



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

Clínica de la melancolía y la depresión: del trastorno al síntoma

Paula Andrea Garcés Giraldo

Monografía para optar al título de
Especialista en Psicopatología y Estructuras Clínicas

Asesora

Kelly Yohana Vargas García

Magíster en Investigación en Ciencias Sociales y Humanas: Mención psicoanálisis

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Medellín

2019

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	14
General.....	14
Específicos.....	14
JUSTIFICACIÓN	15
MARCO DE REFERENCIA	17
METODOLOGÍA	17
Enfoque metodológico.....	17
Diseño metodológico.....	18
Estrategia metodológica.....	18
Unidad de análisis.....	19
Categorías de análisis.....	19
Técnicas de recolección y análisis de datos.....	19
Población y muestra.....	19
Descripción de las fases del proceso metodológico.....	20
RESULTADOS	22
Categoría 1. Definición histórica de la melancolía y la depresión	22
1.1 Origen de los conceptos.....	22
1.2 La Grecia clásica y la antigua Roma.....	23
1.3 Edad Media: entre la acedia y el pecado.....	29
1.4 La melancolía en el Renacimiento, Edad Moderna e Ilustración.....	32
1.5 Melancolía y depresión en el siglo XIX.....	37
1.6 Psiquiatría Moderna: de la melancolía al trastorno.....	40
Categoría 2. Noción de melancolía de depresión en la Psiquiatría Norteamericana desde 1952 hasta 2013	43
2.1 Origen de la Nosología Oficial.....	43
2.2 Clasificación y criterios diagnósticos de la melancolía y la depresión.....	44
Categoría 3. Noción de melancolía y depresión desde el psicoanálisis Freudiano	62
3.1. Periodo pre-psicoanalítico en Freud.....	62
3.2 Nueva Metapsicología.....	72

Categoría 4. Manifestaciones clínicas de la melancolía y la depresión.....	86
4.1 Manifestaciones clínicas desde la psiquiatría.....	87
4.2 Manifestaciones clínicas desde el psicoanálisis	91
CONCLUSIONES.....	95
REFERENCIAS	99

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esquema de los humores.....	24
Tabla 2. División general de los padecimientos mentales.....	26
Tabla 3. Clasificación DSM-I.....	45
Tabla 4. Clasificación DSM-II.....	49
Tabla 5. Clasificación DSM-III.....	54
Tabla 6. Clasificación DSM-IV.....	56
Tabla 7. Clasificación DSM-V.....	59

RESUMEN

El presente texto corresponde al informe final de la investigación titulada “Clínica de la melancolía y la depresión: del trastorno al síntoma”, cuyo objetivo principal es analizar los elementos teóricos-prácticos que aportan el psicoanálisis y la psiquiatría para el establecimiento del diagnóstico de dichas entidades. **Método:** enfoque interpretativo, en el marco de los estados del arte. **Resultados:** La melancolía en la época antigua era considerada una enfermedad crónica relacionada con la locura, ya en la edad media toma la connotación de acedía y con la aparición de la psiquiatría moderna es reducida a una forma de depresión. De allí que los Manuales Diagnósticos Psiquiátricos (DMS) incluyan la melancolía solo en sus dos primeras versiones, a partir de la tercera categorización se hace referencia a la depresión básica: desorden bipolar y depresión mayor, incluyendo en esta última los rasgos psicóticos y la melancolía. El psicoanálisis interesado en dicha afección la ubica dentro de los neurosis narcisistas o psicosis, asociada estrechamente con el suicidio. Respecto al concepto de depresión, las aproximaciones que hace Freud al término son sólo descriptivas, enmarcándolo como un estado, una marca de afecto que puede estar presente en las diferentes estructuras.

Palabras Claves: diagnóstico, psicoanálisis, psiquiatría, DSM, psicosis, neurosis narcisista, locura, tristeza, humor, afecto, afección.

ABSTRACT

This text is related to the final inform about the investigation named: treatment of melancholic and depression: from the disease to the symptom, the principal objective was analyzing the theorical and practical elements related with psychoanalysis and psychiatry that match with the diagnostic. **Method:** interpretative, based in state of the art.

Evidence: melancholia in the classic era was consider a chronic illness related to madness, in medieval times the term was related to inactivity or laziness and when the modern psychiatry appears was reduced to depression. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) includes the melancholia in the first and second version, in the third one it is named as depression: bipolar disorder and major depressive disorder.

In major depressive disorder some of the descriptions of the symptoms are related to psychotic and melancholic signs. Psychoanalysis link narcissistic neurosis, psychosis or suicide behaviors to melancholia. Especially Freud describe depression as a status or an emotion that is in any kind of structure.

Keywords: Diagnostic, Psychoanalysis, Psychiatry, DSM, narcissistic neurosis, psychosis, madness, sadness, emotion, affection.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los términos de Melancolía y Depresión se han venido emparentado hace algunos años, desdibujando así las elaboraciones que grandes estudiosos han realizado sobre la melancolía como una entidad clínica con unas características específicas.

De acuerdo con Jackson (1986) la evolución de los esquemas conceptuales utilizados para explicar dichos estados clínicos ha sido compleja, pues se ha tenido que atender tanto la perspectiva histórico-médica como los sistemas de creencias religiosos para entender los movimientos que se han dado a través del tiempo.

En razón de lo anterior, este planteamiento abordará inicialmente la melancolía y la depresión desde una posición histórica, buscando comprender la variación de sus manifestaciones y su prescripción hasta la actualidad.

La noción de Melancolía se introduce en la Grecia antigua a finales del siglo V. En ese entonces dicha palabra ya era utilizada en la Literatura Griega por autores como Sófocles y Aristófanes. Su incursión en el campo médico se dio a partir de Hipócrates, quien la asoció a una enfermedad causada por la bilis negra (Pizarro, 2017).

Hipócrates, desarrolló toda una teoría sobre los humores “de acuerdo con este punto de vista, la salud descansa en el equilibrio de estos (sangre, flema, bilis amarilla, bilis negra) y la enfermedad en general y todas las enfermedades en particular tienen por causa su desequilibrio” (Postel & Quetel, p.19).

Esta teoría fue la base de toda la tradición clásica hasta el siglo XVIII, la enfermedad mental empezó a tomar un lugar en la historia de la medicina y se construyen las principales entidades nosológicas: frenitis - letargia, manía - melancolía.

De acuerdo con Postel & Quetel (2000) en ese momento todas las enfermedades tenían una connotación somática, aunque se llegó a contemplar la posibilidad que algunas de ellas generaran influencia en el alma y comportamiento de los individuos.

Dentro con este marco de comprensión de la patología humoral, la melancolía era contemplada como un sinónimo de “locura” y en el Corpus Hippocraticum fue tomando una caracterización en sus primeros estadios. Según Pizarro (2017) esta afección “se comprendió con base en tres factores: la bilis negra, en función del clima y mediante observaciones físicas y psíquicas” (p.38). La bilis negra era considerada un factor clave para predecir la enfermedad “es un humor frio y seco y sus emanaciones impregnan el cerebro provocando tristeza, desgano, miedo, ganas de estar solo e inmovilidad” (Heinrich, 2016, p.69).

Para este momento, surgen diferentes nociones que permitieron definir la melancolía y su afectación en el individuo. Según Postel & Quetel (2000) la más precisa aparece en los estudios de Celio Aureliano, quien intenta acercarse a sus lazos causales:

La melancolía es una enfermedad que afecta al pensamiento, con tristeza, aversión por las cosas más queridas, sin fiebre. En algunos de estos enfermos aparece una bilis abundante y negra que ataca al estómago, hasta el punto de que vomitan, y al mismo tiempo su pensamiento se ve conjuntamente afectado (p.28).

Esta concepción de melancolía como enfermedad tiene un lugar de estudio durante la edad antigua, pero se opaca en la Edad Media, donde su manifestación se consideraba un “pecado”. Al respecto Heinrich (2016) refiere “la melancolía adquiere en esta época una nueva connotación “acedia” y la padecían especialmente los monjes, considerando que sus vidas eran acechadas por el demonio y por el sin sentido” (p.71).

Ya en el Renacimiento la melancolía retorna a la concepción de los griegos, en la cultura romana Cicerón, la entiende como “un estado grave de locura” y Galeno “mantuvo

la vigencia de la teoría humoral como explicación fisiológica y fisiopatológica del organismo humano” (Alberdi, 2016, p.33).

Para el siglo XVII Rober Burton con su obra “*Anatomía de la Melancolía*”, se ocupa de recoger las elaboraciones de autores clásicos y contemporáneos en torno a dicha afección y convertirlas en una enciclopedia. La define como “una enfermedad crónica, un humor fijo; y según ese humor sea más o menos abundante, será tanto más difícil desarraigat el hábito (molesto o no) en que se ha convertido el mal” (p.18).

En este texto ya se reconocen algunas descripciones sobre la melancolía, entre las cuales se encuentran: tristeza, una idea fijada a la mente, soledad, desordenes en el sueño, inapetencia, temor, vergüenza y descontento, por tal razón la experiencia melancólica se podía comprender a partir de unas características específicas. Según lo señalado por Radden (Citado por Segovia, 2014) “incluía creencias que hoy definiríamos como psicóticas, estados maníacos, engaños psicosomáticos y estados disociados” (p.6).

A partir del siglo XIX, con el surgimiento de la psiquiatría como disciplina, la clasificación de la melancolía incluía unos síntomas que la llevaron a definirse como enfermedad de los delirios parciales y con Esquirol fue perdiendo su “status” incluso como forma de locura parcial (Jackson, 1986). Esto fue dando paso a la descalificación de la melancolía en la nosografía moderna.

Si bien, con Emil Kraepelin aparece un nuevo sistema nosológico influenciado por los estudios clínicos-descriptivos, en sus primeras ediciones “clasifica los estados melancólicos de manera muy semejante a la de sus contemporáneos” (Jackson, 1986, p.177).

De acuerdo con Jackson (1986), la melancolía como diagnóstico fue involucionando en cada compendio elaborado por Kraepelin, pasando de melancolía con delirio como categoría principal de los estados depresivos, luego locuras con delirio. En la quinta edición

de su sistema nosológico, “comenzó el proceso de organización de dos grupos: la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva, juntando en esta última manía, melancolía y locura circular” (p.178). Ya en su octava edición (1909-1915) la categoría de melancolía desaparece, incluyéndola en el grupo de los desórdenes maniaco-depresivos.

Así mismo, a mediados de ese siglo Wilhem Griesinger “introduce el término de estados de depresión mental como sinónimo de melancolía” (Zarragoitia, 2010, p.11) y con Meyer, se reemplaza totalmente dicho término por depresión, como se resalta en un informe de discusión de 1904 donde este autor señala “deseoso de eliminar el término melancolía, que implica el conocimiento de algo que no poseemos. Si, en vez de melancolía, aplicáramos el término depresión a toda la clase, éste designaría sin pre* tensiones exactamente lo que se indica en el uso común del término melancolía” (Jackson, 1986, p.18).

En 1918 la mirada diagnóstica de la psiquiatría lleva a crear la primera nosografía oficial de la enfermedad mental (DSM-1), publicado en 1952 con posterioridad del período de guerra. La melancolía como diagnóstico principal se sostiene hasta el DSM-II, pues con la publicación del DSM-III en 1980, la categorización se centró en los desórdenes afectivos, donde solo hay dos referencias a la depresión básica: desorden bipolar y depresión mayor, “incluyendo en esta última los rasgos psicóticos y la melancolía” (Jackson, 1986, p.204).

Los estudios en este periodo “hacen énfasis en los síntomas afectivos de la melancolía, negando sus características cognitivas “ideas delirantes” (Segovia, 2014, p.6), esto facilitó que en los manuales diagnósticos pasara a ser un subtipo de la depresión mayor.

Para este momento es importante señalar que las teorías explicativas sobre la melancolía no sólo giraban alrededor de la filosofía, la medicina y la psiquiatría; el psicoanálisis como disciplina “psi” también había realizado valiosos planteamientos que se han ido afinando a través del tiempo.

Las elaboraciones conceptuales de Sigmund Freud y su comunidad académica respecto a la Melancolía, permitieron dilucidar una distinción con la depresión por la particularidad de sus manifestaciones clínicas y posibles formas de tratamiento.

En este punto, Giraldo (2018) refiere “la melancolía es un término que aún se encuentra vigente en la teoría psicoanalítica como una forma de psicosis, siendo los estados depresivos compatibles con las diferentes estructuras clínicas” (p.3). Es así como la perspectiva psicoanalítica, permite una orientación respecto la comprensión de la sintomatología melancólica y su abordaje, tal como lo expone Mazzuca (2009) “la concepción freudiana de la melancolía proporciona una orientación clínica decisiva en el panorama actual, dominado por el vasto campo de las depresiones” (p.10).

Al respecto, algunos textos revisados desde el campo del psicoanálisis y la psiquiatría, resaltan la singularidad de la melancolía y la importancia de hacer una diferenciación diagnóstica con otros estados patológicos, con el fin de conducir adecuadamente el tratamiento.

En este orden de ideas, se relacionan algunos estudios desde el área de la psiquiatría, donde se resalta la importancia de distinguir la melancolía como entidad nosográfica:

- ✓ *Melancholic and reactive depression: a reappraisal of old categories* (Mizushima, Sakurai, Mizuno, Shinfuku, Tani, Yoshida, Ozawa, Serizawa, Kodashiro, Koide, Minamisawa, Mutsumoto, Nagai, Noda, Tachino, Takahashi, Takeuchi, Kikuchi, Uchida, Watanabe, Kocha & Mimura, 2013). En este estudio los investigadores resaltan la importancia de reconocer los síntomas distintivos de la melancolía de otros trastornos del estado de ánimo con el fin de idear tratamientos óptimos para los pacientes.
- ✓ *Melancholia in Latin American studies: a distinct mood disorder for the ICD-11*. (Jurueña, Calil, Fleck & Del Porto, 2011). Los autores en este estudio hablan a favor

de la recuperación de conceptos fenomenológicos clásicos o tradicionales como la melancolía, que proporcionan criterios diagnósticos operativos capaces de mantener el nivel de acuerdo alcanzado entre los clínicos sin sacrificar la validez de las categorías.

- ✓ *Inching toward Bethlehem: Mapping melancholia* (Parker, Fletcher, Barrett, Synnott, Breakspear, Rees & Hadzi-Pavlovic, 2010). En esta investigación se forman dos grupos de melancólicos y no melancólicos con el fin de afinar síntomas diferenciadores y validadores clínicos.
- ✓ *The incidence and prevalence of admissions for melancholia in two cohorts* (Harris, Farquhar, Healy, Le Noury & Baker, 2011). En dicho estudio se utilizan datos de dos cohortes epidemiológicamente completos de pacientes que acudieron a los servicios de salud mental en el norte de Gales entre 1875–1924 y 1995–2005 para cartografiar las características de la melancolía.
- ✓ *Discriminating melancholic and non-melancholic depression by prototypic clinical features* (Parker, McCraw, Blanch, Hadzi-Pavlovic, Synnott & Rees, 2013). En esta investigación los autores buscan factores causales diferenciadores entre melancolía y depresión y la capacidad de respuesta al tratamiento.

Desde el campo psicoanalítico, la revisión de antecedentes demuestra la singularidad de la melancolía, en investigaciones como:

- ✓ *Otra posible intervención sobre el dolor. Una elucidación psicoanalítica de la melancolía* (Ramírez, 2009). Este trabajo apunta al esclarecimiento de ciertos rasgos estructurales que permitan pensar una clínica posible de la melancolía, siempre atendiendo a lo dicho por Freud y Lacan, pero sin pasar por alto las elaboraciones históricas del concepto como los trabajos efectuados en la psiquiatría clásica.
- ✓ *Abordaje Teórico y Clínico de la psicosis maniaco-depresiva desde una perspectiva analítica Freudiana y Lacaniana* (Fernández, 2012). El estudio se realiza con

pacientes psicóticos que se encuentran institucionalizados. Se colige que la cuestión de la maniaco depresión se estructura como una psicosis en tanto que la forclusión de un significativo primordial es el mecanismo de defensa propio de esta estructura a diferencia de la represión en la neurosis. Así mismo se entiende como la manía y la melancolía más allá de ser consideradas entidades patológicas deben ser vistas como formas de defensa compensatorias de la economía psíquica.

- ✓ *Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico* (Dominguez, De Camargo & Bara 2014). El objetivo de este artículo es comprender la melancolía, la depresión y su relación con la cultura a partir del psicoanálisis.
- ✓ *Melancolia como presença real do objeto – uma abordagem lacaniana* (Tenório & Costa, 2014). El estudio aborda la melancolía desde la psiquiatría clásica hasta el psicoanálisis, llegando a las formulaciones Lacanianas.

Respecto al tema principal de este trabajo: elementos teórico-prácticos que aportan el psicoanálisis y la psiquiatría en el establecimiento del diagnóstico de la melancolía y la depresión, los estudios hallados durante la revisión bibliográfica sugieren la necesidad de plantear una posible delimitación del cuadro clínico, teniendo en cuenta el “componente afectivo, las representaciones ideativas concomitantes, el temperamento o carácter melancoloide y el modo de sufrir del sujeto” (Mazzuca, 2006, p.12).

En este orden de ideas, resulta pertinente proponer un horizonte investigativo que lleve al entendimiento de las coordenadas sintomáticas de ambos estados clínicos y su diagnóstico, teniendo en cuenta las elaboraciones psicoanalíticas y los antecedentes psiquiátricos de los últimos 50 años.

Por lo anterior, esta investigación está orientada a indagar sobre:

¿Cuáles son los elementos teórico-prácticos que aportan el psicoanálisis y la psiquiatría en el establecimiento del diagnóstico de la melancolía y la depresión?

OBJETIVOS

General

Analizar los elementos teóricos y prácticos que aportan el psicoanálisis y la psiquiatría para el establecimiento del diagnóstico de la melancolía y la depresión.

Específicos

- ✓ Definir históricamente el término de melancolía y depresión, teniendo en cuenta los antecedentes de la psiquiatría clásica hasta el psicoanálisis.

- ✓ Identificar la noción de melancolía y depresión desde el psicoanálisis Freudiano y la psiquiatría de los últimos 50 años.

- ✓ Comprender las manifestaciones clínicas de la melancolía y la depresión desde el psicoanálisis y la psiquiatría.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es importante para la psicología porque permite comprender y explicar fenomenológicamente y estructuralmente la melancolía, teniendo en cuenta que dicha noción se viene utilizando hace algunos años como sinónimo de depresión.

Al respecto Fink, Bolwig, Parker & Shorter (2007) afirman que “la melancolía fue un trastorno reconocido en las primeras dos clasificaciones DSM de la American Psychiatric Association, la clasificación DSM-III de 1980 la disminuyó a un especificador de diagnóstico” (p.89).

Según estos autores, lo anterior implica cierta imprecisión en los criterios diagnósticos actuales, puesto que borran una entidad nosológica tan importante como la melancolía, teniendo en cuenta que es una afección “categóricamente distinta a la depresión, donde su marcador principal son los trastornos psicomotores observables, además hay una respuesta diferencial a los tratamientos farmacológicos” (Fink et.al., 2007, p 89).

Es por ello que la depresión como diagnóstico principal dentro de los trastornos del estado de ánimo, ha llamado al desarrollo de multitud de dispositivos que permitan conocer su etiología, características de la enfermedad y posibles tratamientos que aporten a la remisión de los síntomas, debido al riesgo que estos pueden llegar a tener para el paciente cuando no se realiza una adecuada intervención. (Rose, 2012).

En este sentido, la pertinencia de dicha investigación está demarcada por el número de pacientes diagnosticados en el país con depresión mayor que, de acuerdo con las cifras del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) los casos han incrementado desde el 2009 y para el 2015 ya se registraban 36.584 pacientes atendidos por depresión. Además, en estas estadísticas solo se tienen en cuenta el especificador de gravedad, es decir depresión leve, moderada o grave y las características, sin tener en cuenta

el subtipo (con ansiedad, con características melancólicas) en caso de estar presentes en el episodio.

Esto lleva a reafirmar que dentro de estas categorías diagnósticas se ve cada vez más desdibujada la presencia de la melancolía como padecimiento de lo humano, las fronteras diagnósticas se han ido diluyendo al igual que la subjetivación en el discurso del paciente.

El diagnóstico deliberado de cuadros depresivos y la falta de diferenciación con la melancolía, han disminuido en los últimos años esfuerzos para validarla y darle una distinción dentro de los estudios clínicos (Fink et.al., 2007).

Lo anterior, amerita el desarrollo de investigaciones desde la psicología que permitan darle un reconocimiento a la melancolía como una entidad con validez dentro de las afecciones psíquicas, teniendo en cuenta que su diagnóstico ha sido estudiado y verificado desde hace muchos años por grandes médicos, psiquiatras y psicoanalistas, además, la experiencia subjetiva de la enfermedad cambia notablemente en cada cuadro clínico.

Por ende, este estudio pretende aportar a la psicología clínica, como campo ocupacional, elementos que permitan realizar una valoración diferencial e incentivar la realización de nuevas investigaciones sobre los efectos que puede tener en la clínica la reducción de la melancolía a un trastorno afectivo.

MARCO DE REFERENCIA

El desarrollo conceptual del presente trabajo de investigación tiene como base epistemológica los desarrollos teóricos realizados por Freud en los manuscritos D, E, F, G y K, introducción al narcisismo, duelo y melancolía, psicología de las masas y análisis del yo, el yo y el ello, neurosis y psicosis, psicoanálisis y psiquiatría y los caminos de la formación del síntoma.

Igualmente se esbozan referentes teóricos tomados de la psiquiatría clásica y los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM).

Los textos anteriores son alusivos a la comprensión de la melancolía desde los planteamientos psicoanalíticos y psiquiátricos, lo cual puede llevar a la orientación diagnóstica de dicha afección.

METODOLOGÍA

Enfoque Metodológico

El desarrollo de la presente investigación se realizará bajo el enfoque interpretativo, en el marco de los estados del arte. Estos diseños hacen parte del paradigma cualitativo, cuyo énfasis es la hermenéutica, fundamental para los procesos de análisis e interpretación. De acuerdo con Vélez & Galeano (2002), “en la investigación cualitativa el enfoque hermenéutico hace explícita y directa la interpretación como proceso que acompaña de principio a fin el trabajo investigativo: la investigación es interpretación de textos, de material literario o del significado de la acción humana” (p.49).

Diseño Metodológico

Para dicho proyecto se consideró pertinente trabajar con el diseño metodológico cualitativo, que según Hernández (2014) “permite desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas” (p.7).

Para el autor este modelo de trabajo es dinámico, permite moverse entre los hechos y su interpretación, utiliza la recolección y análisis de datos para afinar las preguntas de investigación.

Estrategia Metodológica

La estrategia metodológica a utilizar es el estado del arte, definido como:

Una investigación documental a partir de la cual se recupera y trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre determinado objeto de estudio. Es una investigación sobre la producción —investigativa, teórica o metodológica— existente acerca de determinado tema para develar desde ella, la dinámica y lógica presentes en la descripción, explicación o interpretación que del fenómeno en cuestión hacen los teóricos o investigadores (Vélez & Galeano, 2002, p.1).

El propósito de dicha estrategia es identificar vacíos y necesidades en la producción de conocimiento y así generar nuevos desarrollos que permitan avanzar en la construcción de saberes epistemológicos, teóricos y metodológicos.

Unidad de Análisis

Elementos teórico-prácticos que aportan el psicoanálisis y la psiquiatría para el establecimiento del diagnóstico de la melancolía y la depresión.

Categorías de análisis

- ✓ Definición histórica de la melancolía y la depresión
- ✓ Noción de melancolía y depresión en la psiquiatría norteamericana de los últimos 50 años.
- ✓ Noción de melancolía y depresión desde el psicoanálisis Freudiano.
- ✓ Manifestaciones clínicas de la depresión y la melancolía desde el psicoanálisis y la psiquiatría.

Técnica de recolección y análisis de datos

Para la recolección de datos se empleó la matriz bibliográfica y de contenido, el cual es un instrumento tomado del Grupo de Investigación Psyconex de la Universidad de Antioquia, que permite recolectar información de forma sistemática y organizada.

Esta matriz también permite extraer unidades de análisis teniendo en cuenta el cuerpo del texto.

Población y muestra

Dentro del material objeto de estudio se encuentran tesis de grado, artículos de revistas indexadas y fuentes primarias. La información analizada corresponde a 85 textos: 53 artículos de investigación, 1 trabajo de grado, 2 tesis de maestría, 1 tesis de doctorado y 28 libros.

Fuentes: Biblioteca Carlos Gaviria Díaz, Redalyc, SciElo, Google books, Science Direct, Acta Académica, EBSCO, Repositorio UdeA, Dialnet, Researchgate, Biblioteca digital UNAL, Repositorio UBA, biblioteca personal.

Para la selección de la muestra se tiene en cuenta los siguientes criterios:

Temporalidad: material de los últimos 10 años, no obstante, se van a revisar fuentes primarias debido a la pertinencia de estas para la investigación.

Criterio de pertinencia: se tiene en cuenta el material que se ajuste a la especificidad de la temática desde el psicoanálisis y la psiquiatría.

Criterio de accesibilidad: se privilegia el material que se encuentre dentro del área metropolitana y se incluyen algunas investigaciones en inglés y portugués.

Descripción de las fases del proceso metodológico

De acuerdo con Gómez, Galeano & Jaramillo (2015) dentro de los estados del arte se comprenden 3 fases:

1. Planeación o elaboración del proyecto: En este momento se condicionan los requisitos y exigencias administrativas para la realización de la investigación, se establece el tema a investigar, aunque no necesariamente en forma de pregunta guía de investigación, y se realiza un primer rastreo documental donde se eligen algunas fuentes clave relacionadas con el tema.
2. Diseño y gestión: En esta fase se establecen el universo, la muestra, las categorías de análisis y se realiza la lectura lineal. El universo se logra con el uso de la matriz bibliográfica. Desde la fase anterior se generan unas categorías de búsqueda con las que se accede a los centros documentales, ya sea física o virtualmente, y se seleccionan todos los textos que se encuentren bajo la categoría de búsqueda.

3. **Análisis, elaboración y formalización:** El análisis es la lectura horizontal. Se vuelve a la matriz analítica de contenido, se selecciona una categoría y se leen todas las frases extraídas que le correspondan. Se trata de un análisis global. Se compara entre un texto y otro las similitudes, diferencias, coyunturas, tendencias y todo tipo de información que sea útil para la investigación.

RESULTADOS

Categoría 1: Definición histórica de la Melancolía y la Depresión

En esta primera categoría se hace un recorrido histórico por los conceptos de melancolía y depresión desde la época clásica, caracterizada por la elaboración de los principales tratados médicos (Corpus Hippocraticum), hasta los siglos XIX y XX donde surgen las disciplinas “psi” y se instaura el modelo orgánico-funcional.

Lo anterior, con el fin de analizar dichas definiciones y los cambios que se producen en el trasegar de una época a otra.

1.1 Origen de los Conceptos

La melancolía inicialmente fue abordada por la medicina clásica en siglo V a.c, donde se originaron los primeros desarrollos sobre esta afección. Desde sus antecedentes griegos este término ha estado relacionado con un estado anormal o enfermizo.

Cuando se revisa la historia de la melancolía en los escritores de la Antigüedad Griega, se encuentra la importancia del color negro asociado con esta enfermedad y todo lo que evoca dicha tonalidad, vinculado con lo funesto, la muerte, lo malo, lo nocturno “y a menudo con las fuerzas diabólicas” (Klibansky, Panofsky & Saxl, 1991, p.7).

De acuerdo con Jackson (1986), “Melancholia era la transliteración latina del griego *μελαγχολία*, que en la Grecia clásica significaba normalmente un desorden mental que implicaba un prolongado estado de miedo y depresión” (p.16), dicho término traducido al latín toma la acepción de bilis negra.

Para este momento se consideraba que el exceso de bilis negra en el cuerpo causaba una serie de desórdenes a los que se llamó enfermedades melancólicas (Jackson, 1986) lo que dio paso al estudio de su patogénesis e incidencia en los estados anímicos del ser humano.

Mientras que la palabra depresión aparece como tal a partir del siglo XVII, asociada a discusiones sobre la melancolía. De acuerdo con Jackson (1986) esta expresión se utilizaba para referirse a la depresión del espíritu o aflicción, pero en 1725 Richard Blackmore, empieza a ligarlo con la medicina mencionando la posibilidad de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía, o elevado a un estado lunático y de distracción” (p.17).

Otros autores como David Daniel Davis (1806) y John Haslam (1808) vinculaban la depresión con abatimiento y desorden de las pasiones. No obstante, el uso de este término empieza a incrementarse y tener un estatus a partir del siglo XX, pasando a ser un trastorno mental con unos criterios definidos por la psiquiatría moderna como se verá más adelante.

1.2 La Grecia clásica y la antigua Roma

El pensamiento médico antiguo tuvo una fuerte incidencia en las elaboraciones póstumas sobre enfermedad mental, pues tendió a considerar el alma en una dimensión específicamente material. De acuerdo con Álvarez, Esteban & Sauvagnat (2004), Grecia fue precursora de importantes desarrollos en la medicina, al apartar la enfermedad de las consideraciones sobrenaturales y animistas que predominaban en ese momento, tratando de ajustarse a un modelo científico a través del Corpus Hippocraticum.

En este sentido, Hipócrates inicia la construcción de una teoría para explicar los estados de salud-enfermedad y las características del cuerpo humano. “Así, las distintas partes del cuerpo resultarían de la mixtura en distinta proporción de cuatro humores: sangre, pituita o flema, bilis amarilla y bilis negra o atrabilis” (Álvarez et al., 2004, p.38), donde la salud corresponde al equilibrio de dichas sustancias y la enfermedad a un desequilibrio de esta mezcla humoral.

Esta concepción fisiológica llevo a la clasificación y descripción de las diferentes constituciones y temperamentos, “sanguíneo, flemático, bilioso y melancólico, además de la identificación de la bilis amarilla con la manía y de la bilis negra o atrabilis con la melancolía” (Álvarez et al., 2004, p.38).

La idea de los humores corporales permite a Hipócrates construir su obra *La naturaleza del hombre* donde crea la doctrina humoralista que se mantuvo vigente por más de dos mil años y permitió tener un sistema único para leer la patogenia de la enfermedad.

Según Jackson (1986), a partir de este escrito el autor deduce el siguiente esquema:

Tabla 1. Esquema de los humores

Humor	Estación	Cualidades
Sangre	Primavera	Templado y Húmedo
Bilis amarilla	Verano	Caliente y seco
Bilis negra	Otoño	Frío y seco
Flema	Invierno	Frío y húmedo

En esta época se creía que los humores sincronizaban con elementos cósmicos y las divisiones del tiempo, “controlando toda la existencia, la conducta de la humanidad y el carácter del individuo” (Klibansky et al., 1991, p.29).

Así mismo, la bilis negra pasa a ser un ingrediente natural básico en el cuerpo humano y su presencia en cantidades anormales podría llevar a adquirir la enfermedad de la bilis negra, llamada melancolía. Según Jiménez (2014), esta afección abarcaba una serie de elementos patógenos, que llevaron a Hipócrates a definirla como:

Una enfermedad que se asocia con aversión a la comida, perturbación del sueño y de las actividades cotidianas, desesperación, exaltación, insomnio, irritabilidad, e intranquilidad,

ira, deseo de quitarse la vida por el predominio del temor y la tristeza, obnubilación del espíritu que en ocasiones llega a la locura (p.17).

Lo anterior, permite inferir que desde la época clásica ya había una relación entre melancolía y locura; pero es a partir del siglo IV que la idea de melancolía empieza a tener una transformación debido a la influencia de dos grandes corrientes culturales: “la locura en las grandes tragedias y la idea de furor en la filosofía platónica” (Klibansky et al., 1991, p.39). La sustancia negra, tan generalmente aceptada como fuente de demencia, toma explicaciones racionalistas, de ahí que sea importante señalar que se descubren rasgos de melancolía patológica en grandes figuras como Heracles, Ajax, Belerofonte, héroes de la mitología griega.

La disposición melancólica en dicha cosmogonía pasa de cierto grado heroico a la idea de “insania moral, que ofuscaba y debilitaba la voluntad y la razón, pues Platón la consideraba síntoma de lo que en el Fedro describe como la peor alma de todas, la del tirano” (Klibansky et al., 1991, p.41).

Así las cosas, poetas y dramaturgos griegos se formaron una idea de locura donde el pensamiento mítico y la tragedia se asociaban a una forma de vida psíquica que no fue incorporada por la medicina hipocrática, ni valorada por la psiquiatría, para los primeros la causa de la enfermedad y la curación hacían parte de un rito comunitario que restablecía de manera mítica el orden cósmico.

No obstante, Aristóteles configura una idea puramente clínica de la melancolía dejando de lado la concepción platónica. Al respecto señala “no sólo los héroes trágicos como Heracles, Ajax y Belerofonte, sino todos los hombres realmente sobresalientes, ya fuera en el ámbito de las artes o en el de la poesía, la filosofía o la política, hasta Sócrates y Platón, eran melancólicos” (Klibansky et al., 1991, p.41).

Para Aristóteles el humor negro está en todos los hombres y solo una minoría presenta un exceso de bilis negra, sin que esto represente un factor de riesgo, pues pasan a ser melancólicos naturales con dotes especiales como consecuencia de la afección. Visto así, se plantea un vínculo manifiesto entre melancolía y sabiduría, tal como lo exponen Álvarez et al., (2004) pues en aquella época los que habían sobresalido en las diferentes esferas eran melancólicos.

Continuando con los aportes realizados en la época clásica sobre la melancolía, es importante revisar la descripción médica que realiza Celso (30 a.c), un enciclopedista romano que sigue la línea de los hipocráticos y se interesa por sistematizar los problemas médicos planteando una división general de los padecimientos mentales:

Tabla 2. División general de los padecimientos mentales

Fuente: Postel & Quetel (2000).

Enfermedades Agudas	Enfermedades Crónicas
Generales (Frenesí)	Generales (Melancolía)
Locales	Locales

Para Celso la melancolía era “la enfermedad de la bilis negra que sobreviene en casos de desánimo prolongado, desánimo con miedo e insomnio también prolongados, es otra forma de locura, de más larga duración” (Citado por Jackson, 1986, p.40), es así como la melancolía se va inscribiendo en la categoría de enfermedad crónica.

En esta vía, Sorano de Éfeso (98 d.C) el médico griego más famoso de la escuela metodista, quien realizó importantes estudios sobre los desórdenes mentales, describe la

melancolía y la manía como locuras crónicas sin fiebre, diferentes a la frenitis, considerada locura aguda con fiebre.

De acuerdo con Jackson (1986), Éfeso explica la melancolía de la siguiente manera: Angustia mental, aflicción, silencio, animosidad hacia los miembros de la familia, a veces un deseo de vivir y otras veces un deseo vehemente de morir, sospechas por parte del paciente de que se está tramando algo contra él, llanto sin razón, murmullos incomprensibles, y, de nuevo, jovialidad ocasional; distensión precardiaca, sobre todo después de las comidas, frialdad en los miembros, sudor suave, dolor agudo en el esófago o el corazón..., pesadez de cabeza, debilidad, indigestión (p.41).

Para Éfeso la bilis negra no era la causa de la melancolía, para él los antecedentes más relevantes estaban relacionados con “la indigestión, vómitos después de las comidas, la pesadumbre, el miedo” (Jackson, 1986, p.42), además él no sólo trataba de aliviar los síntomas físicos que producía dicha afección, también aplicaba algunas medidas psicológicas para el tratamiento.

Más tarde, en la época de Galeno (131 d.C) se retoma la tradición hipocrática sobre la melancolía. La definición de este autor es la que más se aproxima a la de las épocas actuales, pues desarrolló conceptos como nostalgia, formó una familia de síntomas afectivos que permitieran dar cuenta del cuadro clínico e hizo algunas referencias a cuadros que combinaban manía y melancolía (Jackson, 1986).

Según Galeno, la melancolía es una enfermedad crónica sin fiebre donde el miedo y la tristeza son síntomas básicos, es común una idea delirante y fija, aunque de diferente contenido según el paciente. Consideraba que “algunos melancólicos eran misántropos y estaban cansados de la vida, algunos padecían un tipo específico de melancolía: la

hipocondriaca, que comprendía toda una serie de síntomas gastrointestinales” (Jackson, 1986, p.236).

En este punto es preciso señalar, que para Galeno existían 3 tipos de melancolía:

- ✓ La encefálica: se origina en el propio cerebro y este es el órgano afectado, produce insomnio, dolor de cabeza, temblor de ojos, inapetencia o hambre insaciable.
- ✓ La general: la bilis negra afecta todo el cuerpo, extendiéndose desde las piernas y afectando, en su momento, al cerebro como efecto secundario. En esta se pueden presentar los síntomas del primer caso y además depresiones, sentimientos de ansiedad y terror.
- ✓ La hipocondriaca: originada en el estómago, aparece con síntomas de pesadez, vómitos, cuerpo distendido.

Esta clasificación pasa a ser un insumo muy importante para las elaboraciones que se llevaron a cabo más tarde en el Renacimiento (Giraldo, 2018).

Por otra parte, Areteo de Capadocia (150 d.C) notable médico griego, publica un libro sobre manía, en el cual hace un intento por esbozar algunas diferencias clínicas entre melancolía y manía. De acuerdo con Areteo (Citado por Jiménez, 2014):

La melancolía es una afección sin fiebre en un espíritu triste que permanece fijado siempre sobre la misma idea y se pega a ella tozudamente. Se diferencia de la manía en cuanto que en esta afección el espíritu se inclina alternadamente hacia la tristeza o hacia la alegría, mientras que en la melancolía permanece constantemente triste y abatido (p.21).

Según Postel & Quetel (2000), en el tratado de Areteo sobre *Las causas y los signos de las enfermedades agudas y crónicas*, se vislumbra una notable finura diagnóstica, siendo uno de los autores antiguos que más se acercó al conocimiento de la enfermedad maniaco-depresiva.

Hasta aquí es importante precisar que en la época antigua la cosmogonía griega propició una forma particular de entender el psiquismo y la locura, no hay razón, la razón es la voluntad de los dioses. A partir de la posición filosófica y médica se distingue el pensamiento natural del mítico, se pasa al orden racional a la observación de fenómenos.

Platón hace del pensamiento racional lo esencial del ser humano, elimina el mito y le atribuye al hombre toda la responsabilidad de sus actos (Porter, 2002).

Ya con el desarrollo del Corpus Hippocraticum, una obra colectiva de más de 6 siglos de elaboración, la enfermedad pasa a tener una causa reconocible a través de las manifestaciones fisiológicas y los fenómenos naturales, la teoría humoral desarrollada por Hipócrates permite clasificar la personalidad y comprender los comportamientos humanos.

La locura en los griegos arcaicos era un modo de acceder a la verdad, “los humanos son llevados literalmente a la locura por el odio, la angustia o la venganza” (Porter, 2002, p.24), así mismo la medicina griega cuestionó estas creencias, naturalizó la locura y la bajo de las alturas divinas.

1.3 Edad media: entre la acedia y el pecado

De acuerdo con Álvarez et al., (2004) “a lo largo de la edad media las concepciones nosológicas y etiológicas de la locura siguieron modelos explicativos pluralistas” (p.43), que no se redujeron específicamente al discurso médico, las creencias y aspiraciones cristianas tuvieron su incidencia en los desarrollos posteriores.

Por tal razón, las explicaciones sobre diferentes afecciones como histeria y melancolía adquirieron una explicación demonológica combinada con esquemas explicativos más afines a la ciencia.

Así, por ejemplo, para explicar la melancolía se apelaba no sólo a alteración de la bilis negra, siguiendo con ello la tradición de la ciencia médica, sino que simultáneamente se les consideraba propensos a ser poseídos por espíritus malignos; no faltaron tampoco quienes trataron de conjugar la melancolía con el pecado original (Álvarez et al., 2004, p.45).

A finales del siglo XI y comienzos del XIII, con el surgimiento de la medicina escolástica, se incorporaron algunas ideas de filósofos como Aristóteles y médicos como Hipócrates y Galeno, lo que permitió ampliar el desarrollo de algunas enfermedades mentales como la Licantropía, la cual se trata de un trastorno en el que el sujeto se cree transformado en lobo y actúa como tal. “Este mal se había clasificado en relación a dos especies de manía: la lupina y la canina, ambas causadas por la melancolía generada a partir del humor colérico o del humor melancólico” (Álvarez et al., 2004, p.48).

El amor heroico, otra enfermedad de la época, también desempeñaba un papel fundamental en el desequilibrio de los humores. Era causado por un exceso de melancolía o bilis negra, cuando un individuo amaba a alguien sin ser correspondido (Álvarez et al., 2004). Según estos autores, la época medieval estuvo permeada de fenómenos muy particulares como las epidemias de locuras colectivas vividas como castigo divino:

Las posesiones demoníacas se manifestaban también en alteraciones de la conducta, pseudodelirios, cuadros convulsivos y, de manera específica, en el marco de la melancolía, se suponía que la intervención diabólica obedecía a un aumento de la bilis negra -humor seco y húmedo- que terminaría por consumir al afectado (p.53).

Se puede evidenciar en esta época que las creencias y lo simbólico fueron el insumo de algunos autores para explicar la naturaleza de la locura, se retorna a algunas acepciones de la época antigua donde lo sobrenatural, la posesión divina y lo demoníaco eran explicaciones para algunos de estos fenómenos.

De este modo reaparece el concepto de acedia, el cual fue introducido a finales del siglo IV por la iglesia cristiana, para ese momento entendido como “una constelación de sentimientos y conductas consideradas como poco habituales, no deseables, e indicativas de una necesidad de atención para remediarlas” (Jackson, 1986, p.67), asociado en la época medieval con la pereza e inactividad, atribuida principalmente a los monjes.

También se le suma a este estado: aflicción, tristeza y desesperación, por lo que a finales de la edad media se relaciona con la melancolía.

Visto de esta manera, la acedia era molesta para los otros, por el grado de inactividad, laxitud, indiferencia por los asuntos del mundo y la negligencia de quien la padecía.

Al respecto Jackson (1986) subraya que “lo que la sociedad utilizaba para tratar de explicar y mejorar este estado eran fundamentalmente las creencias religiosas y, en menor grado, la medicina” (p.68).

En efecto, durante el medioevo el término de melancolía conserva la descripción Galénica, definida como “un estado en que el paciente se siente temeroso, triste, misántropo, suspicaz, cansado de la vida y, con frecuencia, pero no siempre, afligido por alguna idea ilusoria” (Jackson, 1986, p.75) y la acedia compartía parte de su terreno por estar vinculada con la tristeza, aflicción y desesperación.

En los siglos siguientes, la acedia recibe menos atención, siendo reemplazada por la pereza. La importancia del trabajo y la capacidad productiva, pasaron a convertir la ociosidad en un peligro, además “los líderes ciudadanos, enfrentados al problema de las crecientes masas de pobres, hacían tremendos esfuerzos para contener a los ociosos, a los que se tildaba de culpables por su inactividad” (Jackson, 1986, p.77).

Lo anterior permite inferir que la urgencia por la productividad es tan antigua como el hombre, la ociosidad asalta la tranquilidad de las sociedades, además estacionarse por un

periodo de tiempo en dicho estado posiblemente genere un bienestar subjetivo que no contribuye al modelo económico de la época.

1.4 La melancolía en el Renacimiento, Edad Moderna e Ilustración.

Avanzando con la revisión del concepto de melancolía en los albores del pensamiento científico, es importante repasar las teorías acerca de dicha afección en el Renacimiento con la obra de Robert Burton “*The Anatomy of Melancholy*, que salió a la luz en 1621 y contiene una detallada descripción de los conocimientos que se tenían acerca de la melancolía” (Jackson, 1986, p.93).

Para Burton (1947), la melancolía era una de las afecciones más importantes y más digna de estudio teniendo en cuenta sus síntomas, pronóstico y curación. La definió como:

Un estado de chochez, según la caracterización de Laurentino, «cuando algunas de las principales facultades mentales, como la imaginación o la razón, están alteradas, según les ocurre a todos los que sufren de melancolía». En este caso no hay fiebre, por tratarse de un humor en su mayor parte frío y seco, lo que impide su corrupción. El temor y la tristeza son los verdaderos y constantes caracteres de la mayoría de los melancólicos, pero no de todos, como bien expresa Hércules de Sajonia en su Tractatus de posthumo de Melancholia. Algunos melancólicos se distinguen por su buen talante, otros por su atrevimiento, y los hay que no manifiestan ninguna forma de temor o pesadumbre (p.14).

Lo anterior permite elucidar como para el autor los melancólicos a pesar de sus miedos y obsesiones, eran personas con buenas capacidades intelectuales y reflexivas, la melancolía era una manera de paliar con las inconformidades de la vida y lo que la cultura exigía para darles un lugar como sujetos productivos.

La obra de Burton “atesora una propuesta tendente al ordenamiento y funcionamiento social en la que el trabajo obligatorio equivale a la prohibición de la melancolía” (Álvarez et al., 2004, p.57) y también aporta una crítica al modelo tendencioso de eliminar la ociosidad como característica principal de esta, por ello ameritaba vigilancia, control y una terapéutica basada en el trabajo, pues el descontento con la vida, la intrepidez y declinación para las tareas, era un asunto que las clases dirigentes debían supervisar.

Con este escrito Burton (1947) no solo hace aportes a la literatura de su época, también incursiona en el estudio médico de la melancolía guiado por la teoría humoral, planteando que dicha afección puede originarse a partir de una predisposición genética o de un hábito. “En el primer caso tiene carácter pasajero y se manifiesta cuando el individuo que la sufre experimenta tristeza, inquietud, temor, pesadumbre, en cambio, la melancolía como hábito, es una enfermedad crónica, un humor fijo, difícil de desarraigar” (p.18).

También resalta en su texto algunas coordenadas importantes para la comprensión y diagnóstico de la melancolía, como la tristeza, las obsesiones, los delirios, la conducta suicida y las quejas hipocondriacas. Este último criterio fue cambiando posteriormente con las elaboraciones de otros autores como Willis y Sydenham, quienes habían separado la hipocondría de la melancolía, agrupándola en la histeria, “describiendo ambos estados como síndromes que incluían un amplio abanico de quejas tanto físicas como psicológicas, pero no locura” (Jackson, 1986, p.133).

En este punto es importante clarificar que Burton conservaba la elaboración teórica de Galeno sobre los 3 tipos de melancolía: la que afecta el cerebro, la sangre y “la melancolía de amor, la cual es una forma de melancolía hipocondriaca en que las partes afectadas son el hígado y las partes adyacentes” (Jackson, 1986, p.330), por ello hace hincapié en los síntomas corporales.

Siguiendo el recorrido por esta época, se encuentra que el amor también produce efectos importantes. La descripción de enfermedad del amor o melancolía del amor es común, tal es el caso de Ferrand, quien alude a la tradicional relación entre melancolía y manía en sus estudios sobre los desórdenes producidos por el amor “erotomanía”, considerando la melancolía como “el desorden menos grave, que puede empeorar y convertirse en manía, dando a entender que esta relación existía entre el amante desesperado como forma menos grave o primer estadio y el amante excitado y enloquecido como forma más grave” (Jackson, 1986, p.333).

Es así como se consideraba que el amor y la religión eran causas de desórdenes mentales, “el amor va acompañado de expectativas, miedos, celos y, en ocasiones, ira y odio producto de estos últimos... La locura de las personas enamoradas es generalmente maniaca, y la de las supersticiones de tipo melancólico” (Jackson, 1986, p.335).

Para este momento la condición melancólica aún estaba relacionada con estados de enfermedad y locura. Según Álvarez et al., (2004) a lo largo del siglo XVII inició un proceso de transformación que llevo a cambiar las formas de concebir la locura.

La secularización alejó aquellas interpretaciones de la locura basadas en “visiones religiosas asociadas con la herejía, la posesión diabólica o la iluminación divina; en segundo lugar, el inicio de una fuerte medicalización que asimilaba la locura a *la enfermedad* y la hermanaba frecuentemente con el crimen incidió en su transición” (p,62).

En este sentido, el loco pasó de ser una persona inocente e insensata, para ocupar un lugar de punible por peligroso y cuyo comportamiento podría alterar el orden social. La locura pasa a ser objeto de estudio y el loco objeto de intervención, formando así una masa conformada por adivinos, astrólogos, herejes, vagos, prostitutas, suicidas. Tal como lo señala Foucault (1964) “en esta época los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia

errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto; se les dejaba recorrer los campos apartados, todos ellos excluidos de la sociedad” (p.10), la expulsión cobraba un sentido de utilidad social y seguridad para los ciudadanos.

Es así como para la segunda mitad del siglo XVII con la aparición de la ciencia moderna aparecen importantes cambios conceptuales respecto las afecciones psíquicas, pasando de la teoría de los humores a la explicación química, “abriendo caminos por los cuales transitarán las categorías del discurso científico” (Jiménez, 2014, p.29) y los nuevos tratamientos para la enfermedad mental.

La melancolía, un síndrome clínico que estaba asociado por más de doscientos años a la teoría humoral, va tomando una perspectiva diferente. Según Jackson (1986) las teorías mecanicistas empezaron a desplazar las consideraciones teóricas sobre dicha afección, aparecen las ideas médico-químicas que dan forma a las teorías de la época y autores como Pitcairn y Hoffmann “se encontraban entre los primeros exponentes de adaptación de las teorías mecanicistas a la explicación de la melancolía. Ambos expusieron sus ideas hacia el final del siglo XVII y luego continuaron ejerciendo señalada influencia a principios del XVIII” (p.114), pensando el cuerpo como una máquina compuesta por partículas y haciendo sus descripciones clínicas desde la fisiología y la patología.

Al respecto Jackson (1986), menciona:

Hoffmann describe la melancolía con los términos usuales de delirio sin fiebre y asociado con tristeza y miedo sin ninguna causa manifiesta. Define el delirio como «perversión de la razón en pensamiento y palabra». Entre sus síntomas incluye también «la ansiedad mental, pensamientos fijos en una cosa determinada y sueño escaso e intranquilo». Como ya habían hecho otros antes que él, observa que «la manía puede convertirse fácilmente en melancolía, y viceversa, la melancolía en manía» (p.115).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante señalar que manía y melancolía antes de 1.800 tenían significados distintos a los actuales. De acuerdo con Luque & Berrios (2011) ambas entidades no hacían alusión a polos opuestos, se basaban en el análisis del comportamiento: alteración motora aumentada, ira, lentitud. Además, los síntomas afectivos aportaban datos importantes en el diagnóstico.

Así las cosas, las ideas mecanicistas y las teorías médico-químicas avizoraban el cambio conceptual de la melancolía apremiando su separación de los estados aflictivos de la locura.

Ya en el siglo XVIII el Movimiento Romántico produjo una exaltación de las emociones, combinando el pensamiento racional y emocional. Aparece un autor fundamental para el surgimiento de la psiquiatría como disciplina, Philippe Pinel, un médico francés que presenta en 1801 “un esquema muy simplificado de los desórdenes mentales formado por manía, melancholia, dementia e idiotismo en su *Traité Médico-philosophique sur l’aliénation mentale*” (Jackson, 1986, p.141).

Pinel fue el último de los grandes alienistas que consideró la melancolía en el antiguo sentido clásico, definiéndola como:

Una locura caracterizada por un número circunscrito de delirios, y unos márgenes amplios, que contenía todas las formas de psicosis crónicas. Por lo general la melancolía permanece estacionaria durante muchos años, sin que el delirio exclusivo, que es su objeto, mude carácter, ni haya alteración en lo físico, ni en lo moral. Se ven locos de esta especie en Bicêtre, hace doce, quince, veinte, y aún treinta años, siempre entregados a las ideas primitivas que descubrieron el trastorno de su razón [...]. Algunos dotados de un carácter voluble pasan a un estado de manía declarada, solamente por la costumbre de ver, o de oír a los locos furiosos o delirantes; otros, al cabo de algunos años sufren una revolución interior por causas

desconocidas, y un delirio mudo de objeto, o toma una nueva forma (Luque & Berrios, 2011, p.135).

El tratado médico de Pinel sobre la locura, da la entrada a la nueva era en la psiquiatría donde el proyecto alienista tenía una premisa desde una perspectiva nosológica: reducir la locura a una enfermedad, el descubrimiento de distintas variedades clínicas, la indicación del tratamiento a cada caso particular y la necesidad imperiosa de sustituir el asilo por una institución acorde a este tipo de pacientes (Álvarez et al., 2004).

Es así como la locura ocupa un lugar privilegiado en el ensamble del conocimiento médico, la cura psiquiátrica empieza a desarrollarse de acuerdo con unos procedimientos específicos y el saber disciplinar no deja por fuera de las cadenas al “loco”, que sin duda ha tomado un lugar de inadmisibilidad. Estos desarrollos, llevan a la emergencia de un lenguaje descriptivo que se convierte en insumo primordial para los manuales categoriales posteriores, las elaboraciones en psicopatología y el surgimiento de terapéuticas basadas en el internamiento y la medicalización.

1.5 La melancolía y depresión en el siglo XIX

Hacia 1820 la visión de la melancolía empieza a tener modificaciones importantes, “alienistas como Reil, Griesinger o Heinroth comenzaron a otorgar mayor importancia a los afectos y a las pasiones en el desarrollo de la enfermedad mental” (Luque & Berrios, 2011 p.134). Dicha transformación se ve influenciada por la propuesta conceptual de la psicología y el modelo anatómico-clínico, reduciendo la melancolía a una forma locura parcial.

Dicha afección como entidad nosológica empieza a opacarse con las elaboraciones teóricas de la época. De acuerdo con Jiménez (2014), la obra de Jean-Retiene-Dominique Esquirol, discípulo de Pinel, ejerció mucha influencia en el tema de la melancolía.

“Reemplaza el cuadro de la melancolía por dos afecciones diferentes: la lipemanía y las monomanías, obteniendo de esta manera la melancolía un estatuto nosológico y clínico diferente al sostenido por Pinel, como delirio parcial” (p.33).

En este sentido, Esquirol equipara la palabra lipemanía con melancolía, considerándola como un delirio parcial crónico, sin fiebre. Este cambio propuesto por Esquirol solo se utilizó en la psiquiatría francesa y española, pues según Luque & Berrios (2011) la palabra melancolía se siguió usando en el contexto occidental hasta finales del siglo XIX donde la expresión “depresión mental” fue sustituyéndola gradualmente.

Lo anterior permite vislumbrar la nueva perspectiva en la psiquiatría, donde la locura clásica pasa a tener nuevas categorías dentro de la enfermedad mental, las orientaciones somaticistas y anatomopatológicas llevaron al sujeto a convertirse en un ser definido por la biología, asignando a un órgano en particular (cerebro), las variaciones de los pensamientos, emociones y comportamientos.

Es así como en 1860 aparece ya en los diccionarios médicos el término depresión asociado a la aflicción de aquellos que sufren alguna enfermedad y definida en la primera edición del *Manuel de Psychiatrie de Régis* como “El estado opuesto a la excitación, consiste en una disminución de la actividad general que va desde pequeños fallos en la concentración a la parálisis total. Esta se traduce en una inmovilidad absoluta o estupor” (Luque & Berrios, 2011, p.136).

Dicho concepto se fue empalmando con las teorías de Griesinger, neurólogo y psiquiatra alemán que tuvo gran influencia en sus contemporáneos con su obra *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*, donde incluyó las teorías acerca de la melancolía, acompañado de historias clínicas, en un capítulo titulado: Estados de depresión mental-Melancolía (Jackson, 1986).

Griesinger recordó que “la insania no siempre estaba acompañada de delirios, pues también existía la insania emocional, reforzando la teoría sobre las alteraciones de los sentimientos y las descripciones de la melancolía como tristeza” (Berrios, 1996, p.105).

En consecuencia, en 1863 Kahlbaum, psiquiatra alemán, empezó a difundir el término Distimia, “para formas de melancolía que presentaban una sola fase y de manera atenuada, ya que en esa época todos los trastornos del humor se incluían dentro de la llamada psicosis maniaco-depresiva” (Gallardo; Jiménez; González & Villaseñor, 2013, p.216), para ese momento la Distimia era conocida como una depresión con un curso crónico.

De otro lado en 1880 Jules Cotard psiquiatra francés, propuso una visión de la melancolía en simetría con la paranoia, controvirtiendo así aquella asociación natural con la manía. Fundamenta esta oposición a través del análisis semiológico, en especial de la “fórmula del delirio, principio rector de su metodología” (Álvarez, Colina & Esteban, 2009, p.106). Este autor retorna a los fenómenos descriptivos de la melancolía bajo la forma del delirio de negación, perfeccionando sus características en torno al carácter (ideas de autoacusación) y etiología (fenómenos psicomotores en oposición a los psicosensoresiales), idea que más tarde retomará Freud para indicar la importancia de la autoacusación en los melancólicos.

Otra mirada sobre estas entidades clínicas es la que aporta Emil Kraepelin, considerado el fundador de la psiquiatría moderna, quien trató de organizar las enfermedades mentales de forma descriptiva y sistemática en su *Compendium der Psychiatrie*. Dicho autor sostuvo en sus primeras clasificaciones nosológicas el término de locura sin desprenderse de la noción de melancolía, pero en la sexta edición de su manual aparecieron variaciones decisivas en la concepción de melancolía y depresión, “sustituye el término psicosis periódica por psicosis maniaco-depresiva para referirse a un grupo en que incluía estados maníacos,

estados depresivos y estados mixtos” (Jackson, 1986, p.178). Esto daba paso a enunciar la psicosis como un cuadro clínico independiente, con presencia de episodios depresivos y maníacos.

Con lo desarrollado hasta el momento, se puede inferir la dificultad existente en la psicopatología para precisar un lenguaje que dé cuenta de las formas clínicas en las afecciones. El desfile de teorías en torno a la melancolía y la depresión han acentuado sus explicaciones en lo fisiológico, quizás esto llevo a suprimir la noción de melancolía y difundir con fuerza el término depresión entre médicos y psiquiatras.

1.6 Psiquiatría Moderna: de la melancolía al trastorno

Es hasta 1908, cuando el término depresión es introducido en los EE. UU por Adolf Meyer, reconocido psiquiatra suizo, quien propone toda una categoría de depresiones: “depresiones esenciales no suficientemente diferenciadas, depresiones sintomáticas, alucinación depresiva, depresión agitada o psicosis de ansiedad, depresiones con síntomas adicionales como rasgos paranoicos u otras complicaciones” (Jackson, 1986, p.184) y se propone eliminar totalmente el término de melancolía y reemplazarlo por depresión.

En efecto, su teoría biologicista llevó a la explicación del desarrollo de los síntomas psiquiátricos a través del esquema: causas biológicas–psicológicas–sociales y el planteamiento de diversos tratamientos que permitieran restaurar el equilibrio.

Para Álvarez et al., (2004) este modelo basado en la interacción de los 3 factores, fue una constante en la psiquiatría norteamericana, “hasta tal punto que varias generaciones de psicoanalistas del ámbito académico trataron de forzar las teorías psicoanalíticas para que cupieran mejor en el proyecto meyeriano” (p.153).

En este punto es importante precisar que la perspectiva psicoanalítica procuró mantenerse por fuera de la psicopatología psiquiátrica, la concepción nosológica de Sigmund Freud, neurólogo creador del psicoanálisis, iba más allá del discurso médico, atendiendo los procesos mentales, especialmente los inconscientes (Álvarez et al., 2004). Desde este modelo de trabajo surgen otros desarrollos de la melancolía impulsados por Freud y Karl Abraham; este último en 1911 empieza el estudio de las enfermedades depresivas graves en mayor profundidad, “dando los primeros datos clínico-psicoanalíticos extensivos sobre estos desórdenes. Comenta que el afecto de la depresión se extiende tan grandemente por todas las formas de neurosis y psicosis como el de la ansiedad” (Jackson, 1986, p.207).

Las teorías de Abraham le brindaron a Freud insumos clínicos importante para las ideas que venía desarrollando y en 1917 presenta su ensayo sobre “Duelo y Melancolía”, donde daba a conocer sus puntos de vista sobre este tema, como se verá más adelante.

El movimiento analítico se fue extendiendo a lo largo de Europa y EE. UU, siendo Meyer y Sullivan sus promotores en Norteamérica, generando algunas corrientes psicodinámicas clásicas y la instauración del modelo biopsicosocial.

Meyer, tras su muerte, siguió influenciando de manera importante la psiquiatría, en especial la norteamericana.

Hasta aquí el recorrido histórico que tenía como objetivo definir históricamente los términos de melancolía y depresión. Durante dicha revisión se hizo evidente cómo la melancolía sufre una reducción en su contenido clínico a partir de la época moderna, aparecen nuevos términos que pretenden sustituirla y modificarla, como el caso de Esquirol, quien la nombra lipemanía o delirio parcial crónico, Kraepelin recoge el concepto de melancolía y manía bajo la etiqueta de insania maniaco-depresiva, Griesinger introduce la expresión *depresión mental* y Meyer a través de su teoría funcionalista logra sustituir la expresión

melancolía por *depresión*, dando entrada con sus elaboraciones a los sistemas nosográficos que pasan a ser las nuevas verdades del sujeto.

De este modo, el humor o los llamados estados anímicos han encontrado a través de las teorías médico-psiquiátricas diferentes sustitutos, donde cada autor delinea su propia versión de la experiencia humana y lo pone al servicio de lo que demanda la época.

Las variaciones conceptuales desde los albores de la medicina hasta su consolidación como ciencia dan paso a una clínica donde predomina lo orgánico y lo funcional, la mente o psique entra a hacer parte del engranaje cerebral, lo que trae unos efectos en el nuevo estilo de pensamiento psiquiátrico; la mirada clínica se ancla en el organismo vinculando unos síntomas específicos con determinadas afecciones, abriendo un espacio a lo “psi” (Rose, 2012).

De ahí, que el surgimiento del psicoanálisis como disciplina a finales del siglo XIX abra la posibilidad de una nueva clínica alejada de esta mirada psiquiátrica para ceder paso al oído, a la voz del paciente como camino al inconsciente. (Rose, 2012).

Categoría 2: Noción de melancolía y depresión en la psiquiatría norteamericana de los últimos 50 años.

Para continuar con la fundamentación teórica que se viene realizando, luego de haber revisado la definición histórica de la melancolía y depresión, es necesario arribar a la psiquiatría norteamericana en aras de identificar dichas nociones en los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM), teniendo en cuenta aspectos nosográficos, fenómenos descriptivos y su evolución categorial de una versión a otra.

Se toma como referente principal el sistema oficial de clasificación, por su incidencia en la nueva mirada diagnóstica de la psiquiatría, alrededor de la funcionalidad, la estadística y renovación de las intervenciones terapéuticas, así mismo por ser el medio a través del cual el modelo médico se implanta como de un idioma común entre las disciplinas “psi”.

A este respecto Pérez (2014), resalta las dificultades que ha tenido la psicología al incorporar dichas concepciones en la práctica clínica, pues no hay claridad frente al tema de enfermedad, trastornos psicológicos, trastornos psiquiátricos, además, la psicología paso a caracterizarse precisamente por actividades clínicas como diagnóstico y tratamiento, adoptando el modelo farmacológico, regido así mismo por un modelo de enfermedad, tal como se verá en este apartado.

2.1 Origen de la Nosología Oficial

De acuerdo con Jackson (1986), la propuesta nosográfica de los DSM la planteó por primera vez la Asociación Médico Psicológica Norteamericana (que posteriormente se convertiría en Asociación Psiquiátrica Americana). El primer texto oficial se adaptó en 1918, como “un intento de clasificar las grandes cantidades de personas confinadas en hospitales

mentales y sólo hasta 1952 se publicó el DSM-I, con posterioridad al periodo de guerra (Del Barrio, 2009, p.82).

El resultado de la guerra detonó diferentes perturbaciones psíquicas que tuvieron que ser intervenidas de manera colectiva a través de un lenguaje común que nombrara ciertos fenómenos y la cura psiquiátrica apeló a diversos procedimientos tácticos y estratégicos para dar salida a dicho impase.

Para ese momento la taxonomía era el medio ideado para captar aspectos de esa conducta *anormal*, agruparlos en síntomas y proponer terapéuticas encaminadas a restablecer la capacidad adaptativa del sujeto, acallando nuevas problemáticas sociales.

Es así como estos manuales abren un amplio campo de investigación donde el llamado fenómeno se circunscribe en el marco del diagnóstico con unos síntomas concretos (Vallejo, 2015), convirtiendo este texto en un sistema que oriente la práctica clínica a través de criterios descriptivos, como se verá en el recorrido realizado por las diferentes taxonomías en lo concerniente a la clasificación de la melancolía y la depresión, identificando estas nociones y sus cambios.

2.2 Clasificación y Criterios Diagnósticos de la Melancolía y la Depresión desde el DSM-I al DSM-V.

De acuerdo con Álvarez et al., (2004) el **DSM-I** es un sucesor de la clasificación estadística que tenía la APA para pacientes mentales institucionalizados, se sustentó en el funcionalismo de Adolf Meyer (psiquiatra organicista) y los aportes W. Menninger (psicoanalista), articulando “la tradición psiquiátrica y el psicoanálisis mediante el concepto de *reacción*, promoviendo una concepción de las patologías mentales como formas de reacción de la personalidad ante factores distintos (psicológicos, sociales, orgánicos,

genéticos, etc.)” (p.732), de este modo el término *reacción* o *desorden* aludía a una visión psicobiológica, pues Meyer se oponía al concepto de etiología.

En el rastreo por este manual que data de 1952, se corrobora que los desórdenes mentales se clasificaron en dos grandes grupos: aquellos en los que hay una alteración de la función mental, como resultado de un deterioro del cerebro y los desórdenes de origen psicógenos sin causa orgánica aparente, en este último grupo se ubican las depresiones consideradas hasta ese momento desórdenes afectivos donde se incluye la melancolía involutiva, la reacción maniaco-depresiva y la reacción depresiva psicótica. (Jackson, 1986). La reacción depresiva para ese momento se consideraba como un desorden psiconeurótico como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 3. Clasificación DSM-I

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (1952), texto original en inglés.

Grupo	Categoría
Desórdenes Psicóticos	<p>1. Reacción psicótica involuntaria (Melancolía involutiva)</p> <p><u>Reacciones afectivas:</u></p> <p>2. Reacción maniaco-depresiva: tipo maniaco, tipo depresivo, otras reacciones maniaco depresivas.</p> <p>3. Reacción depresiva psicótica</p>
Desórdenes psiconeuróticos	<p>1.Reacción de ansiedad</p> <p>2.Reacción disociativa</p> <p>3.Reacción conversiva</p> <p>4. Reacción fóbica</p> <p>5.Reacción obsesiva compulsiva</p> <p>6.Reacción depresiva</p> <p>7.Otras reacciones psiconeuróticas</p>

Se puede apreciar en el esquema una diferenciación entre los desórdenes psicóticos y los desórdenes psiconeuróticos, en este sentido se mencionará la descripción general de cada categoría, teniendo en cuenta sus síntomas cardinales, con el fin de clarificar lo expuesto.

Desórdenes Psicóticos: De acuerdo con el DSM-I (1952) estos desórdenes se caracterizan por un grado variable de desintegración de la personalidad y la falta de prueba y evaluación correcta de la realidad externa en diversas esferas. Además, las personas con tales desórdenes fallan en su capacidad de relacionarse con otras personas o con su propio trabajo. Dentro de este grupo encontramos:

a) **Melancolía involutiva:** el DSM-I (1952) señala, que en esta categoría pueden incluirse las reacciones psicóticas caracterizadas comúnmente por depresión, ocurre en el período involutivo, sin historia previa de reacción maníaca depresiva y generalmente en individuos de personalidad compulsiva. La reacción tiende a tener un curso prolongado y puede manifestarse por preocupación, insomnio intratable, culpa, ansiedad, agitación, ideas delirantes y preocupaciones somáticas.

Algunos casos se caracterizan principalmente por depresión y otros por ideas paranoicas; a menudo hay preocupaciones somáticas en un grado delirante.

Reacciones afectivas: se caracterizan por un trastorno primario grave del estado de ánimo, perturbación del pensamiento y comportamiento, en consonancia con el afecto. Estas son:

b) **Reacción Maníaco-Depresiva:** este grupo comprende reacciones marcadas por el cambio de humor severo, tendencia a la remisión y recurrencia del cuadro clínico.

Los síntomas accesorios son: “ilusiones, delirios, alucinaciones y alteraciones afectivas”

(DSM-I, 1952, p.25). Se clasifica en los siguientes tipos:

- Reacción maníaco-depresiva, tipo maníaco: caracterizada por euforia o irritabilidad, verborrea excesiva, fuga de ideas e incremento de la actividad motora.
- Reacción maniaco-depresiva, tipo deprimido: depresión notable del estado de ánimo, inhibición mental y motora.
- Otra reacción maníaco-depresiva: casos con marcadas mezclas de manifestaciones de las dos fases anteriores.

c) **Reacción depresiva psicótica**: en estos pacientes se evidencian errores en la interpretación de la realidad, que incluye en ocasiones delirios y alucinaciones. Difiere de la reacción maníaco-depresiva, tipo deprimido, principalmente en ausencia de antecedentes de depresiones repetidas, cambio de humor ciclotímico y presencia frecuente de precipitaciones ambientales (DSM-I, 1952, p.25).

Desórdenes psiconeuróticos: Según el DSM-I (1952), la principal característica de estos desórdenes es la ansiedad, que puede ser expresada directamente o controlada por la utilización de diversos mecanismos de defensa patológicos. Estos pacientes no presentan distorsión grave de la realidad ni desorganización grave de la personalidad.

Los desajustes por lo general vienen desde los primeros años de vida, además el estrés puede provocar una expresión sintomática aguda de dichos desórdenes.

Estos se clasifican en: reacción de ansiedad, reacción disociativa, reacción conversiva, reacción fóbica, reacción obsesiva compulsiva, reacción depresiva y otras reacciones psiconeuróticas.

Para efectos de este estudio, se tomará la noción de **reacción depresiva**, la cual es explicada en dicho manual, como una reacción frente a la emergencia de una situación actual, frecuentemente relacionada con una pérdida y sentimientos de culpa por eventos pasados.

El grado de la reacción depende de la intensidad del sentimiento ambivalente frente a la pérdida (amor, posesión) y las circunstancias en las que esta se dio. La ansiedad en este cuadro clínico se disipa.

Su diferencia con la reacción depresiva psicótica corresponde a la historia de vida del paciente, con especial referencia a sus cambios de humor, una estructura de personalidad neurótica o ciclotímica, ausencia de síntomas como preocupación hipocondríaca, agitación, delirios, alucinaciones, sentimientos de culpa severos, insomnio intratable, retraso psicomotor, reflexiones suicidas (DSM-I, 1952).

En este punto se puede inferir una distinción entre síntoma y cuadro propiamente depresivo, pues la *reacción depresiva* como se lee en este texto, anuncia un estado que emerge en el sujeto a causa de los avatares de la vida.

Para el caso de la melancolía, es notorio como dichas descripciones se asemejan a los planteamientos de la psiquiatría clásica, en tanto es considerada como una psicosis y se evidencia una estabilidad en el conjunto básico de síntomas que se planteó a lo largo de muchos siglos, solo que ahora estas descripciones sintomáticas debían pasar la confiabilidad y así liberarse de la confusión semántica.

Dando continuidad a esta exposición, se presenta la siguiente propuesta taxonómica **DSM-II** editada en 1968 con 138 páginas y 180 categorías, “formuladas en el lenguaje interpretativo del psicoanálisis” (Rose, 2012, p.389). En esta publicación se suprime el término reacción, pues era necesario asignar a los pacientes un diagnóstico más descriptivo “evitando especulaciones teóricas acerca de la etiología y naturaleza de su trastorno.

Este movimiento llamado Neokraepeliano enfatiza en la nosología dando pie a los primeros criterios diagnósticos específicos para un grupo de trastornos” (Vallejo, 2015, p.326).

El texto desde su prefacio ya advierte que ciertos diagnósticos incluidos como la melancolía involutiva generaron controversia dentro del comité organizador, aun así, se conservó dicha categoría.

En efecto, se constata que las nociones de melancolía y enfermedad maniaco-depresiva aparecen dentro de los desórdenes afectivos mayores, la psicosis depresiva pertenece a otras psicosis y la reacción depresiva ahora se identifica como neurosis depresiva, conforme lo indica la tabla:

Tabla 4. Clasificación DSM-II

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (1968), texto original en inglés.

Grupo	Clasificación
Desórdenes afectivos mayores (psicosis afectivas)	1.Melancolía Involutiva 2. Enfermedad maniaco-depresiva: tipo maniaco, tipo depresivo y tipo circular.
Otras psicosis	3. Psicosis depresiva . Excitación reactiva . Confusión reactiva . Reacción paranoide aguda . Psicosis reactiva, no especificada
Neurosis	1.Neurosis de ansiedad 2.Neurosis histérica 3.Neurosis fóbica 4.Neurosis obsesivo compulsiva 5.Neurosis depresiva 6.Neurastenia 7.Neurosis de despersonalización 8.Neurosis hipocondriaca 9.Otras neurosis

Es importante precisar que en este manual aún se tiene en cuenta “la experiencia del psicoanálisis y la psiquiatría dinámica. Defendía la idea de que los trastornos psíquicos dependían, en lo esencial, de la historia inconsciente del sujeto, de su lugar en la familia y de

su relación con el entorno social” (Roudinesco, 2000, p.41). A pesar de la supresión del término *reacción*, la noción de causalidad no estaba descuidada y dentro de los tratamientos se daba toda validez a la terapia dinámica y los psicofármacos en caso de ser necesarios.

En esta vía, se presentan algunas particularidades de los cuadros clínicos pertenecientes a los desórdenes afectivos:

Psicosis afectivas: según el DSM-II (1968), este grupo de psicosis se caracteriza por un solo trastorno del estado de ánimo, ya sea depresión extrema o euforia, que domina la vida mental del paciente y es responsable de cualquier pérdida de contacto que tenga con su entorno.

Esta categoría no es equivalente al encabezado DSM-I "Reacción afectiva ("que incluía" reacción depresiva psicótica ")), incluye:

a) **Melancolía involutiva:** síndrome que ocurre en el período involutivo. El paciente presenta preocupación, ansiedad, agitación e insomnio severo, sentimientos de culpa, preocupaciones somáticas que pueden ser de proporciones delirantes.

Según el DSM-II (1968) es importante anunciar que hay opiniones divididas sobre la posibilidad de distinguir la psicosis de otros desórdenes afectivos, por tanto, se recomienda que los pacientes involutivos no reciban este diagnóstico a menos que se hayan descartado todos los demás desórdenes afectivos, precisión importante pues el humor no es un afecto.

En el DSM-I este trastorno se incluyó en "Trastornos debido al disturbio del metabolismo, el crecimiento, la nutrición o la función endocrina".

b) **Enfermedad maniaco-depresiva, tipo maníaco:** este síndrome consiste exclusivamente en episodios maníacos. Se caracterizan por euforia excesiva, irritabilidad, verborrea, vuelo de ideas, discurso acelerado y excesiva actividad motora. Tipos:

- Enfermedad maniaco-depresiva, tipo depresivo: se presentan exclusivamente episodios depresivos. Se caracteriza por un estado de ánimo severamente deprimido y retraso motor progresando ocasionalmente al estupor.

- Enfermedad maniaco-depresiva, tipo circular: se distingue por al menos un ataque de ambos episodios, depresivo y un episodio maníaco. Este fenómeno hace claro por qué los tipos maníacos y deprimidos se combinan en una sola categoría.

c) Otras psicosis (Depresión reactiva psicótica): esta psicosis se distingue por un estado de ánimo depresivo atribuible a alguna experiencia. Por lo general, el individuo no tiene antecedentes de depresiones o cambios de humor ciclotímicos. La diferenciación entre esta condición y la neurosis depresiva, depende si la reacción perjudica la prueba de la realidad o la adecuación funcional suficiente para ser considerado una psicosis.

Neurosis depresiva: de acuerdo con el DSM-II (1968) este desorden se manifiesta por una reacción excesiva de depresión debido a un conflicto interno o un evento identificable como la pérdida de un objeto de amor o posesión preciada. No está relacionada con la melancolía involutiva ni con la enfermedad maniaco-depresiva.

Analizando lo anterior, se pueden establecer en esta segunda edición algunos cambios en la clasificación de la melancolía y la depresión. Si bien, la melancolía aún conservaba un lugar dentro de estos manuales como una psicosis, sus características diagnósticas clásicas se fueron opacando para dar paso a su salida como entidad diagnóstica dentro de la psiquiatría. Posiblemente ya separada de los delirios y su énfasis en los síntomas afectivos, en el siguiente manual (DSM-III) es reducida a un trastorno afectivo donde se incluye el trastorno bipolar y la depresión mayor con características melancólicas.

En cuanto a la depresión, es notorio como se centra en la experiencia afectiva del individuo, respecto un conflicto interno o un evento relacionado con una pérdida, esta relación con las alteraciones afectivas “tomó cada vez más fuerza explicativa hasta llegar sustituir por completo el término melancolía” (Giraldo, 2018, p.52).

Además, es importante precisar en este apartado que bajo este diagnóstico se han elaborado diferentes tipologías en función del medicamento más adecuado para cada una y la adherencia del sujeto a dichas sustancias químicas. Así como lo indica Rose, (2012):

Los psicofármacos modernos que empezaron a desarrollarse a partir década de 1950, como la clorpromazina para la psicosis, la reserpina para la hipertensión, las benzodiazepinas para la ansiedad, la imipramina para la depresión, etc., tenían como hipótesis los efectos específicos sobre el estado de ánimo, el pensamiento o la conducta debido a su acción específica sobre el cerebro (p.390).

Lo que lleva a pensar en el puente que se establece entre la clínica, los laboratorios y la planta industrial, asignando a cada serie de trastornos “una anomalía en un sistema neurotransmisor particular” (Rose, 2012, p.390), conduciendo a intensivas investigaciones en torno al desarrollo de la farmacología. Es así como se generan alianzas entre laboratorios farmacéuticos mostrándose interesados por la salud pública y aparecen nuevos psicotrópicos que aducen a la necesidad de calmar a los sujetos.

Como es el caso de Henri Laborit, quien trabajó en la experimentación biológica de los tranquilizantes como la Clorpromazina, señalando “¿Por qué estamos contentos de tener psicotrópicos? Porque la sociedad en la que vivimos es insoportable; la gente ya no puede dormir, esta angustiada, tiene necesidad de ser tranquilizada, sobre todo en las megápolis” (Citado por Roudinesco, 2000, p.24).

Este asunto permite introducir una reflexión en torno a dos elementos: los primeros manuales diagnósticos surgen como efecto del intento de clasificar las reacciones y afecciones posterior a la guerra, es decir una ruptura en el lazo social y los psicofármacos aparecen como un posible tratamiento para responder a eventos del orden social que son insoportables, siendo ese malestar parte de la vinculación con el otro.

Lo que lleva a inferir que quizás la dificultad del sujeto para paliar con sus relaciones, llevo a una lectura superficial de la ciencia tratando de silenciar los síntomas debido a las peripecias que puede llevar indagar por su causa. Es así como la reducción del psiquismo a lo neuronal prepara la salida del lenguaje psicoanalítico de dichos textos, por la tardanza en la eficacia de sus terapias y la dificultad para medir estadísticamente su efectividad, adoptando el **DSM-III**, publicado en 1980, ateórico con casi 500 páginas.

Sobre este manual, Rose (2012) señala “se lo suele considerar una respuesta a la crisis de legitimidad que afectó a la psiquiatría en la década de 1970” (p.389), incorporando el uso de un sistema multiaxial para asegurar la evaluación, obtener información que permitiera planificar el tratamiento y la predicción del resultado, además de 292 categorías las cuales fueron definidas teniendo en cuenta criterios visibles y objetivos.

En consecuencia, los ejes I y II incluían todos los trastornos mentales, el eje III los trastornos y afecciones físicas, el eje IV, gravedad de los estresores psicosociales y el V funcionamiento adaptativo. Con este sistema descriptivo se eliminan todos los aportes hechos por el psicoanálisis y la psiquiatría dinámica, “los conceptos (psicosis, neurosis, perversión) fueron reemplazados por la noción blanda de *trastorno* y las entidades clínicas abandonadas en beneficio de una caracterización sintomática de estos famosos desórdenes” (Roudinesco, 2000, p.42), como es el caso de la melancolía que paso de ser una psicosis a un trastorno afectivo mayor.

También aparecen los trastornos bipolares, llamados en la psiquiatría clásica psicosis maniaco-depresivas, dado que los autores consideraron que dentro de los trastornos afectivos graves solo hay dos categorías: el desorden bipolar y la depresión grave, “dentro de esta última podían aparecer o no rasgos psicóticos y melancolía” (Jackson, 1986, p.204), tal como lo indica la tabla:

Tabla. 5 Clasificación DSM-III

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (1980), texto original en inglés.

Clasificación	Tipos
Trastorno afectivo mayor (Desorden Bipolar)	1.Mixto 2.Maniaco 3.Depresivo
Trastorno afectivo mayor (Depresión mayor)	1.Episodio Único 2.Recurrente
Otros trastornos afectivos específicos	1.Trastorno ciclotímico 2.Trastorno distímico
Trastornos afectivos atípicos	1.Trastorno bipolar atípico 2.Depresión atípica

Según el DSM-III (1980), la característica esencial de estos **Trastornos afectivos** es una alteración del estado de ánimo, acompañado por un síndrome maníaco o depresivo total o parcial, que no se debe a cualquier otro trastorno físico o mental.

En otras clasificaciones, estos trastornos se agrupan en varias categorías, incluyendo trastornos afectivos, de personalidad y neuróticos, dando una discontinuidad a las formas graves del cambio de humor.

En este sentido, la clasificación de la enfermedad afectiva con el paso de un manual a otro, siempre presenta dicotomías, los criterios del DSM-III dejan por sentado el trastorno depresivo en términos de *transitoriedad* que puede pasar de un síndrome a otro y la

melancolía “una subcategoría endogenomórfica de episodios depresivos graves para los que normalmente es necesario el tratamiento somático” (Jackson, 1986, p.204).

Es preciso mencionar otro trastorno afectivo que aparece en dicho manual, llamado Trastorno distímico, caracterizado como una alteración crónica del estado de ánimo que implica depresión, bajo estado de ánimo o pérdida de interés o placer en todas, o casi todas, las actividades habituales. Los síntomas asociados no son de suficiente gravedad y duración para cumplir con los criterios para un episodio depresivo mayor.

Para adultos, se requieren dos años de duración; para niños y adolescentes un año es suficiente. Aquí es importante precisar la importancia de dicha distinción, porque marca el camino prematuro del tratamiento a partir de la prescripción de medicamentos en los niños, borrando rasgos de su subjetividad encasillándolos en categorías que *normalicen* la conducta.

Así las cosas, este repaso por el DMS-III, revela como el modelo médico predomina en las descripciones psicopatológicas de estos manuales, articulado con el conductismo y el empirismo (Álvarez et al., 2004), además, se desprende de nociones clásicas de la psiquiatría como la melancolía, dando toda la fuerza diagnóstica a la depresión mayor y el trastorno bipolar, teniendo en cuenta que muchos de los criterios mencionados para dichos desordenes, ya se habían adjudicado a la melancolía dando todo el respaldo teórico-práctico a dicha afección.

Quizás esta comprensión permita deducir que los cambios que se han realizado a través de los años sobre melancolía están relacionados con la terminología, pero la semántica se sigue conservando. Aquí la pregunta que surge frente a esta nueva clasificación en cuanto a la depresión mayor y la melancolía, es ¿Cómo operar un modelo de intervención, cuando las bases diagnósticas son ambiguas?

Continuando en esta misma línea de análisis, es preciso abordar ahora el **DSM-IV**, manual diagnóstico que aparece en 1994 con 350 trastornos diferentes.

Este compendio plantea que el objetivo de las categorías, es servir como ayuda para el juicio clínico y procurar la especificidad en el diagnóstico, por ello “las categorías amplias de principios del siglo XX depresión, esquizofrenia, neurosis ya no resultan adecuadas; las patologías del humor, la cognición, la voluntad o los afectos se disertan en una escala diferente. La mirada psiquiátrica ya no es molar sino molecular” (Rose, 2012, p.389).

En efecto ahora la depresión no está dentro de los desórdenes afectivos, aparece dentro del grupo de Trastornos del estado de ánimo, donde se “incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor” (DSM-IV, p.323) y se hace una división de estos teniendo en cuenta: episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y las especificaciones que describen el episodio, como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 6. Clasificación DSM-IV

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1994).

Clasificación	Tipos
Episodios afectivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Episodio depresivo mayor 2. Episodio maníaco 3. Episodio mixto 4. Episodio hipomaníaco
Trastornos depresivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno depresivo mayor 2. Trastorno distímico 3. Trastorno depresivo no especificado
Trastornos bipolares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno bipolar I 2. Trastorno bipolar II 3. Trastorno ciclotímico 4. Trastorno bipolar no especificado
Otros trastornos del estado de ánimo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica) 2. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Para el **episodio afectivo** se debe tener en cuenta si se presenta crónico, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos y de inicio en el posparto.

Los criterios diagnósticos para dichos episodios son prácticamente los mismos que se tenían en el manual anterior para la depresión mayor, solo que ahora se agregan más especificaciones.

En el caso del **Trastorno depresivo**, se observa que la característica esencial de este, es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.

El nivel de gravedad indica el estado actual de la alteración: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si se presenta un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco en el curso, se cambia el diagnóstico por trastorno bipolar.

Adicional es importante resaltar que los trastornos depresivos están asociados a una alta mortalidad, tal como lo indica el DSM-IV (1994):

Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse.

Los sujetos con trastorno depresivo mayor ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año.

De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal (p.347).

De esta manera, se puede ir visualizando como la depresión ha pasado a ser un problema de salud pública, debido a las altas tasas de personas diagnosticadas con esta “enfermedad”, la discapacidad que produce y la dependencia, donde el peor desenlace es el

suicidio, tal como lo señala El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

Lo anterior posibilita pensar otras causas de la depresión diferentes a las orgánicas y neuronales, donde lo social puede ser un factor esencial, relacionado con las presiones del medio, los vínculos, las demandas que sobrepasan la capacidad del individuo, la adaptación, la desigualdad social, entre otras. (Álvaro, Garrido & Schweiger, 2010).

Así mismo, el **Trastorno distímico** se presenta en estos manuales como otra posibilidad de la depresión, caracterizado por “sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de placer; el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad” (DSM IV, 1994, p.354). Según los criterios diagnósticos este trastorno tiene un inicio temprano, así como un curso crónico, es decir que la infancia es un periodo crucial para que la tristeza puede tomar otros matices.

De esta manera se puede concluir que la lectura neurobiológica del sujeto ha dejado marcas en este, negándole la posibilidad de resignificar su sufrimiento y hacerse cargo del propio malestar, quizás primando la urgencia de la industria farmacéutica por el crecimiento de sus negocios con diferentes estrategias como la que planteó hace algunos años Autogen y ChemGenex Pharmaceuticals, quienes “lanzaron un programa de descubrimiento de los genes de la ansiedad y la depresión, utilizando modelos animales para tratar de encontrar destinos proteínicos involucrados en el desarrollo de estas enfermedades, con miras al mercado potencial de nuevos medicamentos” (Rose, 2012, p.402).

De ahí, la esperanza de seguir invirtiendo en investigaciones que apunten a encontrar el gen causante de la enfermedad psiquiátrica.

Siguiendo con lo expuesto, se aborda finalmente el **DSM-V**, manual publicado en el 2013 con unos cambios en la estructura global y la evaluación multiaxial que pasa de 5 ejes a 3 ejes. El texto señala que en esta versión se ha perfeccionado la clasificación de los trastornos bipolares y depresivos, por ser los diagnósticos con mayor frecuencia en psiquiatría, señalando los siguientes cambios:

En lugar de separar la definición de los episodios maníacos, hipomaníacos y de depresión mayor de la definición de trastorno bipolar I, de trastorno bipolar II y de trastorno depresivo mayor, como sucedía en la edición anterior, hemos incluido todos los componentes en los criterios respectivos de cada trastorno (DSM-V, 2013, p.47), como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 7. Clasificación DSM-V

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013).

Clasificación	Tipos
Trastornos depresivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno de depresión mayor 2. Trastorno depresivo persistente (Distimia) 3. Trastorno disfórico premenstrual 4. Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento 5. Trastorno depresivo debido a otra afección médica 6. Otro trastorno depresivo no especificado
Trastornos bipolar y trastornos relacionados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno bipolar I (episodio maníaco-hipomaníaco-depresivo) 2. Trastorno bipolar II (episodio hipomaníaco-depresivo) 3. Trastorno ciclotímico 4. Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos. 5. Trastorno bipolar relacionado a otra afección médica. 6. Otro trastorno bipolar especificado 7. Otro trastorno bipolar no especificado

Tanto en el trastorno depresivo como en los bipolares se debe señalar la gravedad actual: leve, moderado, moderado-grave y las especificaciones: con características mixtas, características melancólicas, características atípicas, características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el periparto, con patrón estacional, con ansiedad.

Como se puede observar, el trastorno depresivo está separado del trastorno bipolar, aunque hay una situación de puente entre ambos diagnósticos “en términos de sintomatología, historia familiar y genética” (DSM-V, 2013, p.123). En este sentido el trastorno bipolar se ubica dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y el trastorno depresivo dentro de los trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Según el manual, el rasgo común entre estos diagnósticos está relacionado con la tristeza, irritabilidad, cambios somáticos, cognitivos y pérdida de la capacidad funcional del sujeto y se diferencian por la duración de los cuadros clínicos, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Así las cosas, se puede concluir con este recorrido que los fenómenos depresivos están presentes en cuadros donde hay alteración del humor, del afecto y del comportamiento, si bien la depresión y el trastorno bipolar aparecen en categorías diferentes, dentro de los criterios diagnósticos se pueden observar síntomas y comportamientos similares, donde no está claramente establecido el límite y la diferenciación con las variaciones emocionales que trae la vida cotidiana, infiriendo con lo anterior que la depresión puede ser un síntoma presente en diferentes cuadros clínicos y lo llamado bipolaridad se asemeja al síndrome clínico llamado melancolía en la psiquiatría clásica.

Quizás el lenguaje psiquiátrico empeñado en orillar toda referencia a la subjetividad humana con respuestas diagnósticas para casi todo, ha reunido un sin número de trastornos apelando a la evidencia científica, donde lo esencial no es la causa del sufrimiento psíquico sino la intervención.

Por ello Álvarez et al., (2004) advierte que en estas taxonomías se pueden evidenciar un buen número de fisuras, donde se apremian algunos conflictos de intereses:

Anegar la psicopatología clásica y el psicoanálisis, poner los criterios extraclínicos al servicio los intereses económicos de la industria farmacéutica y de las compañías de seguros médicos, tal como puede apreciarse en la progresiva inflación de trastornos de ansiedad, afectivos y psicóticos, es decir, los que corresponden a los tres grandes grupos de psicofármacos (p.734).

Así mismo, el legado de la psiquiatría clásica se ha reducido a una técnica y una práctica clínica que deja por fuera elementos constitucionales del ser humano, sustrayendo todo brizna de singularidad, donde la enfermedad mental pasa a categorizarse de diferentes maneras según lo que requiera la época: reacción, desorden y luego trastorno, adicional el diagnóstico se vuelve algo seductor para muchos y de fácil acceso, pues pasa a tener una función en tanto desaloja al sujeto de su responsabilidad, la industria farmacéutica logra incrementar su desarrollo promoviendo nuevas etiquetas y emprendiendo nuevas búsquedas de mercado en la población infantil.

La expansión de nuevas categorías diagnósticas desplaza la nosología tradicional y grandes entidades como la melancolía y la manía, se reducen a subtipos dentro de cuadros clínicos como la depresión y bipolaridad.

Afortunadamente dichas nociones aún siguen su curso en los planteamientos de otros discursos como el filosófico y el psicoanálisis donde no se desconoce las implicaciones de estos síndromes clínicos en la vida anímica del sujeto.

Categoría 3: Noción de melancolía y depresión desde psicoanálisis Freudiano

Luego del recorrido precedente, en el que se revisó la noción de melancolía y depresión en la psiquiatría de los últimos 50 años y se hizo un análisis de los elementos nosográficos para su diagnóstico, en este desarrollo se abordarán dichos conceptos en relación con los aportes realizados por el psicoanálisis.

Esta pesquisa teórica iniciará por los planteamientos de Sigmund Freud y Karl Abraham, atendiendo a las primeras menciones sobre melancolía y sus desarrollos posteriores, así mismo se revisarán algunas precisiones sobre el concepto de depresión.

3.1 Periodo pre-psicoanalítico en Freud

Es importante dar trazabilidad a la temática en mención desde la etapa pre-psicoanalítica en Freud tomando como referentes los Manuscritos D, E, F, G y K, que datan de 1894 a 1897. Estos textos hacen parte de la correspondencia confidencial que Freud sostuvo con su amigo Wilhem Fliess, “mientras busca dar explicaciones plausibles a los fenómenos neuróticos que en aquellos momentos se encuentra investigando en los pacientes que acuden a su consulta. Son los años anteriores y coetáneos a la institución del método psicoanalítico” (Martín, 2016, p.47).

Para este momento en el contexto médico-psiquiatra se desarrollaban una serie de discusiones “alrededor de melancolía involutiva y una serie de dicotomías para la clasificación de los desórdenes melancólicos y depresivos. En 1893, Paul Moebius introdujo la dualidad: etiología endógena frente a etiología exógena como base para la clasificación de los desórdenes psiquiátricos” (Jackson, 1986, p.198).

Se hablaba de enfermedades endógenas para referirse a la predisposición hereditaria y enfermedades exógenas cuando existían traumatismos y agentes etiológicos específicos.

Es así como Kraepelin adopta estas nociones en la sexta edición de su *Compendium der Psychiatrie* y “en 1896, esta dicotomía pasó en seguida a ser de uso común en la psiquiatría alemana” (Jackson, 1986, p.199).

Este contexto intelectual permite precisar los estudios que se venían adelantando en torno a la melancolía y la depresión por parte de la psiquiatría, para entender las elaboraciones preliminares de Freud en lo tocante a dichas nociones. De este modo se abordará inicialmente el **manuscrito D** sobre la etiología y la teoría de las grandes neurosis.

Freud (1894) consideraba que la melancolía hacía parte de la morfología de las neurosis, sin embargo, “hace una separación de la misma respecto a otras neurosis como la histeria, neurosis de angustia y neurosis obsesiva” (Giraldo, 2018, p.58), emparentándola con la manía, asimismo señala que la etiología de la melancolía es adquirida.

En la carta 18 enviada a su amigo Fliess, le comenta que se ha aproximado a la existencia de tres mecanismos que operan en las neurosis descritas anteriormente, aclarando que para la neurosis de angustia y la melancolía el mecanismo es la permutación de afecto, agregando “aquello sobre lo cual recae la defensa es siempre la sexualidad” (Freud, 1894, p.227).

Como se puede evidenciar, en este escrito ya se pensaba en el mecanismo de la melancolía lo cual permitiría circunscribir los síntomas y delimitar el caso, asunto que el autor va desarrollando paulatinamente en su teorización.

En el **manuscrito E**, Freud se centra en la angustia y su causa, manifestando que dicho concepto está enlazado con la sexualidad y su fuente no se encuentra en lo psíquico, “se sitúa en lo físico, lo que produce angustia es un factor físico de la vida sexual; uno diría que se trata de una acumulación física de excitación, es decir, una acumulación de tensión sexual física” (Freud, 1894, p.229).

Aquí el autor ya encuentra diferencias entre el mecanismo de la melancolía y la angustia, pues el melancólico ha sido catalogado como “anestésico”, es decir no tienen una necesidad por el coito, “sino una gran añoranza por el amor en su forma psíquica —una tensión psíquica de amor, se diría—; cuando esta se acumula y permanece insatisfecha, se genera melancolía” (Freud, 1894, p.231), entonces cuando una *tensión sexual física* no se puede tramitar esta muda en angustia y cuando la acumulación es de una *tensión sexual psíquica* se habla de melancolía.

Lo anterior permite a Freud introducir *el amor* como un elemento fundamental en la etiología de la melancolía, pues el sujeto al perder el vínculo de amor con su objeto, se siente víctima de una gran injusticia, “se levanta en quejas y dominado por esa fuerte fijación con dicho objeto, construye dentro de sí la fortaleza donde lo guardará” (Marinas, 2018, p.101).

Es así como el afecto sexual (libido psíquica), no puede investir otras representaciones, pues al quedar libre debido a la pérdida del objeto no se desplaza, se retrae al yo.

Pasando ahora al **manuscrito F**, se observa el análisis que Freud (1894) realiza a varios historiales clínicos, uno de ellos corresponde a un caso de melancolía. En la construcción del cuadro clínico observó en su paciente una posición obstinada en sus quejas, además de los siguientes síntomas: agotamiento, dificultades estomacales, insomnio, disminución de la energía sexual, apatía, inhibición, presión intracraneana y dispepsia.

Esta descripción completa le permite al autor anudar la melancolía con la teoría de la neurastenia, pues encontró analogías en tanto al onanismo, dificultades en la vida sexual y la perturbación de las funciones nerviosas. Es claro que para este momento Freud explica las características del síntoma desde una perspectiva fisiológica, pues aún no había desarrollado la composición del aparato psíquico donde este toma otro lugar.

Ya en el **manuscrito G** sobre melancolía, Freud (1895) presenta algunas puntualizaciones al respecto y las 3 formas que se deben distinguir:

I. *Existen vínculos llamativos entre melancolía y anestesia sexual*, testimoniado por:

1) El descubrimiento de que en numerosos melancólicos existió mucho antes una anestesia;
2) todo cuanto provoca anestesia promueve la génesis de melancolía y 3) por un tipo de mujeres psíquicamente menesterosas, en quienes la añoranza se vuelca con facilidad en melancolía, y que son anestésicas (p.240).

- *La melancolía se genera como acrecentamiento de neurastenia por masturbación.*
- *La melancolía se presenta en combinación típica con angustia grave*
- *Tipo y extremo de la melancolía parece ser la forma periódica o cíclica hereditaria.*

II. Para analizar el material anterior, el autor se sirve de algunas consideraciones como:

- El afecto, equiparándolo con el duelo en tanto añoranza de algo perdido producido dentro de la vida pulsional.
- La anorexia como una forma paralela de melancolía, “en presencia de una sexualidad no desarrollada” (Freud, 1895, p.240), la pérdida de apetito remite a una pérdida de la libido sexual; siendo importante precisar que el autor establece la distinción entre anorexia nerviosa y anorexia melancólica, en tanto la primera está ligada “a unos afectos y unos restos de excitaciones de influencia traumática sobre el sistema nervioso” (Freud, 1893, p. 105), dichas excitaciones (psíquicas en su origen) pueden mudar en síntomas corporales (pérdida de apetito) cuando permanecen sin tramitar, intentando metaforizar el rechazo que le produce la demanda del otro y la segunda remite a una pérdida de la libido que invade totalmente al sujeto afectando su vida en general.

Por ello “la melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido” (Freud, 1895, p.240) asunto que ya anticipa algo de lo que desarrollará más tarde el autor en duelo y melancolía abriendo un panorama respecto sus causas psíquicas, donde la pérdida y la dimensión pulsional tienen una función primordial.

III. En este sentido, Freud (1895) intenta averiguar a través del *esquema sexual* si la “formula” planteada arriba puede explicar la génesis de la melancolía y para ello se sirve de dos casos:

- Cuando la producción de excitación sexual somática (anestesia) disminuye o cesa, es probable que se hable de una melancolía grave de retorno periódico (melancolía genuina), cuando se afecta y empobrece la producción de excitación sexual somática y con ello se debilita el grupo sexual psíquico (demanda de amor) se presenta la melancolía neurasténica (p.241).
- Cuando la tensión sexual es desviada del grupo sexual psíquico y la producción de excitación sexual somática no disminuye, presupone que esta última se emplee diversamente en la frontera entre lo psíquico y lo somático, condición de la angustia que recubre el caso de la melancolía de angustia (p.241).

Lo mencionado, permite reconocer la importancia de este esquema en el esclarecimiento de muchos puntos del presente manuscrito, del cual el autor se sirvió para distinguir en ese momento los tres tipos de melancolía y explicarlos detalladamente, teniendo en cuenta que en estos tiempos situaba dicha noción entre neurastenia por la similitud de los síntomas y la neurosis de angustia, tesis que se va transformando cuando el autor despeja los mecanismos psíquicos que pertenecen a la melancolía.

Adicional, dicho esquema posibilita a Freud (1895) responder la cuestión sobre el papel que desempeña la anestesia en la melancolía, donde deduce: “la anestesia consiste siempre en la falta de sensación voluptuosa,” (p.243), proponiendo 3 variedades de esta:

1. El órgano no está suficientemente excitado, la sensación es poca, lo que remite a un caso de frigidez. En este punto la anestesia no es la causa de la melancolía, sino un signo de predisposición a ella, “según esto, uno puede ser anestésico sin ser melancólico, pues *la melancolía atañe a la falta de excitación sexual somática y la anestesia atañe a la falta de sensación voluptuosa*” (Freud, 1895, p.243), pero se puede dar una preparación para la melancolía si el grupo sexual psíquico se debilita por falta de sensación voluptuosa (deseo libidinal) y excitación sexual somática.

2. El camino de la sensación a la acción deflectoría está dañado, de suerte que la acción no es lo bastante intensa, es decir no se produce suficiente satisfacción en el coito, a lo que llamo la anestesia masturbatoria o coitus interruptus.

3. Todo lo demás está en orden, sólo que no se consiente el placer a causa de algún enlace de defensa como el asco; este es el caso de la anestesia histérica análoga a la anorexia histérica. Si bien, la anestesia también es un síntoma histérico ¿Cómo se promueve en la melancolía? La frigidez puede ser un signo de predisposición a ella, pues al no estar presente la erotización del cuerpo se puede caer en un estado de añoranza y de impotencia, que puede mudar en melancolía (Martín, 2016).

Se observa en este manuscrito que existen una serie de síntomas que comparte la histeria con la melancolía, en tanto la histeria comprende nexos con anestesia sexual, el taedium vitae (tedio de la vida), la depresión, abulia (Freud, 1905, p.312) y la melancolía remite a una pérdida de la libido donde el dolor marca la existencia, lo que hace confuso en este momento la distinción de estas dos afecciones.

De hecho, Freud utiliza el término depresión en sus primeros planteamientos sobre la histeria (1888), lo hace de forma descriptiva teniendo en cuenta que es un tema proveniente de la psiquiatría, asemejándolo a un estado afectivo de apatía y desazón (p, 56). Las menciones respecto melancolía y depresión en estos tiempos no tienen ninguna distinción, pues los relaciona con la neurastenia y la neurosis de angustia.

Aunque en este momento la obra Freudiana no es clara respecto los síntomas compartidos en los diferentes desórdenes, el desarrollo del mecanismo que opera en cada uno y la función del síntoma, le permitirá más adelante dividir las aguas e ir más allá de la manifestación fenomenológica.

Lo trabajado hasta aquí posibilita a Freud (1895) explicar los *efectos* de la melancolía en la vida de los sujetos, describiéndolos como una “inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello” (p.244), dicha inhibición la pone al nivel de una herida, por esto en la melancolía el agujero se halla en lo psíquico.

Terminando este recorrido por los manuscritos, es pertinente mencionar las elaboraciones que Freud aporta en 1896, donde hace una comparación entre histeria, neurosis obsesiva y una forma de paranoia (**Manuscrito K**). Aquí el autor hace hincapié sobre varias manifestaciones como el reproche, la mortificación y el duelo que por el momento son ajenas a la melancolía, pero que en 1915 le adjudicará.

También emerge la urgencia por develar los mecanismos psíquicos que están en juego en las diferentes afecciones y de esta manera sobrepasar la descripción fenomenológica del síntoma. Es así como señala la trayectoria de las Psiconeurosis de defensa, en las cuales se constata:

- 1) La vivencia sexual prematura, traumática. 2). Su represión a raíz de una ocasión posterior que despierta su recuerdo, y así lleva a la formación de un síntoma primario. 3) Un estadio de defensa lograda, que se asemeja a la salud salvo en la existencia del síntoma primario.
- 4) El estadio en que las representaciones reprimidas retornan, y en la lucha entre estas y el yo forman síntomas nuevos, los de la enfermedad propiamente dicha; o sea, un estadio de nivelación, de avasallamiento o de curación deforme (Freud, 1896, p.262).

En este sentido la formación del síntoma y el retorno de lo reprimido le dan pistas a Freud para dilucidar que en la Melancolía el mecanismo que opera es distinto y que existen manifestaciones que pueden mudar por diversos estados psíquicos, como la angustia, la hipocondría, el delirio de persecución, la vergüenza, etc., donde la nosografía no es muy útil.

Como se puede observar, los manuscritos D, E, F, G y K proporcionan una mirada inicial de la melancolía en Freud, donde sus elaboraciones giran alrededor de “los mecanismos sexuales cuantitativos fronterizos entre lo somático y lo psíquico” (Giraldo, 2018, p.70), avizorando ya la dimensión pulsional, el afecto sexual (libido) abordado en términos de cantidad otorgándole la capacidad de investir el soma, aparece la función de la pérdida en la melancolía, la inhibición, el empobrecimiento pulsional y el dolor, asunto que anuncia sus desarrollos posteriores sobre el duelo. Igualmente introduce la importancia y singularidad del síntoma dentro del psiquismo, lo que lleva a repensar las descripciones fenomenológicas analizadas desde la particularidad.

En los años siguientes el autor avanza en sus investigaciones sobre neurosis, sin profundizar en la melancolía, haciendo vagas menciones al término, pero manteniendo en vivo interés clínico por este estado (Martín, 2016).

Es en 1907 cuando retoma el estudio de dicha afección de la mano de grandes colegas, como Karl Abraham con quien sostiene una fructífera relación académica durante varios años e incide de manera importante en los estudios Freudianos sobre la melancolía.

Ambos hacían parte de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, un pequeño círculo de discusión sobre psicoanálisis que Freud creó en 1902. Dicha sociedad realizó en 1910 un debate sobre el suicidio, donde ya se vislumbraba el interés del psicoanálisis por la clínica de la melancolía. Allí, se analizó aquello que empuja al suicidio juvenil y lo que se pone en juego en dicha decisión. Concluyendo:

Señores: Tengo la impresión de que a pesar del valioso material aquí presentado no hemos llegado a una conclusión acerca del problema que nos interesa. Sobre todo, queríamos saber cómo es posible que llegue a superarse la pulsión de vivir, de intensidad tan extraordinaria; si sólo puede acontecer con auxilio de la libido desengañada, o bien existe una renuncia del yo a su afirmación por motivos estrictamente yoicos. Acaso la respuesta a esta pregunta psicológica nos resultó inalcanzable porque no disponíamos de un buen acceso a ella. Creo que aquí sólo es posible partir del estado de la melancolía, con el que la clínica nos ha familiarizado, y su comparación con el afecto del duelo. Ahora bien, ignoramos por completo los procesos afectivos que sobrevienen en la melancolía, los destinos de la libido en ese estado, y tampoco hemos logrado comprender todavía psicoanalíticamente el afecto duradero del penar en el duelo. Pospongamos entonces nuestro juicio hasta que la experiencia haya resuelto esta tarea (Freud, 1910, p.232).

Queda claro que para este momento aún eran enigmáticos los procesos afectivos que influían en la melancolía y el curso que tomaba la libido, si bien en los manuscritos anteriores Freud expone la necesidad de encontrar los mecanismos que están en juego en las afecciones psíquicas, es la comparación que hace más adelante entre duelo y melancolía que sirvió de

fundamento a sus desarrollos metapsicológicos donde pudo clarificar este asunto y su relación con el suicidio.

Durante los años de 1908 a 1913, se habían levantado varias discusiones sobre las formas de enfermedad depresiva en la comunidad científica, pues Kraepelin había incluido en la octava edición de su *Compendio de psiquiatría* la melancolía involutiva esto “condujo a que gradualmente se fueran separando los diversos desórdenes depresivos y dejando la más estricta definición de psicosis maniaco-depresiva como la hemos conocido en tiempos más recientes” (Jackson, 1986, p.209).

Ahora bien, el trabajo aportado en 1911 por Karl Abraham abre un panorama explicativo para la melancolía. Este autor estudia de manera detallada las enfermedades depresivas graves, aportando los primeros datos clínico-psicoanalíticos sobre estos desórdenes. Según Jackson (1986) de su trabajo clínico es importante precisar lo siguiente:

- El afecto de la depresión como el de ansiedad se puede encontrar en las neurosis y psicosis, estos afectos por lo general se presentan juntos, abriéndose una pregunta nodal sobre la distinción de los cuadros clínicos cuando los síntomas se comparten.
- Los pacientes con insanias maniaco-depresivas (categoría Kraepeliana) comparten algunos rasgos con los neuróticos obsesivos, entre ellos una actitud de odio que paraliza su capacidad de amar; ambivalencia, inseguridad, dudas, poca adaptación e ideas de minusvalía.
- La hostilidad reprimida tiende a emerger en los sueños, síntomas, inclinación a molestar a los otros, ideas de venganza que provocan autorreproches y hacen sufrir al sujeto, pero al mismo tiempo le generan placer.

Para Freud estas investigaciones adelantadas por Abraham le suministraron elementos importantes para discernir la cuestión de la melancolía, es así que en 1915 retoma la comunicación con él, enviándole un borrador de un artículo que publicaría posteriormente llamado Duelo y Melancolía.

3.2 Nueva Metapsicología

A partir de 1914 en el contexto de la nueva metapsicología psicoanalítica, los puntos oscuros sobre la melancolía se van aclarando, ofreciendo datos clínicos e interpretaciones relevantes para su adecuado diagnóstico. Estos trabajos describen los procesos psíquicos desde un punto de vista tópico (lugar donde acontece el proceso), dinámico (elementos que intervienen bajo la forma de conflicto psíquico) y económico (magnitudes en juego, punto de vista pulsional) (Rangone, 2015), lo que permite una lectura distinta de las afecciones sintomáticas.

Aparece un texto importante llamado **Introducción al Narcisismo** donde Freud subraya conceptos fundamentales para la comprensión de Duelo y melancolía; en este escrito el autor aborda la problemática existente entre el yo y los objetos externos y distingue la libido yoica de la libido de objeto. Sobre este último punto el señala:

El valor de los conceptos de libido yoica y libido de objeto reside en que provienen de un procesamiento de los caracteres íntimos del suceder neurótico y psicótico. La separación de la libido en una que es propia del yo y una endosada a los objetos es la insoslayable prolongación de un primer supuesto que dividió pulsiones sexuales y pulsiones yoicas (Freud, 1914, p.75).

Lo anterior hace referencia a la diferenciación que había establecido Freud antes de 1914 sobre las pulsiones sexuales y yoicas, a partir de estas nuevas elaboraciones precisa que las pulsiones del yo son en sí mismas sexuales. También analiza el concepto de libido entendida como “energía sexual” y los caminos que puede tomar respecto la enfermedad orgánica, la hipocondría y la vida amorosa.

De acuerdo con Martín (2016), la alusión que hace Freud entre libido narcisista y de objeto abre ya una posibilidad patente para abordar la noción de melancolía, apreciando cómo se da la distribución de la libido en ciertos casos, uno de ellos es la enfermedad somática donde “la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento” (Freud, 1914, p.79), es decir mientras la persona sufre retira de sus objetos de amor el interés libidinal, devolviéndolo después de curarse.

En estas elaboraciones se puede vislumbrar el destino que toma la libido en la melancolía, apuntando directamente al yo, lo cual trae sus implicaciones como se verá más adelante. Según Freud (1914) este exceso de libido que va al yo puede descargarse a los objetos, investirlos, pero en el melancólico no se da dicha liberación.

Respecto a lo anterior el autor precisa que una forma de traspasar los límites del narcisismo y poner la libido sobre los objetos es amar “empezar a amar para no caer enfermo” (Freud, 1914, p.82). En este sentido el enamoramiento permite investir el objeto con la libido yoica, donde las elecciones se basan en el cumplimiento de condiciones infantiles de amor.

Entonces se ama, siguiendo el tipo de la elección narcisista de objeto, lo que uno fue y ha perdido, o lo que posee los méritos que uno no tiene. En fórmula paralela a la anterior se diría: Se ama a lo que posee el mérito que falta al yo para alcanzar el ideal. Este remedio tiene particular importancia para el neurótico que por sus excesivas investiduras de objeto se ha

empobrecido en su yo y no está en condiciones de cumplir su ideal del yo. Busca entonces, desde su derroche de libido en los objetos, el camino de regreso al narcisismo, escogiendo de acuerdo con el tipo narcisista un ideal sexual que posee los méritos inalcanzables para él. Es la curación por amor, que él, por regla general, prefiere a la analítica. (Freud, 1914, p.97).

Así las cosas, el yo se empobrece al amar, pero de igual forma se retroalimenta al hallar un objeto de amor que intente recobrar aspectos del objeto perdido, desplazando la libido a un ideal del yo que viene desde afuera, “y vuelve a enriquecerse por las satisfacciones de ese objeto y por el cumplimiento del ideal” (Freud, 1914, p.97). Esta apreciación es fundamental en los desarrollos que Freud hará al año siguiente.

En consecuencia, en 1917 Freud arroja luz con su obra **Duelo y Melancolía**, donde hace toda una elaboración en torno a las manifestaciones y particularidades de la melancolía, señalando:

La melancolía se singulariza en lo anímico 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. Este cuadro se aproxima a nuestra comprensión si consideramos que el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí. Pero en todo lo demás es lo mismo. (Freud, 1917, p.242).

En este sentido, se evidencia un patrón común en la melancolía relacionado con la pérdida, en este caso el melancólico sabe a quién perdió, pero no lo que perdió con él; se puede inferir en la melancolía una pérdida de objeto que está sustraído de la conciencia, pero lo que realmente surge en los relatos del enfermo es una pérdida de su yo, “una extraordinaria

rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo” (Freud, 1917, p.244).

Lo anterior le permite a Freud detenerse en la mirada de esta afección, para revisar la constitución íntima del yo humano, donde señala “una parte del yo se contrapone a la otra, la aprecia críticamente, la toma por objeto” (p.245), esta instancia se conoce como conciencia moral que hace parte de las instituciones del yo. Si bien, en este momento el autor se encuentra en la primera tópica del aparato psíquico (*cc, precc, icc*), con esta nueva instancia que se escinde se encuentra ya un esbozo de la segunda tópica y la noción de superyó.

Respecto a lo observado en la melancolía, Freud (1917) reconstruye el proceso de enfermar precisando que siempre hubo una elección de objeto, pero por diversas situaciones se da una ruptura de ese vínculo y la elaboración de ese duelo no es normal, pues al retirar la libido de ese objeto esta no se desplaza a uno nuevo, por el contrario, se aloja en el yo, “pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo” (Freud, 1917, p.246).

De acuerdo con Otto Rank (Citado por Freud, 1917), la elección de objeto en el caso de la melancolía posiblemente se dio sobre una base narcisista, la identificación narcisista con ese objeto lo convierte en un sustituto de la investidura de amor, esto trae como consecuencias seguir fijado al vínculo a pesar de ya no estar con la persona amada. “Un sustituto así del amor de objeto por identificación es un mecanismo importante para las afecciones narcisistas” (p.247), elaboración que permitió a Freud separar la melancolía de las neurosis y ubicarla en el campo de las psicosis; avanzando así en la concepción que tenía de la pérdida en sus manuscritos en función de la libido, aquí ya precisa que libido, identificación y narcisismo son conceptos claves en su diagnóstico.

Igualmente, Freud (1917) resalta unos caracteres llamativos de la melancolía circunscribiendo unos síntomas, con el fin de delimitar tal entidad a una forma única, entre los que se encuentran: el desagrado moral con el propio yo, predominio de la angustia de empobrecimiento, quebranto físico, fealdad, debilidad, inferioridad social, delirio de indignidad que espera la repulsa y el castigo. Este cuadro se puede completar con insomnio, repulsa del alimento y un desfallecimiento de la pulsión que permite aferrarse a la vida.

Este último es un rasgo singular en la melancolía, relacionado con la inclinación del sujeto por el suicidio, el yo se adviene a su autodestrucción. Al respecto Freud señala:

El análisis de la melancolía nos enseña que el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacía objetos del mundo exterior (Freud, 1917, p.249).

Lo dicho permite inferir que en la melancolía la perturbación del “sentimiento de sí” (residuo del narcisismo) es un elemento central. Sus manifestaciones son singulares y remiten a la mortificación, el melancólico se exhibe como poca cosa, se humilla ante los demás, le falta la vergüenza en presencia de otros, es decir, se complace en el desnudamiento de sí mismo.

Según Freud (1917) la clave de este cuadro clínico está relacionado con los “autorreproches, como reproches contra un objeto de amor, que desde este han rebotado sobre el yo propio” (p.246), es decir, son reproches revertidos, puestos en sí mismo, pero en realidad sus quejas son una oposición, lo que dicen de sí mismos en el fondo lo dicen de otro. Por ello, son martirizadores en grado extremo, se muestran como objeto de injusticias.

Otro asunto peculiar en la melancolía es su tendencia a volverse un cuadro maniaco, que presenta síntomas totalmente opuestos, aunque Freud resalta que no todas las melancolías

tienen ese destino. Cuando se presentan casos que muestran esa alternancia, el autor refiere que los investigadores psicoanalíticos han explicado lo siguiente:

- La manía no tiene un contenido diverso de la melancolía, ambas afecciones pugnan con el mismo «complejo», es decir son expresiones complejas de lo mismo.
- En todos los estados de alegría, júbilo o triunfo, que ofrecen el paradigma normal de la manía, puede reconocerse idéntica conjunción de condiciones económicas a las de la melancolía, entrando en juego un gasto psíquico grande (Freud, 1917, p.251).

Así las cosas, analizando el proceso melancólico se encuentra que dicha afección hunde sus raíces en el inconsciente (aspecto topográfico), pues contiene más que un duelo normal por las batallas parciales que tiene con el objeto, su relación con este no es simple, la complica el conflicto de ambivalencia entre odio y amor. Según Freud (1917):

Esta ambivalencia constitucional pertenece en sí y por sí a lo reprimido. Así, de estas batallas de ambivalencia, todo se sustrae de la conciencia hasta que sobreviene el desenlace característico de la melancolía, la investidura libidinal amenazada abandona el objeto para retirarse al yo (p.254).

En efecto, a la conciencia solo llega una parte de este conflicto y lo que se experimenta no es lo fundamental del trabajo melancólico, asunto que puede incidir en las intervenciones que se realicen desde esta instancia buscando la remisión de los síntomas. Por consiguiente, es importante tener en cuenta las particularidades en la condición melancólica que giran en torno al inconsciente (pérdida del objeto), la ambivalencia y la condición económica (regresión de la libido al yo) donde puede sobrevenir la manía.

Se puede decir entonces, que manía y melancolía son caras de la misma moneda, donde la manía trata de negar inconscientemente la pérdida de objeto melancólico, “junto a una formación reactiva para hacer frente a tal pérdida, haciendo que la libido acumulada se

emancipe del objeto resignado y parta a investir indiscriminadamente nuevos objetos” (Martín, 2016, p.113) mientras que la melancolía presenta una multitud de batallas parciales por el objeto, donde enfrenta la ambivalencia entre odio y amor, “el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal.” (Freud, 1917, p.253).

Por consiguiente, lo que llega a la conciencia y se hace notorio en el desenlace melancólico, es un yo que se menosprecia, la disminución del sentimiento de sí con un delirio único en espera de castigo, donde el abordaje análogo con el duelo podría ofrecer una posibilidad para el tratamiento de la melancolía, tal como lo señala Freud (1917):

Así como el duelo mueve al yo a renunciar al objeto declarándose muerto y ofreciéndole como premio el permanecer con vida, de igual modo cada batalla parcial de ambivalencia afloja la fijación de la libido al objeto desvalorizando este, rebajándolo; por así decir, también victimándolo. De esa manera se da la posibilidad de que el pleito se termine dentro del Icc, sea después que la furia se desahogó, sea después que se resignó el objeto por carente de valor (p.254).

En esta lógica la posible resignificación del dolor de existir en la melancolía, permite la subjetivación de la pérdida no como dolor moral ni culpa, invistiendo libidinalmente otros objetos cumpliendo el trabajo del duelo donde el yo se vuelve libre y desinhibido.

Hasta aquí se puede señalar que para Freud la condición melancólica tiene una especificidad, en tanto sus síntomas no aparecen puros como en las nosografías clasificatorias, por ello renuncia en su trabajo a la validez universal que ofrece la psiquiatría descriptiva, comparando dicha afección con un afecto normal como el duelo partiendo de un caso menos grave a otro mucho más grave, donde deduce que ambos estados muestran los

mismos rasgos, excepto uno: la perturbación del sentimiento de sí, remitiendo a una pérdida de objeto y al desvío de la libido al yo, por ello la melancolía se ubica en el campo de las psicosis. Así mismo, asocia dicha afección con la conciencia moral (culpa), lo que ya introduce una distancia respecto a la primera tópica, asunto que se desarrollará más adelante.

Sobre el término depresión, Freud refiere en este ensayo que es una marca de afecto propio de la melancolía, otorgando un proceder descriptivo para tal noción, de ahí que se pueda inferir que la depresión es un estado o síntoma que puede estar presente en las diferentes estructuras y la melancolía una afección psíquica que corresponde al campo de la psicosis. Tal como lo menciona Roudinesco (2000), “la depresión no es ni una neurosis, ni una psicosis, ni una melancolía, sino una entidad blanda que remite a un estado” (p.19), ya sea de cansancio, desasosiego, tedio de la vida, debilitamiento.

Precisamente la concepción Freudiana de un sujeto del inconsciente, esta permeada por las vicisitudes que este debe atravesar relacionadas con la sexualidad, el amor, la muerte y lo prohibido, en donde el *taedium vitae* (tedio de la vida) emerge como una forma de suprimir dichos conflictos.

Para continuar es necesario mencionar que el material contenido en el texto anterior llevo al autor a la elaboración en 1920 de otro escrito importante llamado **Psicología de las masas y análisis del yo** donde aborda la relación del individuo con los otros, incluyendo su objeto de amor y la incidencia que estos vínculos tienen en la vida anímica del sujeto. Para ello se sirve del concepto de libido definiéndola como “una expresión tomada de la doctrina de la afectividad. Se llama así a la energía considerada como magnitud cuantitativa, aunque por ahora no medible de aquellas pulsiones que tienen que ver con todo lo que puede sintetizarse como «amor»” (Freud, 1920, p.86). Este último no sólo en función de lo sexual, sino también en lo concerniente al sentimiento de sí, la familia, los amigos y la sociedad.

En estas ligazones afectivas con otras personas intervienen unos mecanismos importantes llamados: identificaciones, donde se toma al otro como ideal, como modelo.

Para explicar lo anterior, Freud (1920) recurre al Complejo de Edipo, precisando que la identificación “es la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (p.99), donde el niño se identifica con el padre queriendo ser como él y emprende un enamoramiento con la madre. Como ambos lazos coexisten al mismo tiempo, el pequeño empieza a notar que el padre le estorba en ese vínculo con la madre por lo que la identificación con él se torna hostil y ambivalente.

Así pues, se puede distinguir “entre una identificación de este tipo con el padre y una elección de objeto que recaiga sobre él. En el primer caso el padre es lo que uno querría ser; en el segundo, lo que uno querría tener” (Freud, 1920, p.100), la diferencia radica en que la ligazón libidinal recaiga sobre el sujeto o sobre el objeto del yo, asunto que lleva a Freud a precisar “la identificación remplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta la identificación” (Freud, 1920, p.100).

Se puede entender entonces, que la identificación además de ser la forma primera del lazo afectivo, también tiene incidencia en la formación del síntoma según la posición Icc que el sujeto tome frente al objeto. Como es el caso de la melancolía, afección que muestra como rasgo principal la pérdida real o afectiva del objeto amado, donde “la sombra del objeto ha caído sobre el yo” (Freud, 1920, p.103), lo que conlleva a su denigración.

Freud indica que la condición melancólica le ha mostrado que el yo se encuentra dividido, fragmentado en dos, donde una parte aloja su furia sobre la otra, y este otro fragmento alterado incluye al objeto perdido. Uno de ellos se comporta cruelmente, y es donde se incluye la conciencia moral que es una instancia crítica del yo, implacable e injusta;

asunto que ya anuncia las elaboraciones posteriores sobre el superyó y su relación con la melancolía.

Se concluye con este texto la importancia del *mecanismo de la identificación narcisista* dentro de los procesos melancólicos, el sujeto se identifica con el objeto resignado, puesto que hizo su elección desde una base narcisista, al perderlo la libido retorna al yo, presentándose una perturbación de toda esta y provocando graves síntomas en el paciente.

Lo expuesto hasta aquí, permite poner de manifiesto el avance de Freud en su obra ingresando nuevas nociones a partir de la investigación y la clínica. Precisamente en 1923 el autor introduce su segunda tópica en el texto **El yo y el ello**”, ofreciendo una descripción de la psique, sus operaciones y las funciones del yo, en particular la relacionada con la autocrítica y “el sentimiento de culpa”. Freud expone el modelo estructural del aparato psíquico conformado por el yo, el ello y el superyó, refiriéndose al yo como la instancia psíquica que media entre el mundo exterior y el interior, “donde la percepción cumple el papel que en el ello la pulsión” (Freud, 1923, p.27).

Manifiesta que la relación que tiene el yo con la conciencia ha sido motivo de estudios desde la experiencia analítica, puesto que se ha observado en procesos como la autocrítica y la conciencia moral (operaciones anímicas), que permanecen inconscientes, exteriorizando solamente los efectos más importantes. Es aquí cuando Freud introduce el sentimiento inconsciente de culpa ubicándolo en otra instancia psíquica llamada “superyó”.

Con referencia a la melancolía, señala que en los textos anteriores había logrado esclarecer el sufrimiento de dicha afección, “mediante el supuesto de que un objeto perdido se vuelve a erigir en el yo, vale decir, una investidura de objeto es relevada por una identificación.” (Freud, 1923, p.30), precisando que en ese momento no se conocía toda la relevancia de dicho proceso.

Ahora con sus nuevos desarrollos, el autor establece que tal sustitución hace parte de la conformación del yo y contribuye a producir su carácter, de esta manera:

Al comienzo de todo, en la fase primitiva oral del individuo, es por completo imposible distinguir entre investidura de objeto e identificación. Más tarde, lo único que puede suponerse es que las investiduras de objeto parten del ello, que siente las aspiraciones eróticas como necesidades. El yo, todavía endeble al principio, recibe noticia de las investiduras de objeto, les presta su aquiescencia o busca defenderse de ellas mediante el proceso de la represión. Si un tal objeto sexual es resignado, porque parece que debe serlo o porque no hay otro remedio, no es raro que a cambio sobrevenga la alteración del yo que es preciso describir como erección del objeto en el yo, lo mismo que en la melancolía; todavía no nos resultan familiares las circunstancias de esta sustitución. Quizás el yo, mediante esta introyección que es una suerte de regresión al mecanismo de la fase oral, facilite o posibilite la resignación del objeto (Freud, 1923, p.31).

De la cita anterior puede decirse que entre el yo y el objeto desde fases tempranas se presenta una batalla, donde pueden existir solo dos salidas: el yo triunfa valiéndose del duelo para perder el objeto e investir otros o triunfa la melancolía cuando el yo no puede defenderse de esa carga libidinal que soporta cuando él mismo es el objeto investido. “En esta última salida, el yo queda como un desecho, un resto, un puro objeto de goce” (Jiménez, 2014, p.79).

Lo anterior, permite introducir el concepto de superyó al cual adscribe Freud la conciencia moral y el imperio sobre el yo; de allí que el factor moral devenga en sentimiento de culpa donde el sujeto cree ser merecedor de castigos. Si bien, el superyó juega un papel esencial en la melancolía, la conciencia moral también tiene su influjo en las neurosis obsesivas, la diferencia entre estas dos afecciones reside en las mociones pulsionales que permanecen por fuera del yo en el caso de las neurosis obsesivas; para la melancolía el objeto

a quien se dirige la cólera del superyó, ha sido acogido en el yo por identificación (Freud, 1923).

Por ello en la melancolía “es más fuerte la impresión de que el superyó ha arrastrado hacia sí a la conciencia. Aquí el yo no interpone ningún veto, se confiesa culpable y se somete al castigo” (Freud, 1923, p,51); el superyó despliega contra este toda dureza y severidad apoderado del sadismo del sujeto “ahora lo que gobierna en el superyó es como un cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte, cuando este no consiguió defenderse antes de su tirano mediante el vuelco a la manía” (Freud, 1923. p.54). Esta angustia de muerte en la melancolía remite a un yo resignado pues se siente odiado, abandonado, de ahí esta operación de automartirio.

Así las cosas, la culpa queda como un resto donde es difícil reconocer el vínculo amoroso resignado; por ello si se logra descubrir esa antigua investidura de objeto, posiblemente la terapia surta efecto (Freud, 1923).

Terminando con este recorrido se articula el texto **Neurosis y Psicosis** (1924), donde Freud introduce tres grupos clínicos a partir de la instauración del superyó en su segunda tópica:

- Las neurosis de transferencia correspondientes al conflicto entre el yo y el ello.
- Las neurosis narcisistas donde el conflicto es entre el yo y el superyó
- Las psicosis, ubicando el conflicto entre el yo y le mundo exterior.

Respecto la melancolía el autor refiere “podemos postular provisionalmente la existencia de afecciones en cuya base se encuentre un conflicto entre el yo y el superyó. El análisis nos da cierto derecho a suponer que la melancolía es un paradigma de este grupo” (Freud, 1924, p.158).

Es importante precisar que, desde Introducción al narcisismo hasta este escrito, el autor mantiene el concepto de psiconeurosis narcisistas para la melancolía donde la libido se retrae al yo, ahora con el desarrollo del superyó, le da un estatus particular respecto las demás psicosis.

Se puede concluir con este capítulo que Freud reconoce la melancolía como una afección, incluyéndola dentro de las neurosis narcisistas, asociada estrechamente con el suicidio. Respecto al concepto de depresión, las aproximaciones que hace el autor son sólo descriptivas, enmarcándolo como un estado, una marca de afecto. De allí que depresión no sea igual a melancolía, pues las fronteras diagnósticas entre estas dos nociones se han diluido por pensarse en relación al afecto. El afecto en la melancolía no se comporta igual, este se expresa por una pérdida de la capacidad de amar, perturbación del sentimiento de sí y un delirio persistente en espera de castigo.

El melancólico se exhibe como poca cosa, se insulta, siente que desde su niñez ha sido poco valioso, se humilla ante los demás. No busca nada en el otro, desprendiéndose, subjetivando la pérdida del objeto amado como un dolor moral donde la culpa adquiere un valor central asociada al delirio de indignidad. En este sentido, el melancólico devela su verdad a través de la autocrítica extremada “lo que se acerca bastante al conocimiento de sí mismo y sólo intrigue la razón por la cual uno tendría que enfermarse para alcanzar una verdad así” (Freud, 1917, p.244).

Su certeza se funda en su posición de desecho, es un sujeto perseguido por el superyó, por ello el pasaje al acto suicida es tan común donde se apunta al corazón del ser.

Es por esto que Freud diferencia la melancolía de los estados afectivos como la depresión, pues en estos últimos hay lugar a una fractura a nivel subjetivo, se puede representar simbólicamente la pérdida, “a través del duelo como un momento necesario de

restitución de las nuevas investiduras surgidas” (Jiménez, 2014, p.80), en la melancolía como ya se ha visto no sucede igual.

Así las cosas, la depresión puede ser vista como un síntoma que solo se relaciona con la melancolía en el sentimiento de culpa, en la depresión no hay un rechazo de sí mismo, sino de las demandas de la sociedad, se caracteriza por una pérdida del deseo, no querer saber nada sobre la causa de su deseo, como se verá en el siguiente capítulo donde se expondrán las manifestaciones clínicas de la melancolía y la depresión.

Categoría 4: Manifestaciones clínicas de la depresión y la melancolía desde el psicoanálisis y la psiquiatría.

En la presente categoría se pretende dar cuenta de algunos elementos clínicos que aportan el psicoanálisis y la psiquiatría, respecto al diagnóstico de la melancolía y la depresión, a partir de las investigaciones rastreadas sobre la temática en mención y los aportes teóricos que ofrecen ambas disciplinas.

En este sentido, es importante señalar en primera instancia las diferencias entre clínica psiquiátrica y psicoanalítica, delimitar el lugar del síntoma en cada disciplina, comprender la etiología de la melancolía y la depresión y finalmente subrayar la diferencia entre afecto y humor, con el fin de precisar las características clínicas.

De acuerdo con Álvarez et al., (2004), la psicopatología psiquiátrica durante varios años ha venido elaborando unas propuestas taxonómicas con el fin de agrupar síntomas y determinar cuadros clínicos, donde “es el terapeuta quien observa, clasifica y rubrica que determinada manifestación constituye una alteración patológica” (p.372) es decir un trastorno; en el psicoanálisis el síntoma sólo existe si es nombrado por el paciente, siendo necesario transitar por una lógica del tiempo intersubjetivo sobre la que se estructura la acción humana.

Esta dimensión del tiempo lógico en la clínica analítica es introducida por Lacan, planteada bajo la estructura de 3 tiempos: el instante de la mirada asignada a un “sujeto impersonal”, es el mismo para todos, en tanto todos podemos ver lo mismo, el tiempo de comprender pertenece al “sujeto indefinido recíproco”, cada uno comprende algo distinto de lo que vio y el momento de concluir donde encontramos el “sujeto aserto”, el cual se da, una vez se haya comprendido (Preve, 2009).

No obstante, es importante resaltar que los anteriores son principios, no estándares inflexibles, teniendo en cuenta que en el psicoanálisis se abre una posibilidad para la invención, como se verá en este desarrollo.

4.1 Manifestaciones clínicas desde la psiquiatría

De acuerdo con Vallejo (2015), en el momento actual la psicopatología y la psiquiatría están en un nivel epistemológico relativamente avanzado, pues se tienen sistemas nosográficos solventes que han logrado delimitar los *síntomas básicos* de los diferentes trastornos, sin embargo, “al rehuir de los sistemas nosológicos de carácter etiológico, como los clásicos, y basarse especialmente en criterios descriptivos ateóricos (síntomas), la nosología psiquiátrica puede empobrecerse y caer en sistemas diagnósticos simples y escasamente válidos para la investigación si no incorpora nuevos elementos (especialmente biológicos)” (p.49).

Lo anterior pone en escena la primacía de lo biológico en la clínica psiquiátrica, a pesar de que la correlación entre trastorno y biología todavía es escasa, tal como lo señala Vallejo (2015), al distinguir enfermedad de trastorno.

Al respecto el autor precisa que para hablar de enfermedad se debe constatar una base biológica, algo que no se encuentra en los trastornos psicosociales, la enfermedad trae consigo una ruptura biográfica, mientras que en los trastornos se tienen momentos de crisis, la enfermedad presenta un conjunto de síntomas estables en el tiempo, tiene un curso y pronóstico predecible, además pueden causar deterioro a nivel orgánico, los trastornos producen cambios sintomáticos, por ello pueden pasar de un cuadro clínico a otro.

Así las cosas, el síntoma para la psiquiatría es utilizado de manera descriptiva “para delimitar elementos constitutivos del trastorno” (Vallejo, 2015, p.49) y explicar ciertas

conductas desde lo estadísticamente normal y patológico. Por ello dentro del DSM se conceptualiza no el síntoma sino el trastorno, considerado como:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (DSM-V, 2013, p.20).

Aquí ya se pueden pesquisar algunos elementos que la psiquiatría propone para establecer un diagnóstico. Para el caso de los trastornos del estado de ánimo o afectivos el DSM-V (2013) presenta dos categorías: los trastornos bipolares (bipolar I y bipolar II) y el trastorno depresivo mayor, donde el diagnóstico diferencial debe tener en cuenta el análisis de los síntomas más destacados, la gravedad de estos, la discapacidad que implican y los beneficios de los tratamientos disponibles.

De acuerdo con este manual los criterios diagnósticos y elementos descriptivos “se plantean como directrices para establecer un diagnóstico, una vez hecha la evaluación de los criterios, será el profesional quien decida la aplicación de los subtipos o especificadores de gravedad del trastorno” (DSM-V, 2013, p.21).

Entonces, para diagnosticar un trastorno del estado de ánimo el episodio es la clave, es decir la crisis. Si bien, el rasgo común entre estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos, alteraciones motoras y cognitivas que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo, las diferencias están marcadas por la duración, la presentación temporal o la etiología.

De ahí que sea complejo precisar el diagnóstico, cuando los síntomas se comparten entre los diferentes desórdenes, como es el caso de los trastornos afectivos los cuales hacen

parte de un amplio espectro que puede tener conexiones con cuadros clínicos como la ansiedad, la fobia, el pánico, incrementando la posibilidad de la comorbilidad en la clínica.

Para el caso del trastorno bipolar I, el manual señala que representa el clásico trastorno maniaco-depresivo o psicosis afectiva, donde “la mayor parte de los individuos reúnen los criterios del episodio maníaco sindrómico completo y también experimenta episodios depresivos mayores durante el curso de sus vidas” (DSM-V, 2013, p123).

Ahora bien, el trastorno bipolar II requiere por lo menos a lo largo de la vida un episodio de depresión mayor y al menos un episodio hipomaniaco. Este síndrome es igual de importante al trastorno bipolar I, “en gran parte por la cantidad de tiempo que los individuos con esta afección pasan con depresión y porque la inestabilidad del humor que experimentan se acompaña normalmente de un importante deterioro del funcionamiento laboral y social” (DSM-V, 2013, p. 123).

Respecto el trastorno depresivo mayor, el episodio depresivo debe estar presente por lo menos dos semanas, donde se evidencien cambios claros en “el afecto, la cognición, las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas” (DSM-V, 2013, p.155).

Todo lo anterior debe estar enmarcado dentro de un conjunto de criterios contenidos en los manuales diagnósticos, que le permitan al clínico, orientar el tratamiento ya sea farmacológico, psicoterapéutico o mixto y predecir el impacto que esto puede tener en el funcionamiento del sujeto. Por lo general estos modelos de trabajo se basan en teorías experimentales, conductistas y cognitivas que permiten esbozar hipótesis explicativas de la conducta.

Según el modelo psiquiátrico la depresión y la bipolaridad puede tener una causalidad en la bioquímica y la genética, estos trastornos podrían ser el resultado de un déficit central

de neurotransmisores (Vallejo, 2015) de allí que el tratamiento formulado se base en los antidepresivos y las terapias conductuales.

Es así como el avance de la neurociencia y el desarrollo de la química cerebral han llevado a la reducción del psiquismo dejando de lado la causa del sufrimiento, dando relevancia al modelo médico basado en síntoma-diagnóstico-tratamiento, esta clínica del trastorno busca eliminar el síntoma o acallararlo enmarcándose en la cultura de la inmediatez que requiere la época actual.

Aquí es importante dejar planteada una pregunta por el tratamiento y su eficacia en tanto la depresión ocupa en la actualidad una de las tasas más altas en los estudios epidemiológicos y el 90% de estos casos son tratados por médicos generales (Vallejo, 2015). En este punto es donde las disciplinas “psi” deben trabajar mancomunadas con el fin de entender y atender el malestar del paciente que no solo se aloja en el organismo, el cuerpo como una construcción hecha por el sujeto también pasa a ser el escenario de los acontecimientos psíquicos, de allí la importancia de estar atentos al síntoma y los ropajes que adquiere según la época.

Finalmente, es importante indicar que desde esta perspectiva no es posible diferenciar entre afecto y humor, pues las caracterizaciones realizadas por psiquiatras y psicólogos utilizan la emoción, el humor, temperamento y estado de ánimo para referirse al afecto, lo que según Fierro (2008), ha incrementado la confusión conceptual que es tan frecuente en la psicopatología.

4.2 Manifestaciones clínicas desde el psicoanálisis

En la clínica psicoanalítica a diferencia de la psiquiátrica, el síntoma cumple una función importante, en tanto deja entrever el padecimiento subjetivo. Si bien ambas disciplinas se orientan desde perspectivas distintas, ninguna se debe desestimar. Tal como lo señala Freud (1916) en su conferencia Psicoanálisis y psiquiatría: “procuren ustedes, pues, dejar que la concepción psicoanalítica coexista y crezca en paz junto a la popular o a la psiquiátrica, hasta que se presenten oportunidades en que ambas puedan influirse, cotejarse y conciliarse en una decisión final” (p.224).

Esta precisión es importante en la época actual, porque se ha venido desdibujando la importancia de la experiencia y la subjetividad en las nuevas intervenciones, por ello es necesario hacer una apuesta que permita ir más allá del fenómeno, dando paso a la construcción de algo semejante al síntoma donde el sujeto se encuentre implicado.

Al respecto Freud (1916) subraya que la acción sintomática en la clínica muchas veces parece algo indiferente y se descuida, pero el síntoma siempre se impone como importante “va conectado a un intenso sufrimiento subjetivo y objetivamente amenaza la convivencia de una familia” (p.229). En este punto el psiquiatra intenta en primer lugar caracterizar lo esencial del cuadro patológico e indagar en la historia del paciente y familiar la predisposición a factores hereditarios y sociales, hasta aquí puede llegar él, porque “justamente, no conoce ningún camino que lo haga avanzar más en el esclarecimiento de un caso. Tiene que conformarse con el diagnóstico y una prognosis del desarrollo ulterior, prognosis insegura por rica que sea su experiencia” (Freud, 1916, p.230).

Para el psicoanálisis la comprensión de pequeños indicios y el vencimiento de las resistencias puede llevar a la génesis de la afección, pues ciertos eventos de vida anímica

devienen inconscientes quizás por su contenido ominoso, en este caso el esclarecimiento del síntoma puede llevar al sujeto a hacerse cargo de su malestar.

En esta vía, Freud (1917) precisa que en la clínica es importante reconocer las formas de manifestación y sentido del síntoma individual, pues este “es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo” (p.235), es intrusivo y remite a la vida sexual del paciente.

Si bien, se puede observar en las afecciones rasgos individuales, vivencias parecidas y síntomas comunes y típicos que orientan el diagnóstico, el análisis descubre que “los síntomas individuales dependen de manera innegable al vivenciar del enfermo, para los síntomas típicos queda la posibilidad de que se remonten a un vivenciar típico en sí mismo, común a todos los hombres” (Freud, 1917, p.248), lo que nos anticipa la singularidad y quizás irreductibilidad de este.

La clínica del síntoma se encuentra en corazón del psicoanálisis, según Freud, esta disciplina se ocupa del síntoma psíquico, definido como:

Actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan y, además, en el que se necesita para combatirlos. Si la formación de síntomas es extensa, estos dos costos pueden traer como consecuencia un extraordinario empobrecimiento de la persona en cuanto a energía anímica disponible y, por tanto, su parálisis para todas las tareas importantes de la vida (Freud, 1917, p.326).

De lo anterior se puede inferir que el síntoma involucra al sujeto en su padecimiento, para su formación no es necesaria una condición especial o una predisposición, pues el sujeto está atravesado por la libido y la dimensión pulsional, dos fuerzas que generan conflicto cuando no se satisface la pulsión, dando paso al síntoma como una formación de

compromiso, por ello para Freud (1917), el síntoma es tan resistente porque está sostenido por ambas fuerzas, volviéndose irreductible a soluciones ligeras y es un acto que empobrece la vida anímica del sujeto.

El autor no considera el síntoma como un problema que deba ser eliminado, al contrario, le otorga un lugar en tanto este puede ser una respuesta del sujeto, “un intento de curación” (Bueno, 2013, p.11). En este sentido el analista respeta la especificidad del paciente, no se rige por la descripción del fenómeno, por el contrario, abre la posibilidad de apalabrar el síntoma.

Continuando con la exposición luego haber precisado el lugar del síntoma en el psicoanálisis, ahora es necesario arribar a las manifestaciones clínicas de la melancolía y la depresión desde esta perspectiva, subrayando que en la categoría tres (3) se había mencionado la ubicación estructural otorgada por Freud a dicha afección dentro del grupo de psiconeurosis narcisistas o psicosis, donde la libido se transforma en identificación y es puesta sobre el yo, con una característica esencial: el rebajamiento de sí mismo.

A partir de la instauración de la segunda tópica donde aparece la instancia del superyó, la melancolía se afina como una afección narcisista, que “si bien permite su indagación con ayuda del análisis, depara dificultades de principio al influjo terapéutico” (Freud, 1924, p.215).

Es así como la concepción psicoanalítica ubica entre dichas afecciones todas las enfermedades que la psiquiatría llama “psicosis funcionales o endógenas”, caracterizadas por un origen interno o desconocido, un complejo sintomatológico y una fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva “que solapa lo que se ha considerado como melancolía, caracterizada por factores psicogenéticos, tristeza profunda y persistente, humor estacional, inhibición motriz e ideas delirantes de culpa” (Vallejo, 2015, p.635).

Estas afecciones para la psiquiatría son difíciles de intervenir, puesto que los estudios plantean que responden más fácilmente al tratamiento farmacológico que terapéutico, asunto que abre una pregunta por la intervención desde el psicoanálisis a partir de los aportes realizados por Lacan, psicoanalista francés que estudio a profundidad las psicosis.

Más adelante en el texto *El humor* (1927), Freud precisa que el acento psíquico de la melancolía se da al confluir con el superyó, manteniendo al yo dominado, de ahí “la alternancia entre melancolía y manía, entre sofocación cruel del yo por el superyó y emancipación del yo respecto de esa presión” (p.161).

De allí que la manía sea un rasgo particular de la melancolía que el psicoanálisis no ha descuidado, presentando síntomas opuestos para el sujeto: alteración motora, exaltación y agitación (Giraldo, 2016), como una forma del yo liberarse de este yugo.

Ahora bien, respecto la etiología de la melancolía esta no se precisa en momentos cronológicos, ya Freud desde el principio de su obra señalaba que esta era adquirida, lo que remite a darle un estatus como afección psíquica con unos síntomas que comprometen el cuerpo, lo que abre un punto de partida para nueva investigación sobre las implicaciones del cuerpo en la melancolía.

Para concluir, es importante anotar que desde esta perspectiva teórica el afecto no es igual al humor, en tanto este último es un elemento principal en el diagnóstico de la melancolía que puede oscilar entre “petrificación melancólica o fuga maníaca” (Eldar, 1998, p.3) y el afecto está más del lado de los estados depresivos, es por ello que Freud compara el duelo con un afecto que considera normal.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en la presente investigación permiten proponer una serie de conclusiones que logran responder la pregunta inicialmente planteada en dicho estudio.

El rastreo de la información abrió un panorama de conocimiento respecto a la melancolía y la depresión donde la descripción y los esquemas explicativos demuestran que la clínica no es estática, ha evolucionado en el transcurso de una época a otra arrojando nuevos diagnósticos y tratamientos.

Para el caso del psicoanálisis, se encuentra desde los primeros trabajos de Freud una transición del fenómeno al síntoma, lo que le da un lugar singular al padecimiento humano.

En esta vía es importante señalar que la melancolía ha sido objeto de estudio no solo de la psiquiatría clásica y la filosofía, la psiquiatría moderna y la psicología también han incurrido en su desarrollo e involución, esto debido al desfile de teorías que se han producido desde los escritos hipocráticos.

Al respecto, es importante señalar que en la época antigua la melancolía era considerada una enfermedad crónica, asociada con el desequilibrio de los humores, en especial la bilis negra. Debido a la particularidad de sus síntomas se vinculó con la locura y la sabiduría, de hecho, hombres sobresalientes de esa época solían padecer esta enfermedad. Ya la edad media las creencias religiosas inciden en su conceptualización, donde empieza a tomar explicaciones demonológicas y de posesión divina.

Con el surgimiento del pensamiento científico en la edad moderna aparece el concepto de enfermedad mental, la melancolía se incluye como un síndrome clínico y la locura es reducida a *enfermedad* lo que abre la entrada a la nueva era de la psiquiatría y la medicalización. En el siglo XIX Esquirol la nombra lipemanía, Kraepelin la etiqueta bajo

insania maniaco-depresiva y Meyer a través de su teoría funcionalista logra sustituir la expresión melancolía por depresión.

Los aportes conceptuales que se desplegaron en estos siglos sobre la melancolía y depresión, fueron alimentando las nosografías oficiales en la psiquiatría norteamericana, donde empieza la emergencia de un lenguaje descriptivo que permita captar aspectos de la conducta sintomática y lleve al establecimiento un diagnóstico – tratamiento y pronóstico.

Los manuales diagnósticos (DSM) aparecen como una nueva mirada psiquiátrica, alrededor de la funcionalidad, la estadística y la clasificación, de igual forma inicia la proliferación de trastornos y el abandono gradual de muchos desarrollos aportados por la psiquiatría clásica, introduciendo el lenguaje y la explicación bioquímica en las formas de tratamiento.

La desaparición de la melancolía de las nosografías oficiales se da a partir del DSM-III, reemplazada por los trastornos del afecto: depresión mayor y trastorno bipolar, siendo en la actualidad los diagnósticos más prescritos, donde el tratamiento oscila entre terapia psicológica y medicamento.

Si bien el término depresión empezó a difundirse con fuerza entre médicos y psiquiatras, “posiblemente por evocar una explicación fisiológica”, para el psicoanálisis la melancolía tiene un lugar dentro de la clínica, en tanto la depresión no hace parte de una afección como tal. Ya desde el periodo pre-psicoanalítico, Freud empieza a esbozar unas elaboraciones en torno a dicha noción, donde avizora la importancia del mecanismo psíquico en la melancolía para circunscribir los síntomas.

Sitúa el amor como un elemento fundamental en su etiología, la pérdida del objeto lleva al sujeto a caer en un estado de añoranza, inhibición e impotencia, donde la libido se retrae al yo. Más adelante con el desarrollo de su Metapsicología, el autor puede aclarar

algunos puntos oscuros sobre la melancolía infiriendo que el mecanismo que opera aquí es la identificación narcisista con el objeto, lo convierte en un sustituto de la investidura de amor, esto trae como consecuencias seguir fijado al vínculo a pesar de ya no estar con la persona amada, ubicando esta afección dentro de las neurosis narcisistas o psicosis.

Sobre la depresión, Freud hace unas alusiones al término de manera descriptiva, asociándolo con un estado, una marca de afecto que puede estar presente en las diferentes estructuras, es decir, la concepción Freudiana de un sujeto del inconsciente, esta permeada por las vicisitudes que este debe atravesar relacionadas con la sexualidad, el amor, la muerte y lo prohibido, en donde el *taedium vitae* (tedio de la vida) emerge como una forma de suprimir dichos conflictos.

Finalmente, las manifestaciones clínicas de la melancolía y depresión pueden aportar datos diferenciales entre ambas nociones, pero con este recorrido queda claro que la clínica del trastorno se reduce en tanto es el terapeuta quien observa y clasifica determinada alteración patológica, para proponer un tratamiento y pronóstico; en el psicoanálisis el síntoma sólo existe si es nombrado por el paciente, de allí la especificidad de esta clínica, pues transita de lo particular a lo singular.

Por ello es importante resaltar que una de las conclusiones más importantes extraídas de este trabajo es que lo orgánico no es determinante para el desarrollo de una afección psíquica, a pesar de que la ciencia y la neuroquímica promueva modelos de intervención aludiendo a esto, los desórdenes depresivos aún no han alcanzado el status de enfermedad en el más riguroso de los sentidos, de allí que la propuesta por la terapia sea una forma de dar un lugar al síntoma que aqueja al sujeto.

El aporte que dicha investigación hace a la psicología clínica como campo ocupacional, es la inclusión de varios elementos que permitan realizar abordajes diferenciales respecto la melancolía y la depresión, teniendo en cuenta la experiencia subjetiva del paciente, la acción sintomática, el acento psíquico de la melancolía al confluir con el superyó, la pérdida en relación al objeto de amor y la diferencia entre afecto y humor, pues en la melancolía la perturbación del sentimiento de sí es un elemento fundamental y el humor puede oscilar entre la petrificación melancólica o la fuga maníaca.

También la investigación deja planteadas varias preguntas que pueden incentivar la realización de nuevas investigaciones sobre el tratamiento de la melancolía y la depresión y su eficacia en tanto la depresión ocupa en la actualidad una de las tasas más altas en los estudios epidemiológicos y el 90% de estos casos son tratados por médicos generales, otro interrogante va en vía de los efectos que puede tener en la clínica la reducción de la melancolía a un trastorno afectivo y por último las implicaciones del cuerpo en la melancolía en torno a la mortificación, el delirio de indignidad, la culpa y el pasaje al acto.

REFERENCIAS

- Alberdi, J. (2016). *Ensayo sobre la melancolía. Introducción a la filosofía de la psiquiatría*. Barcelona: Ediciones Médicas.
- Álvaro, Garrido & Schweiger. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), p.333-348, recuperado de:
<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewFile/328/334>
- Álvarez, J; Colina, F & Esteban, R. (2009). Los delirios de negación según Cotard y Ségla. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 29, (103), p. 105-108. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100007
- Álvarez, J.M; Esteban, R & Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- American Psychiatric Association. (1952). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-I*. Washington.
- _____ (1968). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-II*. Washington.
- _____ (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-III*. Washington.
- _____ (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV*. Washington.
- _____ (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V*. Washington.

- Berrios, G. (1996). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. España: Fondo de Cultura Económica de España.
- Burton, R. (1947). *Anatomía de la Melancolía*. Argentina: Colección Austral.
- Bueno, J. (2013). *Afección autoinmune y goce*. Argentina: Letra Viva.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30 (2), pp.81-90. Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-RaicesYEvolucionDelDSM-3043153.pdf>
- Dominguez, De Camargo & Bara (2014). Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, 30 (4), pp. 423-431. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a07.pdf>
- Eldar, S. (1998). La ética de la melancolía. Textos reunidos por la Fundación del Campo Freudiano. Buenos Aires: Editorial Paidós, p. 263-270.
- Ezquiaga, E., García, A., Díaz, M., & García, M. (2011). “Depresión”. Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 31 (111), 457-475. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original3.pdf>
- Fernández, C. (2012). Abordaje Teórico y Clínico de la psicosis maniaco-depresiva desde una perspectiva analítica Freudiana y Lacaniana. *Revista Borromeo*, 3, 991-1023. Recuperado de: <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/PsicosismaniacodepresivaFernandezJaim.es.pdf>
- Fierro, M (2008). *Semiología del psiquismo*. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda.

- Fink, M., Bolwig, T., Parker, G & Shorter, E. (2007). Melancholia: restoration in psychiatric classification recommended. *Acta Psychiatr Scand*, 115 (2), 89–92.
- Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712974/>
- Freud, S. (1894-1897). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud*. En obras completas, Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. En obras completas, Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)*. En obras completas, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1910). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis, un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras*. En obras completas, Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1914-1917) *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajos sobre metapsicología y otras obras*. En obras completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1916-1917). *Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III)*. En obras completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1920). *Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. En obras completas, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1923-1924). *El yo y el ello y otras obras*. En obras completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____ (1927). *El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura*. En obras completas, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. Paris: Editorial Plon.
- Gallardo, G; Jiménez, M; González, A & Villaseñor, T. (2013). La Distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. *Rev Mex Neuroci*, 14 (4), 215-222. Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2013/10/Nm134-07.pdf>
- Giraldo, L (2016). *El trabajo melancólico. Abordaje institucional de las psicosis: una orientación por el síntoma*. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Giraldo, L. (2018). Algunas puntualizaciones sobre la depresión y la melancolía en torno a la obra de Sigmund Freud. (Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia). Recuperado de: <http://200.24.17.74:8080/jspui/handle/fcsh/1509>
- Gómez, M., Galeano, C. & Jaramillo Muñoz, D. A. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442. Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/1469-6761-2-PB.pdf>
- Harris, M., Farquhar, F., Healy, D., Le Noury, J., Baker, D. (2011). The incidence and prevalence of admissions for melancholia in two cohorts. *Journal of Affective Disorders* 134, 45–51. Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Documents/Especializaci%C3%B3n/Proyecto%20de%20grado/Art%C3%ADculos/47.%20Mapeando%20la%20melancol%C3%ADa%20Inv.pdf>
- Heinrich, H. (2016). *Locura y Melancolía*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

- Jackson, S. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna*. London: Ediciones Turner S.A.
- Jiménez, C. (2014). Depresión: Crítica de una noción desde el psicoanálisis. Tesis de maestría, Recuperado de: <http://bdigital.unal.edu.co/49642/15/32937544.2015.pdf>
- Juruena, M; Calil, H; Fleck, M & Del Porto, J. (2011). Melancholia in Latin American studies: a distinct mood disorder for the ICD-11. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 33 (1), 48-58. Recuperado de: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2259/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=eace231c-c7de-4ef9-8321-2939a3d3689e%40sessionmgr4009>
- Klibansky, R; Panofsky, E & Saxl, F. (1991). *Saturno y la melancolía*. Madrid: Editorial Alianza.
- Martín, J.D. (2016). Aproximación a la melancolía. Una comparación entre dos perspectivas: la freudiana y la cristiana. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/36090/>
- Marinas, J.M. (2018). Las máscaras del hombre melancólico amor y muerte: de la identidad a la épica. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/47294/1/T39855.pdf>
- Mazzuca, R. (2006). Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía. *Revista Virtualia*, 14, 2-12. Recuperado de: <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/cJwcARaDHF4SDPXQ5ARRoESsiV8rwOGbxAL0eQ8c.pdf>
- Ministerio de Salud, (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, p. 3. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Mizushima, J., Sakurai, H., Mizuno, Y., Shinfuku, M., Tani, H., Yoshida, K., Ozawa, C., Serizawa, A., Kodashiro, N., Koide, S., Minamisawa, A., Mutsumoto, E., Nagai, N., Noda, S., Tachino, G., Takahashi, T., Takeuchi, H., Kikuchi, T., Uchida, H., Watanabe, K., Kocha, H. & Mimura, M. (2013). Melancholic and reactive depression: a reappraisal of old categories. *BMC Psychiatry*, 13 (1), 1-15. Recuperado de: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-311>

Luque, R & Berrios, G (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 40. 130-146. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745014601992>

Parker, G; Fletcher, K; Barrett, M; Synnott H; Breakspear M; Rees A; Hadzi-Pavlovic, D. (2010). Inching toward Bethlehem: Mapping melancholia. *Journal of Affective Disorders* 123, 291–298. Recuperado de: https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2888/S0165032709004613/1-s2.0-S0165032709004613-main.pdf?_tid=be5e67a0-718b-4b69-8823-c01979f4fc8f&acdnat=1551120257_e0a545922e08fb89acd5ddfa2e07f411

Parker, G; McCraw, S; Blanch, B; Hadzi-Pavlovic, D; Synnott, H; Rees, A. (2013). Discriminating melancholic and non-melancholic depression by prototypic clinical features. *Journal of Affective Disorders* 144, 199–207. Recuperado de: https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2888/S0165032712005095/1-s2.0-S0165032712005095-main.pdf?_tid=0195ca71-5412-457e-91e8-4b4df04fe5b0&acdnat=1551125657_40c6070e113c70b4cddd667b776127a6

- Pérez, M (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. España: Editorial Síntesis S.A.
- Pizarro, A. (2017). *La Melancolía en la antigüedad clásica. El problema XXX en Aristóteles*. Chile: Ediciones UC.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Postel, J & Quetel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Preve, P. (2009). El tiempo lógico en la experiencia del análisis. Jornadas Anuales Freudianas: El análisis como lazo social: Tiempo y discurso. Argentina. Recuperado de: <http://freudiana.com.ar/wp-content/uploads/2014/05/2009.PREVEPAOLA.JORNADAS.TIEMPOLOGICO-1.pdf>
- Ramírez, J. (2009). Otra posible intervención sobre el dolor. Una elucidación psicoanalítica de la melancolía. *Affectio Societatis*, 11, 1-7. Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/5257-20111-2-PB.pdf>
- Rose, N. (2012). "El yo neuroquímico". *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Editorial Universitaria.
- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Segovia, L. (2014). La experiencia melancólica: una configuración diferencial entre la depresión mayor y la melancolía. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14 (2), 5-12. Recuperado de: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LaExperienciaMelancolica-5493096%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LaExperienciaMelancolica-5493096%20(1).pdf)

Tenório & Costa (2014). Melancolia como presença real do objeto – uma abordagem lacaniana. *Rev. Latina. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(3), 469-484. Recuperado de:

<http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2259/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=eae231c-c7de-4ef9-8321-2939a3d3689e%40sessionmgr4009>

Vallejo, J. (2015). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. España: Elsevier Masson.

Vélez & Galeano (2002). *Investigación cualitativa: estado del arte*. Colombia: Universidad de Antioquia, CISH.

Zarragoitía, I. (2010). *Depresión generalidades y particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.