



# DEPRESIÓN. HISTORIOGRAFÍA BREVE DE UN "TRANSTORNO"

Por Gabriel Gutiérrez Ospina

La historiografía es un método que permite describir, estudiar, y analizar el cuerpo de la historia a partir de los hechos documentados. Con base en los conocimientos así adquiridos, el investigador modela explicaciones que den cuenta del origen y el devenir de los sucesos históricos pasados y presentes. En consonancia, el presente texto procura reflexionar sobre la historicidad del concepto “depresión”, para entender porque, actualmente, la concebimos de la forma en la que lo hacemos. El texto no pretende ser erudito en sucesos, fechas y actores, sino ágil y orientado a comentar sobre aspectos críticos de la evolución histórica del concepto. Remarcaré los atavismos y anacronismos con los que convivimos en la actualidad, y destacaré ideas y concepciones modernizantes propuesta en el pasado que cayeron en el olvido al paso del tiempo, y que ahora recuperamos a través de otras voces, considerándolas como ideas revolucionarias. Hechas estas aclaraciones, empecemos con el viaje...

En la actualidad, se define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el que la persona afectada muestra una tristeza crónica profunda y prolongada que interfiere con su vida cotidiana al deteriorar la calidad de las relaciones afectivas, y disminuir el interés o el placer por realizar las actividades que regularmente desempeña. Aunque se reconoce la existencia de variantes (trastornos depresivo mayor, depresivo persistente, disfórico premenstrual, depresivo debido a otra enfermedad, depresivo inducido por sustancias/fármacos, y otros trastornos depresivos especificados o no) y la presencia de otros rasgos “comórbidos” (e. g., ansiedad), se diagnostica categóricamente con mayor frecuencia en individuos adolescentes, y en aquellos adultos entre la tercera y la cuarta décadas de la vida. En general, se dice que el

individuo depresivo muestra un aspecto triste, con ojos húmedos, ceño fruncido, comisuras de la boca tornadas hacia abajo, postura desganada, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla (e. g., voz baja, falta de prosodia, uso de monosílabos). Las personas aquejadas se dicen incapaces de llorar, de percibir las emociones habituales, y describen al mundo como anodino (insignificante). Otras manifestaciones son: el miedo que parece anteceder a toda la sintomatología, el insomnio o hipersomnia (trastorno del sueño en el que la persona está excesivamente somnolienta), la agitación o el retardo psicomotor, la nutrición inadecuada y la pérdida de peso, la pobre higiene personal, la fatiga o la pérdida de energía, los sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, la dificultad para pensar o concentrarse, la indecisión, los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, los intentos de suicidio o la creación de planes para suicidarse.

Las personas afectadas habitualmente son pesimistas, negativas, sin sentido del humor, pasivos, obnubilados (confundidos), introvertidos, hipercríticos respecto de sí mismos y de los demás, quejumbrosos, poseedores de una baja autoestima, y manifiestan dificultades para tomar decisiones. En estas personas, también es frecuente identificar sentimientos de desesperanza, incredulidad, dolor emocional intenso, confusión de identidad, y sensaciones de entumecimiento, soledad intensa, y de falta de propósito. En nuestro tiempo, es habitual darles peso a las características “negativas” de las personas deprimidas, por lo que se les considera como enfermos, y se asume que su causa está asociada a disfunciones morfo-funcionales y bioquímicas del cerebro.



La caracterología de la depresión descrita, si bien parece completa y actual es, en su esencia, la misma descrita por médicos y filósofos desde los tiempos antiguos en Grecia, y corroborada en los primeros siglos de nuestra era, en el mundo grecorromano y árabe. La diferencia fundamental entre aquella concepción y la de hoy en día, es que para los antiguos habitantes de Europa y Asia Central, la depresión era melancolía, y ésta no se consideraba una enfermedad mental o un trastorno afectivo categórico, sino que el término englobaba a un conjunto de formas de ser diversas, cuyos rasgos y estados se mostraban, dependiendo del individuo, con distintos grados de intensidad. Además, dentro de las manifestaciones de la personalidad observadas en los individuos melancólicos durante aquella época, se destacaban los relativos con su creatividad artística y sus talentos para desarrollar pensamiento crítico. Esta visión humanizaba al ser depresivo evitando su **“patologización: inclusión de un fenómeno normal en la categoría de enfermedad”**. Infortunadamente, la postura patologizante de la melancolía fue ganado adeptos a partir de la edad media hasta llegar al punto en el que nos encontramos hoy. Este proceso fue catalizado, en el transcurso de los siglos XVIII a XX, por tres eventos: 1) la sustitución del término melancolía por depresión, 2) la introducción de la idea de que el estado de conciencia se alteraba en ella, y 3) la aparición de la psiquiatría biológica y de la neurociencia en el escenario científico. Afortunadamente, la mirada contemporánea al inicio del siglo XXI empieza a retomar nociones antiguas que matizan nuestra apreciación de la depresión. Así, hoy reconocemos que esta no es una manifestación categórica sino 1) que agrupa a una serie de expresiones neuro diversas tanto caracterológica- como neurobiológicamente,

2) que en numerosos casos su origen no es obligadamente biológico, sin que también tiene profundas raíces psico-socioafectivas, y 3) que más que una enfermedad, pudiese ser un estilo de afrontamiento que permite obtener, de manera inconsciente, beneficios psicológicos, afectivos y sociales

Entre los siglos XIV y XVII, se reconoció que la melancolía podría ser un estado psicósomático o somato-psíquico que incluía numerosas dolencias y malestares corporales (e. g., estreñimiento). Esto dio origen a suposiciones que proponían que el asiento de la depresión radicaba en las vísceras digestivas (e. g., el estómago) o torácicas (e. g., el corazón). De acuerdo con ello, Thomas Willis en el siglo XVII corporeizó (conceptualizó) a la melancólica al considerar la existencia de cuatro variedades, a saber, la relacionada con alteraciones cerebrales, la originada por una mala función del bazo, la motivada por disfunciones corporales diversas, y la asociada con la disfunción uterina. A mediados del siglo XX, con el advenimiento de la medicina psicósomática alemana, se afianzó la idea de que los males mentales podrían ser el resultado de o reflejar trastornos corporales. Infortunadamente, estas ideas fueron desechadas por ser consideradas como pseudocientíficas por la creciente ola “neurocéntrica cognitivista” que caracterizó al siglo XX. No obstante, hoy nos queda claro que la depresión refleja alteraciones funcionales del cuerpo tanto o más que a las de propio cerebro.

Con relación a la causa de la depresión, en la actualidad aceptamos como una obviedad que esta surge como el resultado de alteraciones en el contenido de diversos neurotransmisores en un conjunto de áreas del cerebro. En el pasado, sin embargo, durante siglos se atribuyó



la melancolía a un desbalance de los fluidos corporales. En particular, al incremento del contenido de bilis negra, a expensas de la sangre, en el cuerpo. Algunos médicos en Alejandría sugirieron que, producto de la rumiación del pensamiento, las personas melancólicas tenían una interrupción del flujo de partículas que se movían a través del cuerpo. En Bizancio, se hablaba de la melancolía como un estado que derivaba de pasiones no correspondidas del alma. Las llamadas bizantinas, quizás hacían eco de los pronunciamientos de los médicos árabes del mundo antiguo que propusieron a la melancolía como una manifestación emergente de un estado psicosomático o somato psíquico, resultado de la pérdida del objeto amado, de pensamientos obsesivos, de recuerdos desagradables, o de juicios negativos. Para el siglo XVIII, con el descubrimiento de la bioelectricidad, William Cullen propone que el estado de menor energía cerebral (i. e., atonía nerviosa) originaba a la melancolía. Esta suposición dio paso a la visión neurocéntrica que desde entonces domina el área de investigación sobre origen de la depresión.

Quisiera concluir este breve ensayo comentado algunos aspectos históricos sobre los intentos realizados para disminuir la intensidad de la vivencia depresiva. Las medidas paliativas sugeridas se diseñaron con base en los modelos teóricos que presumía explicaba, para cada época, a la melancolía o depresión. Por ejemplo, si se trataba de tranquilizar a las pasiones del alma, se recomendaba sostener relaciones sexuales frecuentes, combinados con tratamientos ambientales dirigidos a fomentar la contemplación y el ocio. Si se consideraba al desbalance de fluidos como causal, la solución sería la exanguinación (pérdida de gran parte o todo el volumen sanguíneo) para eliminar el exceso de bilis

negra. Este manejo se complementaba con la ejecución de tareas útiles y el fomento de desarrollo de amistades que les permitiesen a los individuos melancólicos dar un significado a su vida y limitar preocupaciones infundadas. Si la causa era asociada a las vísceras, el uso de eméticos (sustancia empleada para provocar el vómito), pócimas y brebajes botánicos, la exposición a ambientes naturales y a la ejecución de actividades artísticas era lo recomendable. Como podrá darse cuenta el lector, las medidas recomendadas en el pasado distante o cercano son similares a las favorecidas hoy. En verdad, la psicoterapia, el uso de psicofármacos, la magnetoestimulación transcraneal, la meditación, el cambio de hábitos de vida (e. g., mejorar alimentación y realizar actividad física) son todas acciones dirigidas a mejorar el estado de salud psico-corporal de las personas consideradas como deprimidas.

.....

#### Literatura recomendada:

- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista Puce*, 105, 171-188.
- López-Muñoz, F., Álamo, C. & Cuenca, E. (2000). La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960) Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos *Psiquiatría.com*, 4(3), 1-25.
- Vázquez, F.L., Muñoz, R.F. & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Cobo Gómez, J.V. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Psiquiatría.com*, 9(4), 1-16.
- Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, L. & Garavito, C. (2012). Depresión: Recorrido histórico y conceptual. *Contextos* 9, 1-12.



- [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.contextos-revista.com.co/Revista%209/A5\\_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.contextos-revista.com.co/Revista%209/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf)
- Guillén Guillén, E., Gordillo Montaña, Ma José., Ruiz Fernández, I., Gordillo Gordillo Ma Dolores. & Gordillo Solanes, T. (2013) ¿Depresión o Evolución? Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. Revista INFAD de Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 499-506.
- Roselló Soberón, E. (2020). Melancolía y depresión en el tiempo: cuerpo, mente y sociedad en los orígenes de una enfermedad emocional. Cuadernos de Historia, Teoría y Bienestar, 6, 1-145
- <https://ciss-bienestar.org/2022/03/29/melancolia-y-depresion-en-el-tiempo/>

.....

#### Semblanza del Autor:

Gabriel Gutiérrez-Ospina Médico Cirujano y Partero por la Facultad de Medicina, Maestro en Ciencias Fisiológicas por la UACPyP, Doctor en Ciencias por el Centro de Neurobiología, títulos todos concedidos por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Realizó investigaciones postdoctorales en las Universidades Estadounidenses de Duke and Carolina del Norte. Actualmente se desempeña como Investigador Titular B, Tiempo Completo, Definitivo en el Departamento de Biología Celular y Fisiología, del Instituto de Investigaciones Biomédicas ubicado en el Campus de Ciudad Universitaria de la UNAM, Ciudad de México. El Dr. Gutiérrez-Ospina es filósofo natural e investigador multidisciplinar, cuyas indagaciones científicas procuran seguir los lineamientos de la ciencia basada en conocimientos al encontrar insustancial aquella basada en hechos.

Dirección de contacto: [gabo@iibiomedicas.unam.mx](mailto:gabo@iibiomedicas.unam.mx)