las dificultades que conlleva diferenciar la melancolía de la depresión, lo cierto es que en la actualidad, el término melancolía ha sido reemplazado en el campo de la medicina bajo el concepto de depresión.

La depresión como diagnóstico hizo su primera aparición a finales del siglo XIX en escritos psiquiátricos de la época, donde en primera instancia se los definió como uno de los síntomas determinantes del trastorno melancólico. Posteriormente, en 1860 el Dr. Cherlemencier describió que el sentimiento determinante y consistente de la melancolía era la depresión de los espíritus. Y dos años después en el diccionario de psicología médica de Tuke, se describe una condición en la cual la depresión de los sentimientos es acompañada por delirios. (Villapando, 2019).

Para Berrios (1996), las actuales nociones de depresión y manía datan de la segunda mitad del siglo XIX, y surgen de la transformación de la melancolía y la manía. Este cambio fue favorecido por el reconocimiento e inclusión de la experiencia subjetiva dentro de la sintomatología de los trastornos mentales, que hasta entonces no se tenía presente. Poco a poco el concepto de melancolía fue renovado, facilitado entre ello por la introducción del concepto de lipemanía de Esquirol, que subrayaba la naturaleza afectiva del trastorno.

Hasta entonces la melancolía se trataba de un término genérico para estados de insania, en los que el único punto en común era la presencia de unos cuantos delirios. La tristeza no se consideraba síntoma definitorio, y el episodio depresivo mayor, (como es nombrado en el DSM IV), estaba lejos de ser considerado melancolía (Berrios, 1996).

En ese entonces, la melancolía y la manía tampoco se consideraban polos opuestos, y en el uso médico, la melancolía formaba parte de un tipo de manía en el que había estados de expresión conductual reducida.

Para el psiquiatra, el término depresión fue considerado más acertado sobre el de melancolía o lipemanía ya que hacía pensar en una explicación más fisiológica. Posteriormente, fue Kraepelin quien legitimó el término al incluir en los estados depresivos (como categoría genérica), la melancolía simple, grave, fantástica, y delirante. Kraepelin, quien es considerado fundador de la psiquiatría científica moderna, buscó darle solución a este problema conceptual al crear una noción, criticada por muchos autores por resultar sobreinclusiva del trastorno afectivo, que incluía todas las formas de depresión y de manía.

Si bien el término depresión ya se encontraba en diccionarios médicos en 1860, en donde se la describe como un rebajamiento del ánimo de personas que padecen la enfermedad, el término era necesario por el hecho de parecía surgir de una reducción fisiológica y metafórica de la función emocional, por lo tanto podría denominar de manera semántica una condición, como un síntoma (Berrios, 1996).

En la primera edición del libro, Kraepelin promovió el pasaje de la melancolía a la depresión con una clasificación exhaustiva de los trastornos mentales, donde empleó el término psicosis periódicas para denominar una serie de condiciones afectivas en las cuales incluía la melancolía. Para la sexta edición de su manual, el término fue reemplazado por psicosis maníaco depresiva, en la cual estaban incluidos los cinco tipos de melancolía, divididas según

su estado de gravedad. En la octava edición del libro, la depresión dejó de ser un síntoma de la melancolía, para convertirse en el nombre principal del trastorno. (Villapando, 2019).

3- LA DEPRESIÓN EN LAS DIFERENTES ÉPOCAS

Época Antigua

Zarragoitia et al. (2018) sostienen que la melancolía nació como un término médico que fue vigente en la mayor parte de la historia de la medicina desde la doctrina humorista, definida por Hipócrates en el siglo V a.C. Esta doctrina se basaba en la relación con los humores del cuerpo, ya que explicaba la salud y la enfermedad por la acción de equilibrio o desequilibrio de éstos. El término crasis hacía referencia al equilibrio entre los cuatro humores básicos, estos eran: sangre, flema, bilis y atrabilis (humor negro o melancolía). La expulsión de estos humores era llamada crisis, en donde se expulsaban a través del sudor, vómitos, expectoración, orina y deyecciones.

La bilis negra, era conocida como humor melancólico, el temperamento melancólico y la enfermedad melancólica era efecto de un exceso de ella.

Para el tratamiento se prescribía una purga, donde se pretendía evacuar la bilis negra bajo cualquier medio, y en segundo lugar, la disolución de ella para facilitar su eliminación, siguiendo una dieta que evitara volver a producirla. Entre las recomendaciones se incluía beber sangría, realizarse masajes, tomar baños calientes y vomitar con el estómago vacío.

En los escritos Hipocráticos ya se reconocía la melancolía como una enfermedad normal, donde el cuadro clínico, el cual está poco claro en los escritos de la época, consistía en intranquilidad, insomnio, rechazo a la comida y desesperación. (Jackson, 1986).

Tanto la literatura, filosofía y arte de la época, permitían desde tiempos antiguos vislumbrar la melancolía. Las teorías hipocráticas de la perturbación del humor, se centraban en la observación de los factores ambientales, alimenticios y biológicos, en los cuales su desequilibrio desencadenaba la enfermedad. La teoría basada en los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra o melancolía), tuvo su vigencia hasta el Renacimiento.

Estas teorizaciones de la antigüedad, lentamente se fueron sustituyendo por una visión más sistemática, en base a los criterios científicos que eran aceptados hacia la época moderna, aunque una parte del cuadro sintomatológico aún se conserva.

Hacia el siglo XVII se fueron forjando cambios que pretendían medir y universalizar los temas relacionados al campo médico, situación que fue dando forma a lo que conocemos como ciencia moderna.

- Edad Media

Posterior a las teorías de Hipócrates en la Antigüedad, se puede apreciar que en la historia también tuvo peso su explicación teológica.

Para Bertholet (2012), en la historia de la melancolía la cuestión moral ha estado siempre ligada al debate que provocó dicho tema. Desde concebirla como un "pecado capital" en el cristianismo en manos de Gregorio Magno, o con Juan Casiano como un modo de consentir el pecado original, y a través de este conseguir un goce de la tristeza, en donde el apetito terrenal triunfaba sobre el bien espiritual.

El relacionamiento de la melancolía con el pecado y la falla moral, incluso llegó a justificarse bajo una posesión demoníaca. La tristeza, era la característica más resaltada, en donde se la concebía como un "castigo divino", que tenía sus manifestaciones a través de la falta de placer y el aplanamiento de la vida espiritual.

En esta época se vinculaba la melancolía principalmente con el pecado de acedia.

El término acedia hacía referencia a la despreocupación y la indiferencia. Pero también incluía la pereza, el aburrimiento y la dejadez.

Para el cristianismo, la acedia se relacionaba con el pecado, por ser "el mundo en vez de Dios", por fallar en "su único deber cristiano", el de amar a Dios y dejarse amar por él. Esta resistencia "a su deber fundamental" es la que da nacimiento al pecado de acedia.

Tomas de Aquino definió la acedia como una tristeza que deprime el estado del hombre, regida por el decaimiento, en donde pierde la voluntad por realizar todas las cosas. En esta definición se reúnen algunos de los síntomas de lo que actualmente llamamos depresión. (Peretó, 2011). Hacia el Renacimiento, muchos de los estados que fueron considerados como acedia, pasaron a verse como melancolía, ya sea en su sentido médico del término, como para representar un estado de infelicidad o tristeza en el lenguaje social.

Se trató de una época en la que el peso de la religión regía y donde las explicaciones de los diversos males eran justificadas bajo una naturaleza pecadora, por lo que la melancolía no fue la excepción.

Pese a ello, la medicina medieval fue creando un núcleo más coherente en comparación con sus orígenes griegos, incluyendo el conocimiento de la medicina, pero no abandonaron la teoría humoral. En ese entonces, se la concebía como una afección que privaba de la razón y dominaba el alma, proveniente del miedo y de la tristeza, del desequilibrio humoral y de las pasiones del alma; y así como diferían sus causas, diferían sus signos. (Jackson, 1986).

- Edad Moderna

El siglo XVII, es un siglo en donde se enfatiza la validación del conocimiento y esto implica una ruptura radical con las épocas anteriores y la manera en que comenzó a concebirse la noción de sujeto. Fue la era de la racionalidad, de la búsqueda de la verdad objetiva, que marcó un punto importante para la ciencia. Pero fue en esta búsqueda que se comenzó a abandonar mucho de lo relacionado a la subjetividad del sujeto, en donde la psiquiatría contribuyó a su cosificación, despojándolo de la vida interior. (Weiss de Schmidt, 2001; Villapando, 2019).

Estos cambios de paradigma son fundamentales para poder analizar las particularidades de la nueva era, ya que en ella se plasman las bases del discurso médico actual. En divergencia con la época medieval, en la que se podía concebir la esencialidad de los objetos en un todo armónico, de la mano de la nueva ciencia, nos encontramos con un quiebre. Antítesis de una época anterior, donde surge el conocimiento sólo bajo parámetros que lo hagan matematizable, en los que se fue perdiendo toda la esencialidad y singularidad, y trayendo consigo considerables problemáticas, que se abordarán en otro apartado.

Entrando en el siglo XVIII los cambios en la nosología que fueron surgiendo, tomaron más fuerza y forma, y las enfermedades se fueron agrupando en grupos patológicos.

Pinel, que era considerado padre de los alienistas de la época en el siglo XVIII, con sus trabajos fue dando estructura a la nosología de las enfermedades mentales. Él sostenía que la alienación mental era una enfermedad del sistema nervioso producida por alteraciones de la función intelectual. Se trataba de una vesania, en donde los "locos" eran alienados mentales con una perturbación del intelecto.

Para Pinel, la melancolía formaba parte de una insania parcial, es decir, un delirio reducido donde no se perdía la coherencia. La noción de insania parcial, dio lugar a la psicopatología de reconocer que hay ciertos tipos de trastornos mentales que no afectan a todas las funciones del sujeto. Es por ello que es posible encontrar que la esfera de la afectividad puede en sí misma tener procesos mórbidos, y que ello no signifique que haya un mal raciocinio, afectando únicamente el plano emocional. Se trataba de delirios con una naturaleza afectiva reducida, baja, caracterizada por los estados de tristeza.

Llegados al siglo XIX aparecen las primeras definiciones nosológicas en los tratados de psiquiatría de la época, a mediados del siglo, se comenzaron a gestar cambios en la medicina y la psicología que produjeron una caracterización dogmática de la melancolía. Resultado de ello, fue reemplazar el término melancolía por el de depresión, trayendo consigo un cambio paradigmático para el abordaje de esta temática (Villapando, 2019).

Aun así, hasta el siglo XX las concepciones aparentemente contradictorias sobre la depresión eran comunes y parecían coexistir bajo el mismo periodo.

- Siglo XIX y siglo XX

La introducción del término depresión al lenguaje de las emociones: Hacia la concepción de los trastornos del afecto.

En un capítulo dedicado al afecto y sus trastornos, Berrios (1996), nos cuenta que a lo largo del siglo XIX, los alienistas se vieron preferencialmente interesados en las funciones intelectuales y sus trastornos, motivo por el cual la semiología de la afectividad continuó subdesarrollada, contribuyendo muy poco a los nacientes conceptos de enfermedad mental. Como se reflejó anteriormente, en la época clásica, las pasiones eran consideradas el aspecto inferior del hombre, representando el lado oscuro, y esta preferencia generalizada por explicaciones intelectualistas del trastorno mental aún pisa fuerte en el terreno de la psiquiatría occidental. Pese a ello, la depresión fue una de las pocas condiciones que fue considerada por los alienistas de la época como un *trastorno primario del afecto*.

El ánimo y el afecto son definidos como estados duraderos que carecen de objeto, proporcionando al sujeto un estado emocional previo, y sobre este, se imponen las emociones. (Berrios, 1996).

A lo largo del siglo, la emoción obtuvo un papel más claro en el ámbito psiquiátrico al reconocerse que una enfermedad podía provenir o ser provocada por esta. Y este reconocimiento llevó a suponer que la manipulación de las emociones podría tener un valor terapéutico, llamado tratamiento moral.

Autores como De la Fuente (1990), sostienen que fue de la mano de Pinel que se inició una nueva era de la psiquiatría, conocida como "la era del tratamiento moral", ya que hasta entonces los enfermos mentales eran considerados delincuentes o locos y permanecían encerrados juntos. Si bien ya se había superado la concepción demonológica, consideraban que el sujeto al perder la razón, perdía su condición humana, y el derecho a un trato generoso.

SIGLO XIX

Esquirol, quien era discípulo de Pinel, ya en el siglo XIX, introduce los términos lipemanía y monomanía que sustituyen al de melancolía.

Tal como lo describe Bielli (2012) en su libro, Esquirol incluía el término lipemanía dentro de las monomanías, las cuales se utilizaban para designar delirios parciales tanto alegres como tristes. La monomanía incluía los estados exaltados y alegres, y la lipemanía se encargaba de los estados tristes. Con esto, Esquirol buscaba dividir los cuadros de tristeza y de manía que desde la antigüedad se incluían en una misma enfermedad. Estos términos no obtuvieron popularidad fuera de Francia, pero sirvieron como puente entre melancolía y depresión, ya

que delimitó la necesidad de utilizar una terminología específica de los trastornos mentales que no incluyera los trastornos intelectuales.

Posterior a Esquirol, los alienistas buscaron separar aún más las diferencias entre las enfermedades mentales que contuviera o no trastornos en el plano intelectual. Y la presencia o no de delirios en los estados de confusión se volvió un rasgo diferenciador de los cuadros clínicos.

Bajo este contexto, de a poco se fueron formando nuevas terminologías que separaban a la depresión de las enfermedades que afectan la esfera intelectual y que estaban relacionadas a los delirios, dando lugar a las concepciones de estados leves de tristeza. La distinción entre manía y melancolía se fue haciendo cada vez más clara, bajo conceptos como el de "*locura de doble forma*" introducido por Baillarger, donde se alternaban los episodios maníacos y depresivos, o el concepto de "*locura circular*" introducido posteriormente por Jean-Pierre Falret, donde también se destacaban las alternancias entre estados depresivos y melancólicos, cambiando el término melancolía por el de depresión para nombrar al polo de abatimiento de la enfermedad (Bielli, 2012).

Los trabajos mencionados dieron lugar a la introducción de las contribuciones de Kraepelin y su definición de las "*psicosis maníaco depresivas*".

La nosología de Kraepelin reflejaba además, cómo hacia finales del siglo XIX la depresión comenzó a sustituir en su uso técnico al término de melancolía y esta pasó a ser un tipo de enfermedad incluida dentro de la categoría de las depresiones psicóticas. A mediados del siglo XIX el término depresión había comenzado a ser utilizado en medicina para designar los síntomas de pesadumbre, que por momentos podían referir tanto a aspectos fisiológicos como emocionales. (Bielli, 2012, p. 107)

Asimismo, se reconoce de Kraepelin la introducción de la categoría "endógena" dentro de las causas de enfermedad mental, al dividir enfermedades desencadenadas por factores biológicos, por otras que no lo eran. Para Kraepelin, tanto lo exógeno como lo endógeno referían a causas biológicas, pero a medida que se fueron incluyendo a las etiologías exógenas elementos psicológicos, pasaron a diferenciarse entre causas biológicas y causas psicológicas. Posteriormente, se incluyó la idea de reactividad, pasando a ser el par endógeno-reactivo y luego derivó en endógeno-neurótico y psicótico-neurótico. De esta forma, las depresiones del siglo XX fueron ordenadas siguiendo estas clasificaciones (Bielli, 2012). El debate entre las depresiones exógenas y endógenas se prolongará hasta el siglo XX, donde se unificarán bajo el término "*episodios afectivos*" en el DSM IV.

También resalta de sus trabajos, la importancia de haber introducido la categoría genérica de "*estados depresivos*", (que incluía la melancolía simple, la melancolía grave, el estupor, la melancolía delirante y la fantástica), y con ella, hacer del término depresión un sinónimo de

melancolía, donde se pudo llevar al uso técnico parte del uso popular de melancolía que se utilizaba para designar a los estados de tristeza.

Pese a que las descripciones de la melancolía tenían sus variantes entre un autor y otro, tenían en común que era una enfermedad en la que estaban incluidos los síntomas del humor tales como la culpa, la desvalorización, la tristeza, la pérdida del interés por el mundo, y los signos vegetativos, como trastornos del sueño, psicomotores, e ideaciones suicidas. (Bielli, 2012).

SIGLO XX

El impacto de Emil Kraepelin (1856-1926), si bien vivió la mayor parte del tiempo en el siglo XIX, tomó más fuerza en el siglo XX.

Siguiendo esta línea, Adolf Meyer se encargó de resaltar la importancia de los acontecimientos vividos en el origen de las enfermedades. Él sostenía que la melancolía era una forma de englobar diferentes tipos de enfermedades que eran dominadas por la depresión. Bajo la influencia de Meyer, en 1935, se incluyó la categoría depresión en las clasificaciones oficiales incluidas en los trastornos psiconeuróticos (Bielli, 2012).

Posteriormente, en el año 1952, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* haría su primera aparición. En sus diferentes ediciones se irían modificando sus categorías diagnósticas, desde concebir la depresión, en el DSM I (1952) bajo el nombre de reacción afectiva dentro de los desórdenes psicóticos y reacción depresiva en la categoría de desórdenes psiconeuróticos; hasta concebirla en el DSM V (2013), con el rótulo de trastornos depresivos, que se clasifican según sus síntomas específicos. En el capítulo cuatro se abordará con más detenimiento cuáles fueron las consecuencias de la aparición de las distintas ediciones de este manual.

De lo expuesto anteriormente se podría suponer que los cambios producidos en ese tiempo, hacen de lo que conocemos como depresión una derivación de lo que se conocía antiguamente como melancolía, que de la mano de la psiquiatría se fue modelando de manera de que pudiera ser justificada a través de las diferentes causas que se le fueron atribuyendo a lo largo de ese tiempo, pero este cambio terminó de conformarse con la introducción de los antidepresivos que contribuyeron a un cambio de paradigma radical para el abordaje de la depresión.

- Repercusión de la introducción de los psicofármacos en la psiquiatría contemporánea

Sin adentrarse en la complejidad que la temática implica, lo cierto es que el discurso de la depresión, para muchos autores, tuvo su explosión en los años 50, cuando los cambios que se produjeron en este tiempo se convirtieron en una pieza clave para su abordaje, dado que se introdujeron elementos que son necesarios a tener en cuenta si se quiere hacer una aproximación a cómo se derivó al concepto de depresión. En estos años la psiquiatría tuvo un giro radical en la manera de intervenir con sus pacientes, sustentándose en la idea de eficacia que los psicofármacos prometen.

Para Bielli (2012), fue en esta época cuando aparecieron los psicofármacos antidepresivos, adquiriendo un uso extendido que se fue ensanchando hasta finales de la década de los noventa. Fue a partir de ellos, que con el fin de generar un tratamiento específico, proporcionaron a la psiquiatría instrumentos para un padecimiento patológico concreto, consolidando a la psiquiatría como una disciplina de base tecnológica.

La psicofarmacología introdujo el método experimental, estableciendo los fundamentos biológicos para las dolencias mentales. Y la tecnologización de la psiquiatría inauguraba una nueva forma de saber y de accionar ante los padecimientos mentales. En este escenario, los antidepresivos se introducían e iban ganando terreno a nivel mundial, como una herramienta eficaz para transformar la realidad del depresivo, de manera global, y respaldada por la ciencia. (Bielli, 2012).

Los cambios de paradigma que se fueron forjando en el siglo XX desde la psiquiatría, encuentran en la aparición del psicofármaco su elemento confirmatorio. Esta situación refuerza las ideas biologicistas que se venían dando en la época para explicar la enfermedad, en donde se iban eliminando cada vez más los elementos subjetivos de los sujetos en base a sus reduccionismos biológicos.

La introducción de los psicofármacos supuso una nueva forma de intervenir ante el sufrimiento, pero también una nueva forma de definirlo. Junto con la difusión de la depresión y los antidepresivos por el mundo, se propagaron las explicaciones bioquímicas, las cuales eran justificadas bajo los propios datos brindados por las farmacéuticas, haciéndose cada vez más populares a nivel mundial (Bielli, 2012).

Para Roudinesco (1999), fue llegados a los años ochenta que los tratamientos psíquicos racionales, que se inspiraban en el psicoanálisis, se vieron agresivamente atacados a favor de la progresión especular de la farmacología. En donde los mismos psiquiatras de la actualidad se inquietan por sus aspectos nocivos y perversos, temiendo ver desaparecer su disciplina a favor de una práctica "híbrida", que por un lado reservaría la hospitalización para la locura crónica, y por el otro restituiría a los psicólogos los pacientes más leves, en

contrapartida de un saber psiquiátrico dominado por los psicotrópicos y la neurociencia (Roudinesco, 1999).

Esta revolución de la psicofarmacología, conocida como “época de oro”, se fue instalando en el discurso médico, como una nueva manera de realizar diagnósticos objetivos, y como un nuevo modo de clasificar las enfermedades mentales (López et.al, 2000).

De esta manera, los manuales de psiquiatría como el DSM, fueron cooperando a la normalización de los diagnósticos, en donde la producción de los estudios, y ensayos clínicos, favorecieron la emergencia de una herramienta de poder basada en el nuevo discurso de la enfermedad mental, en donde la ciencia encuentra la cura bajo la utilización de dichos fármacos, sustentada bajo la promesa de la industria farmacéutica de acabar con los síntomas de una forma rápida y eficaz.

Parte de las problemáticas que esto conlleva serán desarrolladas en más profundidad en el transcurso de los próximos capítulos.

CAPÍTULO 3. Desde una perspectiva psicoanalítica:

Melancolía y Depresión para el Psicoanálisis

En este apartado se partirá de la definición de Roland Chemama (1996) en razón de que los elementos que la componen abarcan criterios significativos que se abordarán en más detalle en este trabajo. El autor define la depresión como una “(...) Modificación profunda del humor en el sentido de la tristeza y del sufrimiento moral, correlativa de un desinvertimiento de toda actividad”. (Chemama, 1996, p.86). Considera que el concepto de depresión en el psicoanálisis no está definido claramente, salvo en la melancolía, o en la psicosis maníaco-depresiva. Bajo este término, designa a una hemorragia de la libido que se desplaza del objeto al yo, y producto de esto lo lleva al mismo Yo a una desvalorización y desinvertimiento completo. Según el autor, se trata de un rechazo de los cumplimientos de las tareas que demanda la existencia (valores fálicos). Lo mencionado puede deberse al momento en el cual el sujeto llega a hacer consciente a todo lo que ha tenido que renunciar, por las limitaciones mismas del ser humano. Sostiene que el sujeto deprimido vive en un tiempo monótono y uniforme; y se plantea una interrogante en cuanto al problema del deprimido con el análisis “¿Cómo hacer para que pueda comprometerse en él, si no puede interrogar espontáneamente lo que constituye su historia en función de la posibilidad de un cambio real? La respuesta debe ser reinventada cada vez.” (Chemama, 1996, p.87).

Desde una primera instancia, si se trata de síntomas, para el psicoanálisis son dos los signos que se manifiestan en el estado depresivo, estos son la inhibición y la tristeza. Esta

perspectiva, se recupera de la psiquiatría clásica en la cual el dolor moral, la inhibición y la tristeza eran los principales signos de la depresión. (Bertholet, 2012).

En la literatura psicoanalítica clásica, nos encontramos con la obra de Sigmund Freud, quien fue un autor de suma importancia para comprender la melancolía y la depresión del siglo XX, sus principales aportes a la temática se encuentran en su texto *“Duelo y melancolía”* (1917). Freud desarrolló en sus trabajos, la melancolía como un estado anímico presente en las neurosis, pero también, la melancolía como una entidad clínica perteneciente a las psicosis y en relación con una patología narcisista.

En cuanto al estado anímico, describía a la depresión unida a la teoría de los afectos, en donde aparece como afectos penosos en el trabajo de duelo, ya que favorece la simbolización de la pérdida del objeto (siempre que haya sido investido libidinalmente por el sujeto). Esta simbolización, es la que termina con el estado de tristeza que se llevó a cabo producto de la pérdida, y es la que permite posteriormente nuevas investiduras.

Pero la depresión enlazada a la melancolía como entidad unida a la psicosis, que fue base del cuadro actual de la depresión, es lo que explica en *“Duelo y melancolía”*, en donde se encarga de comprender cómo es que la libido retorna del yo hacia los objetos, y el mecanismo que lo hace posible.

Karl Abraham, en su trabajo *“Notas de la investigación psicoanalítica y el tratamiento de la locura maníaco-depresiva y condiciones afines”* (1911) obra que antecede *“Duelo y melancolía”* de Freud, analiza los desórdenes depresivos que como se mencionó anteriormente, en aquella época pertenecían a la categoría kraepeliana de la *insania maníaco-depresiva*.

Sostiene que la depresión aparece cuando el sujeto tiene que renunciar a su objetivo sexual, y cuando aún no ha obtenido una gratificación sexual de él.

Se trata de una tendencia a negar la vida, y deriva de una actitud de la libido en la que el odio predomina. Se siente menospreciado por el entorno, el cual considera que lo odia por sus defectos y por ello cree que es infeliz y deprimido.

El sentimiento de pobreza y ojalá nace bajo su percepción reprimida de su incapacidad de amar. La explicación de ello la encuentra en que desde épocas anteriores de la vida erótica del sujeto, ha carecido de gratificación, reprimiendo este suceso y refugiándose en otras compensaciones. Esta situación pasa ahora a revisión generando en el sujeto un sentimiento de vida desperdiciada en la cual considera que ya es tarde para realizar los cambios que sienta necesarios. Ya no puede desplazar su libido a los objetos del mundo exterior porque no cuenta con tal capital para hacerlo.

Para evitarlo, el autor sostiene que el sujeto previo a entrar en un estado depresivo tiende a encontrarse más activo y enérgico a lo que es habitual en sus actividades y en su estilo de

vida, sublimando forzosamente la libido que no puede dirigir al propósito que verdaderamente desea. Es de esta manera que intenta ignorar y alejar el estado de ánimo depresivo que tiende a invadir en la conciencia. Esta actitud puede llegar a tener éxito durante un largo periodo, pero no por completo, y alguna situación que requiera una decisión definitiva en el campo de la libido, causará el súbito colapso del equilibrio psíquico que cuidadosamente venía manteniendo. (Abraham, 1911).

El trabajo de Abraham dio a Freud datos clínicos e interpretaciones que influyeron en sus escritos, en los cuales consideraba que la melancolía puede adoptar muchas formas clínicas, en la cual no hay certeza de poder agruparla bajo una única entidad. Es probable que Freud aludiera con esto a la inclusión de Kraepelin de todas las formas de enfermedad depresiva de la más leve a la más grave, bajo la categoría de enfermedad maniaco-depresiva (Jackson, 1986).

En su ensayo buscando explicar la naturaleza melancólica, Freud parte de la comparación con un duelo normal, que es producto de una pérdida consciente del objeto amado. Esta comparación la realiza en base a que ambos estados comparten las mismas perturbaciones: un estado de tristeza profundo, la pérdida del interés por el mundo, la inhibición de productividad, así como el cuadro de manifestaciones somáticas, como lo es la alteración en el sueño, la falta de apetito, entre otras.

Sin embargo, el duelo está justificado bajo una evidente causa por la que no debe de ser considerado patológico. La labor que lleva a cabo el proceso de duelo se debe a que el objeto amado ya no existe y por consiguiente, demanda que la libido comience la ardua tarea de liberar las ligaduras que mantiene con el objeto perdido. Esta situación puede darse de manera gradual y lenta, y llevando la carga de energía y tiempo que sea necesaria. Cuando esto culmina, el Yo vuelve a desinhibirse y liberarse.

Al definir la melancolía sostiene que se caracteriza psíquicamente por "(...) una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo." (Freud, 1917, p.242).

Kristeva (1978) concuerda al respecto, sosteniendo que la depresión puede ser un indicador de un duelo que el sujeto no supo cumplir, de una pérdida que ha sido imposible de sustituir. La que lo lleva a una sensación de vacío. Este investimento libidinal que era necesario para superar al duelo, el cual no fue suficiente, quedó detenido y se convirtió en melancolía.

Parte de la dificultad para comprender el dolor del melancólico se debe a que no logramos encontrar un causal claro, es decir, un acontecimiento que lo haya hecho entrar en ese estado. Se podría pensar que el melancólico está en un duelo permanente, del cual no se

sabe que lo ha provocado, lo que ha muerto, o ha perdido con él. El deprimido no encuentra lógicas para su sufrimiento, es un sentimiento que irrumpe sin razón aparente que justifique tal malestar. Esto se debe, a que a diferencia del duelo, se trata de una pérdida de objeto *sustraída de la conciencia*. Es por ello que se trata de una enfermedad continúa en el tiempo, ya que al no tener conciencia de que genera esta vivencia, no puede llevar a cabo el proceso interno de elaboración de los sentimientos de pérdida (que finalizan el duelo), y de no poder ser tratados se cronifican.

Este es el principal diferenciador entre los cuadros, y se agrega un segundo, una *perturbación en el sentimiento de sí* que se expresa en autorreproches. Hay una denigración de sí mismo que lo lleva a un empobrecimiento yoico. No es el mundo el que se ha vuelto pobre y vacío como en el duelo, sino que lo es el mismo yo.

Aquí el sujeto se encuentra a sí mismo indigno de estima, se autorreprocha y castiga. , ocasionalmente este enjuiciamiento se acerca a las reales características y otras veces no existe tal correspondencia.

Si uno escucha con atención, sostiene Freud (1917), puede advertir que estas denigraciones pueden ajustarse a otra persona, tratándose de reproches revertidos, reproches para un objeto de amor que han rebotado sobre el yo.

Podría decirse que el melancólico es un ser furioso que no se ha atrevido a usar su furia contra el objeto de amor.

El repliegue de la libido hacia el yo, se justifica dado que convierte los reproches destinados a otro, en reproches a sí mismo, que tienen como resultado el empobrecimiento yoico.

De esta situación deriva la necesidad del sujeto de exponer sus defectos, como si se tratase de una satisfacción ante este rebajamiento (a diferencia de un remordimiento normal en el que el sujeto intenta ocultarlos), puesto que todas estas acusaciones que realiza el sujeto, en verdad pueden percibirse relacionadas a los atributos de otra persona con la que el enfermo tiene o tuvo un lazo de amor, pero que han recaído en el yo.

Frente a este proceso surge la interrogante, ¿Por qué la investidura fue tan poco resistente si la fijación al objeto era tan intensa? Ya no se trata de una simple nostalgia, el autorreproche es una clave importante para comprender el proceso melancólico, y esto solo es posible, bajo la *identificación narcisista* que le permite realizarse. Se debe a que la elección de este objeto se realizó sobre una identificación narcisista, en vez de una investidura de amor. Esta identificación ha sustituido al objeto de amor.

Ante el desengaño de la persona amada, el melancólico regresa desde la investidura del objeto hasta la fase oral de la libido que aún es narcisista. Esta identificación es el primer modo en cómo el yo distingue al objeto, y la elección de un objeto por medio de la identificación con éste, forma parte de una elección primitiva, y remonta a las primeras elecciones en la fase oral y canibalística, en la que busca incorporar al objeto devorándolo.

En otras palabras, por un lado hubo una fuerte fijación energética al objeto de amor, y a su vez, y paradójicamente, una resistencia pobre a la carga del objeto, que se explica a través de una elección de objeto narcisista, ya que la carga erótica que anteriormente se volcaba al objeto, ahora es sustituida por esta identificación. Y es por ello que pese al conflicto con el objeto de amor no puede abandonar la relación erótica.

Freud (1917) al igual que Abraham (1911), destacan que se trata de una relación ambivalente, debido a que la ofensa con el objeto, en contrapartida con los sentimientos de amor hacia el mismo, (que deben ser conservados aunque haya un abandono del objeto), recaen sobre el sustitutivo, en este caso, sobre el mismo yo, situación que explicaría el odio y los intentos por herirlo, obteniendo una satisfacción sádica.

En ambas afecciones suelen lograr los enfermos, por el rodeo de la autopunición, desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por intermedio de su condición de enfermos, tras haberse entregado a la enfermedad a fin de no tener que mostrarles su hostilidad directamente. (Freud, 1917, p.249)

Por lo tanto, tiene un doble destino: por un lado el retroceso hacia la identificación, y por el otro (bajo la ambivalencia y la tendencia sádica en su autocastigo) encuentra una forma de venganza con el objeto original. Una vez que la carga del objeto retorna y le permite al sujeto volverse objeto de sí, es cuando puede atentar contra su vida, explicando así los suicidios o intentos de autoeliminación, ya que permite que dirija toda esa hostilidad que mantenía al objeto contra sí mismo.

Abraham (1911), sostiene que este sadismo que quiso ser dirigido hacia las personas y las cosas, ha sido reprimido en el inconsciente, debido a que no puede actuar conforme a sus instintos originales, de esta manera se disfraza y no aparece como tal en la conciencia, pero si lo hace bajo una forma de ansiedad atormentadora. Es por ello que la depresión, tanto como la ansiedad y los autorreproches surgen como resultado de la represión de este sadismo. Por lo que el depresivo adoptará una actitud pasiva y obtendrá placer de su sufrimiento y de pensar en sí mismo continuamente y de esta manera contar con una fuente oculta de placer.

Esta lectura puede develar que en vez de lamentos, se trata de quejas y en vez de ocultarlos, como sucede fuera de los cuadros patológicos, salen a la luz como si se tratase de mostrar una injusticia, lo que justificaría que se sientan atacados por el exterior. Se trata en parte de una ganancia del melancólico, en la que logra evacuar esa hostilidad a través del autocastigo. Las soluciones a esta lucha son, por un lado el triunfo del yo, superando al objeto y culminado el proceso de duelo, para posteriormente investir a otros objetos (pese a que esta nueva investidura no llegue a sustituir completamente al objeto perdido); o convertirse en melancolía, donde el mismo yo se encuentra frágil por no lograr soportar su propia investidura.

Autores más contemporáneos como Julia Kristeva (1978), parten de estas concepciones para explicar la melancolía y agrega al respecto:

Es un abismo de tristeza, de dolor incommunicable que nos absorbe a veces, y a menudo duraderamente, hasta hacemos perder el gusto por cualquier palabra, cualquier acto, inclusive, el gusto por la vida (...)” y continúa preguntándose “¿De dónde viene ese sol negro? ¿De cuál galaxia insensata sus rayos invisibles y pesados me clavan al suelo, a la cama, al mutismo, a la renuncia?” (Kristeva, 1978, p.9)

Al indagar al respecto expresa, se trata de una tristeza "caníbal", y es la parte oculta o el reverso de la pasión amorosa. La depresión como "el rostro oculto de narciso" que busca incansablemente el objeto de amor perdido, el mismo que lo llevará a la muerte mientras él lo ignora por mirarse al espejo. Se trata de una sombra de la desesperación lanzada sobre el frágil yo, que no logra dissociarse claramente con el Otro, justamente por la pérdida de ese Otro necesario. La pérdida del objeto de deseo y el hecho de inevitablemente no poder tener todo cuanto deseamos, el separarse de lo que uno ama (inicialmente separación con la madre) y el duelo que ello provoca, lleva a un escape compensatorio, o la agresividad misma hacia uno mismo que se termina transformando en melancolía. Es por ello que sostiene que el sujeto depresivo es un "amante herido", privado de su propio amor producto de la carencia de ese Otro, que no puede ni podrá alcanzar de la manera que desea.

Este sufrimiento lo encuentra en los antecedentes del sujeto, en el "eco" de antiguos traumas de cuyo duelo nunca supo cumplir y que justifican su hundimiento actual en esa pérdida. Se trata de un duelo de algo que amó en otro tiempo y que la desesperación por esa imprescindible pérdida continúa despojándolo de bienestar, y mostrando a su vez, que ese dolor revela la postergación del odio por aquello que lo abandonó, o traicionó anteriormente. Para Kristeva (1978), la depresión deja ver que no supo perder, o encontrar una contrapartida que sea válida para esta pérdida, pérdida que trae consigo la pérdida de sí, del ser mismo.

En la melancolía, podemos resumir, estamos frente a una ausencia. Ausencia de ganas de vivir, ausencia de poder realizar el duelo ante la pérdida, ausencia de liberarse de las inhibiciones, y el resultado de todo ello se traduce en tristeza.

Los motivos para la depresión pueden ser tan variados que no se puede llevar a cabo una etiología en común, sin embargo existen ciertas características frecuentes como la presencia de un sentimiento de impotencia interior, pérdidas en la interacción social, llevar a cabo comportamientos autodestructivos, comportamientos que son realizados a nivel inconsciente y que se retroalimentan a modo de bucle.

En base a lo desarrollado en este capítulo podemos sostener que la depresión tiene su manifestación clínica más común a través de la inhibición. Esta inhibición según Freud (1926), lo que hace es dejar al descubierto que el sujeto prefiere evadirse, que hacer frente a su deseo, y es por ello que el sujeto enferma, optando por todas las manifestaciones inhibitorias.

Lacan sostiene una postura similar al respecto de lo mencionado por estos autores, al decir que la depresión está mal calificada de tristeza, cuando en realidad se trata de una "cobardía moral".

(...) no es un estado del alma, es simplemente una falla moral (...) un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral, que no cae en última instancia más que del pensamiento, o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura". (Lacan, p. 48)

Con ello se refiere a que hay algo en el sujeto deprimido, que hace que no pueda hacerse cargo de su deseo. Y es por ello que lo cataloga de cobarde moral, porque esta cobardía no le permite hacerse cargo de lo que realmente quiere. Por ello renuncia a hacerse cargo de su deseo, y de esta manera, se encuentra desinteresado y horrorizado por el mundo, sin voluntad, ya que hacerse cargo de su propio deseo puede resultar muy trabajoso.

Allouch (2011), en concordancia con Lacan agrega que lo que suele llamarse depresión sobreviene después de que un sujeto retrocede frente a un acto al que no podía decidirse. Es una traición a sí mismo por no reconocerse en el inconsciente. La tristeza como consecuencia de no querer saber la horrible verdad.

Se trata de un despoblamiento simbólico que es efecto de una realidad insoportable, a la cual el sujeto no puede responder ni con un síntoma, ni con la seguridad fantasmática, que lleva a la tristeza y al efecto del goce superyoico afectando el brillo narcisista y el goce fálico del sujeto. (Bertholet, 2012). Desde una mirada Lacaniana podría decirse que el depresivo es un cariñoso cautivo de afecto. (Kristeva, 1978).

CAPÍTULO 4. Concepciones actuales sobre depresión en psiquiatría.

1 - "*Tratado de psiquiatría*" de Henry Ey

Henry Ey fue un psiquiatra francés que realizó grandes aportes a la psiquiatría al proponer una visión que incluía la neurociencia y el psicoanálisis, pero pasado el tiempo su legado fue reemplazado por la psiquiatría norteamericana. Su trabajo busca ampliar la perspectiva tanto psicoanalítica como psiquiátrica, siendo el creador de un enfoque llamado "organodinamismo", con el que dio forma a una nueva forma de concebir la enfermedad mental. (Sánchez, 2019). Para Henri Ey (1965), en psiquiatría el término depresión alude al menos tres significados. Estos pueden ser un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica. En este punto concuerda con muchos autores, en que la diversidad de síntomas que componen el concepto termina convirtiéndolo en un sinónimo eufémico de numerosas enfermedades mentales."(...) Se trata de un proceso patológico extremadamente complejo

que parece muy difícil referirlo a un efecto primario." (Ey, 1965, p.224). A su vez sostiene que el descenso del humor (timia) encabeza como elemento semiológico fundamental.

En conjunto con los trastornos del humor, incluye la inhibición y el dolor moral. Este conjunto de síntomas en el sujeto enlentece los procesos psíquicos y reduce el campo de la conciencia y sus intereses. De esta manera, va replegándose en sí mismo y se aísla del entorno (inhibición). Se observan a su vez trastornos en la memoria, astenia, enlentecimiento de la actividad motriz y malestares somáticos de diversa índole, donde hay un predominio de los sentimientos de culpa y autoacusación (dolor moral).

Por lo que para el autor, se trata de una desestructuración ético temporal, convirtiendo al sujeto en incapaz de proyectarse a sí mismo en el futuro; y a la vez, ética, porque indica la inhibición como trastorno de la relación del sujeto con el acto.

Divide los estados depresivos en dos grupos; por un lado se encuentran las *crisis de melancolía endógena*, caracterizada por la inhibición y el enlentecimiento de las funciones psíquicas y motoras, donde el estado melancólico tiene un inicio lento y puede perdurar por semanas o incluso meses. Sostiene que existe un predominio en mujeres y pueden presentarse en cualquier edad del sujeto. Dentro de las características agrega la predominancia del insomnio, la astenia, cefaleas, mientras que su humor es triste y carece de interés por realizar cualquier actividad que anteriormente le resultaba placentera.

En cuanto a las crisis de *depresión neurótica o reactiva*, describe que se presentan luego de vivenciar situaciones traumáticas donde se inició un duelo. Éstas pueden ser cualquier situación que haya traído consigo inseguridad y frustración para el sujeto, pero que luego es volcada hacia sí mismo. Hay un predominio de la ansiedad y la tristeza, acompañado de la búsqueda de comprensión y consuelo, aquí el sujeto vuelca los reproches al exterior sin sentirse culpable por lo que le acontece.

Para Ey (1965), la tristeza es el síntoma fundamental, y existen dos grupos de síntomas secundarios: la inhibición, y el dolor moral. La inhibición, referente al enlentecimiento del pensamiento y la reducción del campo de la conciencia, y de sus intereses.

El repliegue sobre sí mismo, es lo que lo lleva a recluirse socialmente, todo esto acompañado de síntomas como la fatiga física y psíquica, dificultades para pensar o el enlentecimiento motriz. Los síntomas en el plano moral, son los referidos al autoestima y los autorreproches, descalificándose, y sintiendo que su vida ha perdido el sentido.

2- Evolución del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM

Como se ha desarrollado en este trabajo, la clasificación ha sido una de las tareas fundamentales de la actividad científica. Clasificar, implica ordenar a los individuos, conceptos, o cosas, en grupos homogéneos, en función de que compartan determinadas características.

Como se argumentó anteriormente, es una tarea que trae inconvenientes cuando se trata de personas, principalmente por buscar homogeneizar, a fin de asignar a un individuo en un grupo particular, un campo esencialmente heterogéneo.

Desde la Grecia Antigua con Hipócrates (IV a.C), se podían vislumbrar las clasificaciones al buscar distinguir entre manía y melancolía. Estos intentos continuaron a lo largo de la historia, pero fue con Kraepelin con su manual de psiquiatría (1899), que dio las pautas de la clasificación de los trastornos mentales como son consideradas actualmente, al elaborar un sistema que construyera grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituyeran un síndrome. Esta clasificación se basaba principalmente en las causas orgánicas, y es por ello que las actuales clasificaciones también comenzaron desde ellas, al considerar únicamente las enfermedades mentales con causas orgánicas. (Del Barrio, 2009). El CIE (*Clasificación internacional de enfermedades*) de Europa, en sus primeras cuatro ediciones (1900 - 1938), fue el primero en clasificar las alteraciones mentales. Posteriormente, se publicaron manuales americanos, como lo fue el de la Asociación Americana de Psicología Médica - AMPA (1917), pero fue tras la Segunda Guerra Mundial, en base a la necesidad de poseer un lenguaje clasificatorio común, que se promovió la clasificación americana, dando nacimiento a los DSM, que en sus primeras publicaciones tuvieron muy en cuenta el CIE, pero pronto lo sustituyeron en su uso (del Barrio, 2009, p.82). Al establecer una revisión diagnóstico-conceptual de las transformaciones que se fueron realizando en los DSM, se puede constatar que las dos primeras versiones estaban influenciadas por la teoría psicoanalítica. Ambos manuales compartían las diferenciaciones entre lo normal y lo patológico, diferenciaban los trastornos psicóticos de los neuróticos, al igual que la discriminación entre el lugar en donde se encontraba lo depresivo, siendo un trastorno psicótico, o psiconeurótico. (Pizarro & Albagli, 2019).

Posteriormente la publicación del DSM III (1980) obtuvo su mayor reconocimiento al introducir dos grandes novedades, por un lado la explicación de los criterios en los cuales se basaban para construir las categorías, y por otro la ampliación que implicó al incluir los cinco ejes diagnósticos. El DSM III, clasificaba las depresiones dentro de los trastornos afectivos. El mismo se dividía en trastornos afectivos mayores, incluyendo los trastornos bipolares (mixtos, maníacos o depresivos); depresiones mayores (con episodio único o recurrente); trastornos afectivos específicos (ciclotímicos y distímicos); y los trastornos afectivos atípicos (que se dividen en depresiones atípicas y trastornos bipolares atípicos).

La depresión se consideraba en ese entonces, la categoría central de los trastornos del humor, y la melancolía solo era un subtipo de depresión por el hecho de identificarse como un tipo más biológico, dado que tomaba los trastornos psicomotores como rasgos identificatorios (Bielli, 2012).

En la publicación de su versión revisada (1987), los trastornos depresivos fueron reagrupados con el nombre de *trastornos del estado de ánimo*. Los cuales incluían, trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y distimia); y trastornos depresivos bipolares (distinguiendo entre trastorno bipolar, y trastornos bipolares no especificados).

Esta edición marcó un paso aún más significativo al distanciarse definitivamente de los modelos etiológicos psicógenos o los principios de la psiquiatría tradicional al transformar la naturaleza de la enfermedad. Pese al intento, no había una claridad diagnóstica que distinguiera lo normal de lo patológico, y se comenzaron a utilizar nuevas formas de medición estandarizadas para marcar el nivel de depresión bajo parámetros de duración y frecuencia. A su vez, la influencia de la psicofarmacología en desarrollo fue decisiva en los modos de producir y distinguir entre las categorías diagnósticas, donde se incluyó la farmacolización. De esta manera se fueron generando las condiciones propicias para la revolución de la psiquiatría que implicó su tercera edición (Pizarro & Albagli, 2019).

DSM V

En su cuarta edición, se eliminan los términos melancolía y neurosis. Y se comienza a distinguir dentro de los trastornos bipolares, el trastorno bipolar I (alternando episodios maníacos con episodios depresivos mayores), y el trastorno bipolar II (que alterna los episodios depresivos mayores con los episodios hipomaníacos). En el DSM IV - TR, los trastornos depresivos continúan clasificados dentro de los *trastornos del estados de ánimo* (diferenciados entre trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, o un trastorno depresivo no diferenciado).

El trastorno depresivo mayor, se caracteriza por un curso clínico con presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin que se hayan presentado episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. “p.ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión” (American Psychiatric Association, 1995, p.387). En cuanto al trastorno distímico, está caracterizado por al menos dos años en los cuales prima la presencia de un estado de ánimo depresivo, esto se acompaña por la presencia de otros síntomas depresivos que no cumplen con el criterio de un episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo no diferenciado se utiliza para clasificar los trastornos con características depresivas que no cumplen con los criterios para ser un trastorno con las características anteriores mencionadas, considerando que los trastornos mencionados no se deben a los efectos de una sustancia o enfermedad médica.

DSM V

En la actualidad se encuentra publicado el DSM V. Según los autores de esta versión, el DSM IV padecía una serie de limitaciones diagnósticas que fomentaban las altas tasas de comorbilidad entre los diagnósticos, y en su aplicación se veía un uso masivo y extendido de los diagnósticos "no especificados", al igual que la incapacidad para incluir los nuevos conocimientos producto de las nuevas investigaciones. (Muñoz y Jaramillo, 2015).

En el DSM V se hace una división de los trastornos depresivos en dos unidades. Por un lado se encuentra el trastorno bipolar y trastornos relacionados, y por el otro los trastornos depresivos. Para Muñoz y Jaramillo (2015), este cambio se debió a que resaltaba la importancia de separar estas entidades categóricas reconociendo que el título "*trastornos del estado de ánimo*" terminaba siendo de gran heterogeneidad. A su vez se añadió un especificador de los síntomas de ansiedad, tanto para el sector bipolar como depresivo.

El trastorno bipolar continúa con sus variaciones I (maníaco), II (hipomaníaco o depresivo) y la ciclotimia; y la Distimia pasa a llamarse Trastorno Depresivo Persistente.

Por otra parte, los Trastornos depresivos incluyen el Trastorno Depresivo Mayor, con la diferencia de que el duelo, que no haya sido resuelto en dos semanas, puede ser considerado un estado depresivo.

Dentro de los Trastornos Depresivos, se incluyen nuevas categorías, como lo es el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (caracterizado por la dificultad en el manejo de las emociones y un autocontrol limitado); y el Trastorno Disfórico Premenstrual (caracterizado por cambios abruptos en el estado de ánimo que impidan la realización de tareas laborales, educativas, u otras actividades sociales).

Uno de los cambios que más causó discusión, fue que dentro de los trastornos depresivos, el duelo no excluye el diagnóstico de depresión. Autores como Muñoz y Jaramillo (2015) critican este punto dado que la nota aclaratoria que diferencia duelo y depresión mayor en el DSM V, no es suficientemente clara para resolver la diferenciación entre una y otra. Situación que podría desembocar en una medicalización innecesaria de un proceso tan común y natural como lo es el duelo, y más aún, teniendo en cuenta la gran variabilidad tanto individual como cultural que hay para enfrentar dicho proceso. A su vez sostienen que si se quiere eliminar los estigmas y prejuicios que hay entorno a la patología psiquiátrica, es fundamental evitar patologizar situaciones normales como lo es el duelo, característica que no es facilitada en el actual manual.

Bajo contexto se puede ver que las transformaciones en la racionalidad médica comienzan ocuparse de situaciones que eran consideradas normales, y esta situación rebasa los argumentos meramente clasificatorios, da cuenta de transformaciones radicales en la racionalidad, en las tecnologías, y en el imaginario de las ciencias; pero también muestra la

transformación de la práctica psiquiátrica concebida como una tecnología de normalización, a una tecnología que busca gestionar la vida cotidiana.

Parte de las problemáticas que esto conlleva serán desarrolladas en más profundidad en el transcurso del próximo capítulo.

CAPÍTULO 5. La depresión como “epidemia” del siglo XXI.

1- Una mirada crítica a los Manuales de Psiquiatría

Como se sostuvo anteriormente, el trabajo de la ciencia ha sido el de ordenar y clasificar un objeto de estudio, situación que se ve reflejada en la creación de los manuales.

A lo largo de la historia los manuales diagnósticos se han dedicado a definir, clasificar y describir cuales son los patrones de los síntomas y el curso de los trastornos mentales. Basados en la observación, han tenido como fin reconocer y aliviar la sintomatología que afecta a los sujetos.

Los patrones suelen ser agrupados según los síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y físicos. Y hemos podido ver que los criterios para establecer un diagnóstico, son una descripción y enumeración de síntomas, lejos de referir a explicaciones etiológicas. Esta ha sido una fuente de críticas puesto que significa que la frecuencia de aparición de los síntomas es condición suficiente para realizar un diagnóstico.

A su vez, lo que buscan es unificar el lenguaje psiquiátrico a nivel mundial, pero es precisamente esta pretensión universal y la búsqueda de la normalización la que puede hacerlos cuestionables, ya que en ellos no hay lugar para complementar las singularidades y todo lo que ello implica con su homogeneización. Si bien en un inicio fueron creados como una herramienta indispensable para la medicina y así favorecer la comprensión. Para muchos autores este objetivo se volvió contradictorio en sus resultados al eliminar lo que es esencial a la persona.

Autores como Roudinesco (1999), sostienen que en la primera edición del DSM, aún se tenía en cuenta la experiencia del psicoanálisis y de la psiquiatría dinámica, ya que las ideas que se manejaban de los trastornos todavía se justificaban en el inconsciente del sujeto, en su entorno familiar y social. La noción de causalidad orgánica no estaba descuidada, y la psicofarmacología se utilizaba asociada con la cura a través de la palabra u otras terapias dinámicas. Pero con el desarrollo de un enfoque liberal de los tratamientos que sometió a la clínica a un criterio de rentabilidad, los supuestos freudianos pasaron a catalogarse de ineficaces en el plan terapéutico. Es por ello que sostiene "(...) contrariamente a las medicinas tradicionales, para las cuales el alma y el cuerpo forman una totalidad incluso en una

cosmogonía, la medicina científica se funda sobre una separación entre estos dos campos" (Roudinesco, 1999, p.41). En este contexto, los manuales fueron revisados y modificados, en su afán de catalogar dentro del esquema de síntomas, diagnóstico y tratamiento; terminó por eliminar de la clasificación la subjetividad misma que los atraviesa. Roudinesco (1999) sostiene que al tratarse de psiquismo, los síntomas no remiten a una sola enfermedad somática, sino a un estado, así como la curación, que es una transformación existencial del sujeto.

- Sobre la inflación diagnóstica de los trastornos mentales.

Allen Frances (2014), quien fue presidente del grupo que produjo el DSM IV, se suma a las críticas en torno a la versión actual. Coincide con muchos otros autores, que el duelo normal pasa a ser un trastorno depresivo mayor. Y da un paso más afirmando que en la actualidad estamos pasando por un periodo de inflación diagnóstica desde la psiquiatría. En estas críticas incluye que el DSM V ha introducido una cantidad de nuevos diagnósticos que amenazan con convertir la actual inflación diagnóstica en hiperinflación.

Sobre la inflación, sostiene que tiene muchas causas, algunas de ellas son inherentes a la psiquiatría y necesitan modificarse desde su interior. Pero otras son producto de poderosas fuerzas externas que tomaron el DSM IV utilizando inteligentes métodos que favorecieron su mala utilización. Con esto se refiere a que lograron cambiar los hábitos diagnósticos al punto de que en los últimos 30 años han sido testigos de un "círculo vicioso terrorífico".

Esta inflación ha llevado a un aumento excesivo de la utilización de fármacos psicotrópicos en los que se ha beneficiado ampliamente la industria farmacéutica, al punto que ha proporcionado los medios y la motivación para hacer la inflación diagnóstica cada vez mayor. (Allen, 2014).

Villapando (2019), se une a estas críticas aportando que en los años 60, el mercado de los tranquilizantes suaves colapsó cuando empezaron a surgir reportes de que algunas sustancias generaban adicción. En respuesta a ello, las farmacéuticas decidieron popularizar una nueva categoría diagnóstica, con su respectivo remedio, y de esta manera fueron favoreciendo una concepción simplista y discreta de lo que era la enfermedad, creando una idea de enfermedad y cura al mismo tiempo.

Parte de esta situación se debe a que no existen pruebas biológicas ni definiciones claras que distingan la "normalidad" de los trastornos mentales. "Siempre que se produce un gran aumento de un trastorno mental, lo más probable es que se trate de una moda" (Allen, 2014, p 188). Basándose posiblemente en diagnósticos erróneos que sometan a los pacientes a tratamientos innecesarios.

2 - La epidemia de la depresión desde un abordaje social

En la actualidad, la depresión parece haberse transformado en un recurrente diagnóstico, al punto que es posible catalogarla de “epidemia”, la cual para muchos pensadores es una de las marcas del individuo actual. Esta situación merece ser problematizada considerando el modo de cómo son construidos los diagnósticos que son referidos a sufrimientos cotidianos. La depresión no debe de ser concebida como un hecho aislado del contexto social en el cual se presenta, es necesario analizar el fenómeno depresivo dentro de las características de la sociedad actual. Para abordar la depresión es preciso indagar más allá de las características individuales de los sujetos, considerándolo en un contexto sociocultural, en relación a la historia cultural y colectiva.

La Organización Mundial de la Salud (2020), describe a la depresión como una crisis mundial que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa mundial de discapacidad y contribuyendo de forma importante a la carga mundial general de morbilidad. Estima que cada año se suicidan 800.000 personas, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en el grupo etario que va de los 15 a 29 años. Sostiene que aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados, y más del 90% en muchos países, no recibe tratamiento. Entre los obstáculos para la atención eficaz incluye la falta de recursos y de personal sanitario capacitado; la influencia de la estigmatización de los trastornos mentales para evitar tomar acción ante ellos por parte de los sujetos, y la evaluación clínica “inexacta o errónea”. Reconoce que las personas catalogadas bajo el rótulo de depresión a menudo son mal diagnosticadas y tratadas con antidepresivos cuando en realidad no padecen la enfermedad. (OMS, 2020).

Para Estramiana, Garrido y Schweiger (2010)

La depresión es un problema psicológico y social, caracterizado por un sentimiento de malestar afectivo y físico. Se trata de un problema psicológico, porque es la persona quien la sufre, y social porque no es sino en el contexto social del individuo donde dicha experiencia cobra sentido. Como estado afectivo negativo vendría caracterizado por manifestaciones de tristeza, desmoralización, aislamiento, desesperanza, fracaso y pensamientos de suicidio, mientras que el malestar físico haría referencia a problemas como la falta de apetito, la pérdida de peso, las dificultades para conciliar el sueño, el agotamiento, etcétera. (p.334)

Los autores enfatizan en el estado subjetivo de malestar físico y emocional entendiéndolo como resultado de las presiones socioestructurales que se ejercen sobre los individuos. Es por ello que invitan a pensar en la depresión más allá de las categorías excluyentes del diagnóstico, y priorizando así, una mirada desde las causas en la variabilidad de los síntomas asociados a la depresión.

3- Críticas al papel de la industria farmacéutica y a sus estrategias como creadora de la “epidemia”.

Se pregunta Ehrenberg (1998), “¿Cómo es que un medicamento ha venido a encarnar en sí mismo la esperanza, sin duda irracional, pero comprensible, de liberarse del sufrimiento psíquico?” (p.12). Para el autor fue a partir de la invención de los ansiolíticos que la depresión se amplió considerablemente en su escena médica y social. La posibilidad de modificar el humor doloroso bajo la utilización de medicamentos, permite a un creciente número de psiquiatras responder ante las afecciones de sus pacientes. Producto de ello, a partir de la década de los sesenta, la depresión se vuelve una realidad cotidiana, se hace una socialización de ella, y la vida psíquica sale de la oscuridad. De esta manera se van lanzando al nuevo mercado de los antidepresivos, y las empresas farmacéuticas comienzan a vender sus productos bajo las diferentes estrategias marketing (Ehrenberg, 1998).

El brote de depresión que estamos presenciando no se debe a una casualidad. Hay todo un mercado de la depresión, que no existía antes de los años cincuenta, y que fue en crecimiento exponencial, en parte, producto del mismo patrocinio de la industria farmacéutica en realizar estudios clínicos de los antidepresivos con resultados a su favor (Pignarre, 2003).

Para Allen Frances (2014), las farmacéuticas han estado engañando al público haciéndoles creer, tanto a médicos, como a padres y pacientes, que todo trastorno psiquiátrico se resuelve con píldoras, en vez de considerar que la mayoría son comunes y de fácil solución, y esto se traduce en una inflación diagnóstica que produce mucho daño.

Los fármacos son útiles y necesarios en trastornos mentales severos y persistentes, pero no ayudan a los problemas cotidianos, por el contrario, un exceso de ellos causa más daño que beneficios, ya que no existe un tratamiento mágico contra el malestar, como la industria farmacéutica lo ofrece. Para el autor, la tarea realizada por las farmacéuticas durante el último tiempo, ha sido la de convertir los problemas cotidianos en trastornos mentales. Haciendo un empuje agresivo para introducir nuevas categorías diagnósticas. Para evitarlo, considera necesario controlar la publicidad de las industrias, y educar tanto a los médicos como a la sociedad de manera que no acepten acríticamente las facilidades que se ofrecen para medicarse, ya que es fácil hacer un diagnóstico erróneo, pero muy difícil revertirlo por el prejuicio que trae consigo las etiquetas, no solo en el plano social, sino en los efectos adversos de su tratamiento. (Frances, 2014).

4 - La “epidemia” de la depresión: Abordajes diversos.

Para que la depresión se transformara en la epidemia del siglo, ha sido necesaria la creación de una red de pequeñas interacciones entre sujetos que sintieran frustraciones y sufrimientos

cotidianos, y un aparato estadístico y médico cada vez más sofisticado de clasificación de síntomas (Caponi,2009).

La autora citando a Nietzsche continúa “El nombre que damos a las cosas importa infinitamente más de lo que ellas son. Es suficiente crear nombres nuevos, apreciaciones nuevas, probabilidades nuevas para crear, más temprano o más tarde, cosas nuevas” (Nietzsche, 1981, p.67 como se citó en Caponi, 2009). Si bien Nietzsche hablaba de cosas, para Caponi (2009) es aún más apropiado para hablar de personas, "tipos", "clases", e incluso “categorías” de personas, ya que el nombre que se le da a los grupos humanos tiene efectos sobre los sujetos que se han clasificado. Con esto se refiere a que cuando un diagnóstico es atribuido a una persona, tendrá inevitables consecuencias sobre estos sujetos. "Definirlos", implica crear una relación interactiva, forma parte del proceso de producir subjetividades. Aunque no es posible afirmar que existen dos modos iguales de construir sujetos, es posible identificar algunas estrategias para crear categorías de personas. Las ciencias humanas, la medicina, las han utilizado a lo largo de la historia para crear dichas categorías. (Caponi, 2009).

Por otra parte, autores como Santiago Stucchi-Portocarrero (2017) y Shorter (2014), cuestionan la creencia de que sea real que ha habido un incremento mundial de los trastornos depresivos y ansiosos. Al respecto, Stucchi-Portocarrero (2017) sostiene que existen argumentos alternativos a la “epidemia de la depresión”. Entre estos argumentos incluye que el incremento de la difusión de información en temas de salud mental ha permitido que más personas se atrevan a pedir ayuda en problemas emocionales que antes se mantenían ocultos. También resalta que los límites de la patología mental y la normalidad han sido redefinidos a lo largo del tiempo, de manera que muchas condiciones que antes se consideraban normales, ahora cumplen con los criterios para un diagnóstico psiquiátrico de depresión. Para el autor, el incremento de los trastornos mentales es cuestionable e insuficiente como evidencia de un real incremento, sino que se trata más bien, de un incremento de la tendencia actual a diagnosticarlos.

En cuanto a Shorter (2014), sostiene que no ha habido un aumento de la depresión, pero sí de sus diagnósticos, donde la mayoría de las personas identificadas bajo este rótulo no sufren de melancolía, sino una mezcla de ansiedad, cansancio, y síntomas somáticos asociados a estados de nerviosismo.

Este aumento es justificado ya que la depresión se ha vuelto "creíble" para el público por su gran publicidad masiva, sumado a que los médicos encuentran un diagnóstico fácil de hacer, en donde los psiquiatras recetan un antidepresivo y finalizan la consulta, porque escuchar lo que provoca el dolor psíquico llevaría mucho tiempo; y terminan convirtiendo la infelicidad en una enfermedad médica.

Gabriela Sobral (2009), también sostiene que la depresión es un efecto de la época, que muestra una dificultad propia del ser humano, en donde la administración de fármacos no es suficiente para su tratamiento. Enriquece esta descripción al situar a la depresión como un “velo” que cae sobre los sujetos dejándolos ciegos ante sus verdaderos problemas, quejándose de su malestar sin poder ponerle un remedio, ya que no saben qué es lo que deben curar.

Nos encontramos en el auge del derecho a la satisfacción inmediata, la época del consumidor, que muestra características fundamentales para comprender la lógica de la depresión actual. (Sobral, 2009). A su vez, y en conjunto con la industria farmacéutica, la participación de los medios de comunicación en la formación de la epidemia es indiscutible, al igual que la contribución de los medios en el estado de ánimo deprimido de los sujetos producto de no lograr corresponder con los ideales de felicidad y belleza inalcanzables que inculcan. (Pignarre, 2003).

Esta lectura nos invita a pensar que cada época da lugar a un tipo de sociedad y subjetividad con sus características particulares. Nos enseña tanto en la forma de vivir como en la forma de enfermar. Pareciera que en la era actual, los ideales y añoranzas de una vida plena se han modificado al punto de volcarse a un mandato, como si se tratara imperativos, medidos en términos de éxito idealizado y fracaso, éxito al cual no se puede alcanzar porque siempre se podría estar mejor. Es por ello, que se puede observar una autoexigencia desmedida por parte de los sujetos, y la depresión se vuelve la cara de esa exigencia a la que no se puede satisfacer.

Al respecto, el filósofo Byung-Chul Han sostiene que se ha pasado del "deber de hacer" una cosa, que regía los tiempos anteriores, al "podría hacer"; y esta situación se vive con gran angustia de no lograr hacer siempre lo que se quiere. Argumenta que actualmente las personas se explotan a sí mismas, creyendo que se están realizando, y la consecuencia de ello es la alienación de uno mismo, que se traduce en anorexias, sobre ingestas de comida, productos de consumo, y enfermedades mentales.

Cada época tiene sus padecimientos emblemáticos, y las enfermedades como la depresión, al igual que otros padecimientos neuronales, definen el panorama patológico del comienzo de este siglo, y son enfermedades creadas por un exceso de positividad. (Han, 2010). Con esto se refiere a que el yo termina por colapsar y se funde por un “sobrecalentamiento”, que tiene sus orígenes en la sobreabundancia de lo idéntico, una masificación de la positividad.

Alain Ehrenberg (1998), sitúa la depresión entre el pasaje de “la sociedad disciplinaria” y “la sociedad del rendimiento”, ya no se trata de una prohibición, sino del opuesto, del poder hacer. La depresión vista desde la economía de sí mismo, en donde el imperativo social de pertenecerse sólo a sí mismo causa depresiones. De esta manera la depresión es vista como

la expresión patológica del fracaso, del devenir él mismo, pero también agrega que es producto de la carencia de vínculos que es propia de la progresiva fragmentación social.

La depresión, podría mostrar la superación histórica de la neurosis, ya que los sujetos actuales no están situados bajo los conflictos intrapsíquicos, sino que se trataría de un sentimiento de insuficiencia, tal como lo describe el autor. De esta forma, la depresión es vista como respuesta a las exigencias que sobrepasan al sujeto moderno.

En una búsqueda por delinear la figura del hombre contemporáneo, Ehrenberg (1998), sostiene que hubo una mutación social de lo que era la culpa y la disciplina, a la responsabilidad y la iniciativa correspondientes a uno mismo.

Hasta ayer: las reglas sociales estaban dirigidas a los conformistas de pensamiento, incluso a los automatistas de conducta: hoy exigen iniciativa y aptitudes mentales. El individuo se enfrenta a una patología de la insuficiencia más que una enfermedad de la falta, al universo de la disfunción, más que al de la ley: el deprimido es un hombre atascado. (p 16-17)

Con esto se refiere a que el sujeto ya no está actuando en función de una autoridad exterior, es la carga de uno mismo, con responsabilidad en cada sujeto de darse autorización y aprender a ser sí mismo. La depresión justificada como producto del desacuerdo del sujeto con esos ideales y su sentimiento de insuficiencia entre ellos.

Alain Ehrenber (1998), entre otros autores, acusan la manera en cómo la población ha sido sometida a diferentes tratamientos médicos, sin cuestionarse las razones e intenciones que existen en la producción del conocimiento médico y los métodos que se emplean para clasificar este malestar. Para él, el discurso está respaldado en la claridad diagnóstica que permite el avance del discurso médico, que busca herramientas de clasificación objetivas, dejando de lado al sujeto desde su globalidad, dejando fuera el padecimiento subjetivo.

Romildo do Rêgo Barros (2004), concuerda con Ehrenberg, y agrega que a la vez, y paradójicamente, es la identificación con el ideal, meta ofrecida al sujeto, la que lo termina conduciendo a la impotencia. Pero, ¿qué ocurre si los ideales se muestran fallidos o no proveen a los sujetos parámetros identificatorios estables? De acuerdo con el autor, se puede pensar que el efecto del fracaso de la identificación con los ideales puede deberse a la identificación con el residuo de estos. Lo que significa que el sujeto se confronta, a partir del fracaso con el ideal, con una correspondencia imaginaria de sí mismo. Este residuo al que se refiere el autor, se trata del Superyó (en términos freudianos), en donde en otros aspectos, tiene el del resto caído del ideal.

Tanto el antiguo registro de la culpa, como el registro de la responsabilidad, tienen por igual que imponen al sujeto lo que él es, y lo que debe alcanzar.

De este modo, en la culpa, la diferencia se manifiesta como angustia, y en la insuficiencia frente a la responsabilidad, la diferencia se manifiesta como depresión.

La insuficiencia del sujeto frente a las exigencias del ideal lo llevaría a un desinvertimiento, teoría muy similar a la que sostuvo Freud con el mecanismo de la melancolía, que consiste en el duelo por la pérdida de la libido. (Do Rêgo Barros, 2004).

En esta línea Roudinesco (1999) sostiene:

El sufrimiento psíquico se manifiesta hoy bajo la forma de la depresión. Herido en cuerpo y alma por este extraño síndrome donde se mezclan tristeza y apatía, búsqueda de identidad y culto de sí mismo, el hombre depresivo ya no cree en la validez de ninguna terapia. No obstante, antes de rechazar todos los tratamientos, busca desesperadamente vencer el vacío de su deseo. Así, pasa del psicoanálisis a la psicofarmacología y de la psicoterapia a la homeopatía sin tomarse tiempo para reflexionar acerca del origen de su desdicha. Ya no tiene, además, tiempo para nada a medida que se alargan el tiempo de la vida y el del ocio, el tiempo del desempleo y el tiempo del aburrimiento. El individuo depresivo padece más las libertades adquiridas por cuanto ya no sabe hacer uso de ellas. (p. 15)

Reflexiones finales

Para reflexionar sobre lo que se conoce actualmente como depresión, ha sido necesario hacer un recorrido a lo largo de la historia, tomando entre otras, la melancolía como antecedente. Y de esta forma, reconocer las semejanzas y divergencias, que bajo una transformación de la nosología clásica, dieron surgimiento a la categoría que se transformó en la actual depresión. Estos cambios realizados en la nomenclatura de la psiquiatría y sus explicaciones psiquiátricas se basan principalmente en el discurso científico, pudiéndose observar en los cambios realizados en los diferentes manuales.

La importancia que se le da en este trabajo a la presentación de estos cambios se debe a la reflexión de cómo el papel de la ciencia ha operado, y como en su transcurso se pudo reconocer que se fue consolidando un discurso que trajo consigo implicancias a nivel clínico, epistemológico y ético.

Parte de ello, es el aumento en las estadísticas, que se basan en diagnósticos realizados a partir de criterios brindados por los manuales de psiquiatría, como lo es el DSM, que lo que han reflejado en sus diferentes versiones, ha sido como progresivamente se han volcado a una visión biologicista de las enfermedades mentales, y por ende, de los mismos sujetos en su totalidad. De esta manera, se considera que los diagnósticos tal como se presentan actualmente, derivan en encubrir el padecimiento subjetivo y sus verdaderas razones, al transformarlo en un sujeto medible y cuantificable despojado de toda experiencia singular.

Estas explicaciones fenomenológicas que de a poco han ido patologizando los momentos de dolor naturales en la vida de los seres humanos, (como lo es el caso del duelo en el DSM V), sumado a la constante búsqueda de su homogeneización son las que han derivado en un aumento alarmante de los diagnósticos de depresión. Se trata de una objetivación del sujeto y de los trastornos, al punto que se han eliminado todas las subjetividades que lo componen.

A su vez reconocer como la depresión, que es considerada en la actualidad una "epidemia", y descrita como la representante del mal de nuestra época, es resultado en gran medida de los enunciados del discurso médico actual, pero también del rol que han cumplido las estrategias de la industria farmacéutica en la formación de esta. Tal como lo sostiene Pignarre (2003), este brote no ha sido casualidad, existe todo un mercado de la depresión impulsado por la industria farmacéutica.

La introducción de los ansiolíticos fue corriendo el lugar de importancia del padecimiento, en donde la industria farmacéutica fue facilitando nuevas categorías diagnósticas que buscan convertir problemas cotidianos en trastornos mentales y así hacer la inflación diagnóstica cada vez mayor.

A su vez, partir del supuesto de que la depresión es el síntoma de la época, implica reconocer que el sujeto posmoderno se refleja bajo sus características principales, ya sea la inhibición, la tristeza, fatiga; en donde los sujetos consumen psicofármacos a modo de excluir la sintomatología, algunos considerándolas un medio de “cura”, y otros como forma de acallar este padecimiento.

Los seres humanos hemos sido capaces de afrontar las adversidades por millones de años, pero las tendencias culturales se han ido volcando a un uso excesivo de los psicofármacos bajo rótulos de enfermedad ante cualquier malestar cotidiano. Y de esta forma se va reduciendo lentamente la capacidad de enfrentarse a los hechos. Estas tendencias han ido debilitando a la sociedad y la forma en la que responde a las adversidades.

A su vez se busca abrir camino a pensar en cómo en las sociedades actuales, no dan lugar a la tristeza y sus diferentes manifestaciones, sin reconocerla como sentimientos normales y necesarios en la vida de cada sujeto. El discurso de la sociedad actual impone la felicidad, como único camino aceptable, y esta búsqueda de infinita e inalcanzable felicidad solo atraerá más sufrimiento.

Esta situación ha captado la atención de pensadores de diversas disciplinas, que han cuestionado de manera crítica esta transformación, buscando llegar a las verdaderas razones detrás de este crecimiento diagnóstico y evaluando las explicaciones y posibles salidas a este padecimiento, como se intentó dar cuenta en el capítulo anterior.

En este recorrido se pudo apreciar cómo este discurso condensado en el saber psiquiátrico, se fue alejando de una forma de concebir al sujeto como resultado de todos sus atravesamientos, y de esta manera, eliminando todo rastro de la experiencia de vida. El resultado de ello se ha visto manifestado en la angustia del sujeto actual, en una sociedad que busca escapar, a través de una salida simple, al dolor psíquico en vez de interrogarse ante sus malestares.

De lo expuesto en este trabajo, encontramos por un lado con como los manuales han procurado un sujeto unificado y adaptable a los diagnósticos, como producto de los nuevos paradigmas de la ciencia que fueron adoptando al sujeto a las diferentes clasificaciones y alejando la importancia del verdadero causal de esta enfermedad; y por otro lado, una visión desde el psicoanálisis que se interroga ante el sentir del sujeto y su dolencia psíquica que va más allá de lo dicho, desde una posición muy diferente, basada en su experiencia subjetiva y sus repercusiones a nivel inconsciente. Se introduce el psicoanálisis como un posible camino que contemple estas singularidades, donde permitirá reconocer el lugar que la tristeza ocupa y la importancia que esta tiene para el sujeto.

Reconocer el posicionamiento subjetivo del sujeto deprimido, es devolver la posición ética. Implica su aceptación desde la complejidad de su realidad, reconociendo sus deseos y

malestares, de manera, que al encontrarse con su inconsciente pueda hacer una lectura honesta de sí mismo.

No se trata de ignorar los necesarios conocimientos producidos por la ciencia, sino de buscar un abordaje más amplio que además de los saberes de la ciencia, recupere la importancia de la creación de estos síntomas que tiene para el sujeto y su peso emocional.

Con este fin, se introdujeron diferentes perspectivas, como alternativas posibles de brindar herramientas que permitan pensar en formas competentes de tratamientos, que privilegien una mirada completa del sujeto y su curación, brindando el espacio necesario de escucha, reconocimiento, y devolviendo el significado de su malestar.

Referencias bibliográficas

- Abraham, K. (1911). *Notes on the Psycho-Analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions*. Recuperado de:
<https://www.freepsychotherapybooks.org/ebook/notes-of-the-psycho-analytical-investigation-and-treatment-of-manic-depressive-insanity-and-allied-conditions-1911/>
correcto
- Anders, V. et al. (2020). *Etimología de depresión*. Recuperado de:
<http://etimologias.dechile.net/?depresio.n>
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 8 (3).
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27180302.pdf> correcto-revisar si lo use
- Allen, F. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Recuperado de:
https://www.academia.edu/40322012/Somos_todos_enfermos_mentales_Manifiesto_contra_los_abusos_de_la_psiquiatr%C3%ADa_Allen_Frances correcto
- Allouch, J. (2006). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires: Literales.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM – IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ávila, A. (1990). *Psicodinámica de la depresión*. Recuperado de:
https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Bertholet, Roberto (2012). *La depresión, una lectura desde el psicoanálisis*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-072/725.pdf>
- Berrios, G, E. (1996), *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. Recuperado de:
<https://www.mundocondignidad.org/libros/historia-de-los-sintomas-de-los-trastornos-mentales.pdf>

- Berrios, G. (2012). Melancolía y depresión durante el siglo XIX: Una historia conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. 15 (3). Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000300011&lng=pt&tlng=pt#back
- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000): transformaciones de los saberes psicológicos*. Recuperado de: https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2017-06/PSICO-01_Bielli_2012-11-29-webO.pdf
- Caponi, S. (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 13 (29). Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200007
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del Psicoanálisis*. Recuperado de: <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/diccionario-del-psicoanc3a1lisis-roland-chemama.pdf>
- Cobo, J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Psiquiatria.com* 9 (4). Recupertado de: <https://psiquiatria.com/trabajos/268.pdf>
- Corominas, J. (1987) *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Recuperto de: https://www.academia.edu/7439425/COROMINAS_Diccionario_Etimologico
- De la Fuentes, R. (1990). Pinel, su tiempo y su obra. *Revista Salud Mental* 13 (1).
Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/393
- Del Barrio, M. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología* 30 (2). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>
- Do Rêgo Barros, R. (2004). Tríptico de la depresión. Virtualia. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana 9 (1). Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/z5wVie69Q8xZuB3AFH35E201OHIjTHJ9leTY7khw.pdf.REVISTA>

Ehrenberg, A. (1998). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Recuperado de: <https://idoc.pub/documents/la-fatiga-de-ser-uno-mismo-alain-ehrenberg-eljq668d7741>

Estramiana, J., Garrido, A. y Schweiger, G. (2010). Causas sociales de la depresión: una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista internacional de sociología*. 68 (2). Recuperado de: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328>.

Ey, H. Bernard, P. y Brisset, C. (1965). *Tratado de Psiquiatría*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/206575823/Tratado-de-Psiquiatria-Henri-Ey>

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (Vol. 14, pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).

Freud, S. (1975b). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas* (Vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1926 [1925]).

Geli, C. (2018). Ahora uno se explota a sí mismo y cree que está realizándose. *Diario El País*. Recuperado de: https://elpais.com/cultura/2018/02/07/actualidad/1517989873_086219.htm

Jackson S. (1986) *Historia de La Melancolía y La Depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/223750865/Stanley-W-Jackson-Historia-de-La-Melancolia-y-La-Depresión>

Lacan, J. (1970). *Radiofonía y Televisión*. Recuperado de: <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.31%20%20%20%20RADIOFONIA%20Y%20TELEVISION,%201971.pdf>

Muñoz, L. Alamo, C. Cuenca, E. (2000). La "década de oro" De la psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. *Psiquiatría.com* 4(3). Recuperado de: <https://psiquiatria.com/trabajos/539.pdf>

- Muñoz, L & Jaramillo, L. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35(125). Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100008
- Ortiz, A. & De la Mata, I. (2015). Allen Frances y la pureza del diagnóstico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100013
- Organización Mundial de la Salud, (2017). *Definición de depresión*. Recuperado de:
<https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,cansancio%20y%20falta%20de%20concentraci%C3%B3n.>
- Organización Mundial de la Salud, (2020). *Depresión*. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Mensaje en el Día Mundial de la Salud Mental: La depresión: una crisis mundial*. Recuperado de
http://www.who.int/mental_health/mhgap/UN_message_mhgap_2012_es.pdf
- Peretó, R. (2011). Acedia y depresión. Aportes para una reconstrucción histórica. *EA Journal* 3 (1). Recuperado de: <http://www.ea-journal.com/art3.1/Pereto-Rivas-Acedia-y-depresion.pdf>
- Perez, M. (28 de septiembre de 2014). *Entrevista a Allen Frances: Convertimos problemas cotidianos en trastornos mentales*. El País. Recuperado de:
https://elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html
- Pignarre, P. (2003). *La depresión. Una epidemia de nuestro tiempo*. Barcelona: Debate.
- Pizarro, F. Albagli, R. (2019). Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud Colectiva*. 15(1). Recuperado de:
<https://www.scielosp.org/article/scol/2019.v15/e2319/>

- Roudinesco, E. (1999). *Por qué el psicoanálisis*. Recuperado de:
https://www.academia.edu/34559068/Por_qu%C3%A9_el psicoan%C3%A1lisis_Elisabeth_Roudinesco?auto=download
- Shorter (2014). ¿Un aumento alarmante de las enfermedades mentales?. *Psychology Today*. Recuperado de: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/how-everyone-became-depressed/201404/alarming-increase-in-mental-illness>
- Stucchi-Portocarrero, S. (2017). ¿Realmente existe una “epidemia de depresión”? *Revista Neuropsiquiátrica* 80 (4). Recuperado de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n4/a05v80n4.pdf>
- Sánchez, E. (2019). Henri Ey, un puente entre la psiquiatría y el psicoanálisis. *La mente es maravillosa*. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/henri-ey-un-puente-entre-la-psiquiatria-y-el-psicoanalisis/>
- Sobral, G. (2009). La depresión actual. *Virtualia* 19. Recuperado de:
<http://www.revistavirtualia.com/articulos/394/dossier-sintoma-y-lazo-social-enapaol/la-depresion-actual>
- Villapando, G. (2019). Depresión y melancolía: un análisis desde la teoría crítica. *Revista Reflexiones Marginales* 7 (2). Recuperado de:
<https://revista.reflexionesmarginales.com/depresion-y-melancolia-un-analisis-desde-la-teoria-critica/>
- Weiss de Schmidt, L. (2001). El paradigma de las ciencias en la Edad Moderna y sus modificaciones. *Enfoques*. Recuperado de: file /Dialnet-EIParadigmaDeLasCienciasEnLaEdadModerna(4).pdf
- Zarragoita, I. Agudín, S. Castañas, M. et al(2018). La depresión: retos y conflictos en el siglo XXI. *XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. Recuperado de:
[https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4[1].pdf)