

# Depresión y sufrimiento humano: pasado, presente y futuro

ADRIÁN NEYRA DEL ROSARIO. PSIQUIATRA

## **Resumen:**

El pasado, presente y futuro de la depresión y del sufrimiento humano son abordados en este artículo. El autor analiza los nombres dados en la historia a la depresión, tales como melancolía y acedia, investigando su alcance, y haciendo hincapié en el aumento de pacientes registrado en las áreas de salud mental a raíz de la pandemia de coronavirus. La depresión hace referencia hoy al síndrome de “hundimiento vital”, debido a la incidencia epidemiológica de esta enfermedad que padece buena parte de la humanidad. Una enfermedad que infunde respeto, toda vez que comporta un enorme sufrimiento, ubicada como en el fondo de un pozo o en un túnel oscuro del que no se alcanza a ver la salida.

## **Palabras clave:**

Depresión, sufrimiento mental, acedia, melancolía

## ***Abstracts:***

The past, present and future of depression and human suffering are addressed in this article. The author analyzes the names given to depression in history, such as melancholia and acedia, investigating its range, and emphasizing the increase in patients registered in mental health areas because of the coronavirus pandemic. In our days depression refers to the “vital collapse” syndrome, due to the epidemiological incidence of this disease that a large part of humanity suffers from. A disease that inspires respect, since it entails enormous suffering, located as if at the bottom of a well or in a dark tunnel from which one cannot see the exit.

## ***Keywords:***

Depression, mental suffering, acedia, melancholy

## **Filosofía y psiquiatría**

**O**riginalmente, la filosofía y la ciencia fueron una misma actividad, quedando la medicina en manos de la última. Dentro de la medicina, a su vez, surgió a finales del siglo XVIII la psiquiatría –la parte de la medicina que se ocupa del estudio, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales–, que lograría establecerse como una especialidad propia en el siglo XX.

Parecido fue el caso de la psicología, encargada a su vez de estudiar los procesos mentales y el comportamiento del ser humano en relación con el ambiente físico y social que lo rodea. Durante muchos siglos, la labor psicológica fue llevada a cabo por filósofos, hasta que se fue generando poco a poco una brecha entre ambas.

Esto, más que una ventaja, ha supuesto una pérdida tanto para la filosofía como para la psicología, ya que cualquier filosofía que no tenga un punto de vista psicológico quedará coja, mientras que, a la inversa, se perderá efectividad al dejar de lado el trasfondo filosófico. Hemos de diferenciar entre si lo que nos aqueja es un verdadero trastorno o un simple (no por ello menos doloroso) malestar. Por ejemplo, si nuestro pasado nos afecta, es posible que un psiquiatra nos diagnostique una depresión y si es nuestro futuro lo que nos preocupa, un trastorno de ansiedad.

Tener preocupaciones acerca de sucesos ocurridos en nuestra vida no significa necesariamente que estemos enfermos. La filosofía puede ser la brújula que encauce nuestros pensamientos en la dirección adecuada cuando eso ocurra, así como una estupenda vía para conocernos mejor, de manera que podamos enfrentarnos a los problemas que nos acucian. La máxima de Sócrates, “conócete a ti mismo”, es un ejemplo de esto, lo mismo que su sistema, la mayéutica (alcanzar la verdad a base de hacernos preguntas), permite indagar no solo en la búsqueda de la verdad, sino en nuestra propia psique. Podemos entender la filosofía como un extra, una herramienta más que probar y usar para sentirnos mejor.

## **Prevalencia de la depresión a nivel mundial**

Incluyendo todos los trastornos mentales la mayoría aparece sobre los 14 años de edad, seguido de los 30 años de edad aproximadamente. La depresión suele aparecer sobre los 20 años de edad.

Según la OMS, el número total de personas con depresión superó los 300 millones en 2015. La prevalencia varía desde un mínimo de 2,6% entre los varones en las regiones del pacífico oeste al 5.9% entre las mujeres en la región africana. Cerca de la mitad de la población deprimida vive en el sureste de Asia y la región del pacífico oeste. La edad de mayor prevalencia se encuentra entre los 45 y los 70 años y se da el doble en mujeres que en hombres.

Tras la pandemia Covid, se estiman 53,2 millones de casos de depresión adicionales a nivel mundial con una tasa mundial de 3152,9 casos por cada 100000 habitantes (Aumento del 27,6%). Respecto a la ansiedad, se estiman 76,2 millones de casos adicionales debidos a la pandemia, tasa global de 4802,4 casos por cada 100000 habitantes (incremento del 25,6%). Especialmente en mujeres.

Respecto al suicidio en España, en el 2021, se registró el número más alto de suicidios de la historia desde que se recogen datos: 4003 suicidios. ¿Cómo hemos llegado hasta aquí?

### **Los tres nombres de la depresión**

La depresión podría definirse como un “hundimiento vital” (K. Schneider, 1920), como la vivencia existencial de la muerte. En la depresión se sufre en todo el cuerpo, se sufre por vivir. La depresión es probablemente, la única enfermedad en la que se desea morir; el depresivo se tutea con la muerte, la desea como forma de poner fin a su sufrimiento.

La historia terminológico-conceptual de la depresión está formada por tres vocablos: Melancolía – Acedia – Depresión. Representan las tres perspectivas culturales de la filosofía occidental: cosmológica, teológica y logológica.

- Melancolía: Hipócrates (460-377 a de C.) señala el origen orgánico de las enfermedades mentales. Básicamente en el cerebro. Señala la existencia de 4 humores: Sangre, situada en el corazón; Bilis negra, en el estómago; Bilis amarilla, en el hígado; Flema, en la cabeza. Cuatro temperamentos: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico. La Melaina chole (atra bilis, bilis negra) o melancolía provenía de la alteración del equilibrio humoral.

De acuerdo con la idea hipocrática (siglos V y IV a de C.), la alteración cuantitativa y cualitativa (discrasia) de la “bilis negra” (uno de los cuatro humores corporales) produciría el estado patológico melancólico depresivo. La concepción hipocrática le da a la melancolía a un origen “natural” (hereditario y orgánico).

Celso (50 d.C.), Sorano de Éfeso (siglo II d.C.), y otros, siguen las enseñanzas hipocráticas, pero introducen factores psicoreligiosos. Rufo de Éfeso (siglo II d.C.) afirma que la mente es también factor de melancolía. Areteo de Capadocia (c. 150), vislumbró la conexión entre manía y melancolía. Galeno (siglo II d.C.), continuó desarrollando el esquema humoral, aunque introduciendo factores psíquicos.

Esta medicina griega, inscrita en el esquema filosófico de la cosmología (la *physis* como agente explicativo principal), se adentra en la Edad Media a través de las traducciones árabes de los textos griegos (siglos X y XI).

- Acedia: Después de la invasión bárbara, la cultura se refugia en los monasterios y en las catedrales. En el ámbito de los monasterios, se comienza a hablar de Acedia (accedia, acedia, accidia, acidia), un síndrome de tristeza y dejadez, de inhibición y apatía, de angustia y pereza. Viene del término griego *akédeia*, *akedía* (a—kédos = sin cuidado)

El principal introductor del concepto de acedia en Occidente es el monje Juan Casiano. En su libro, *De institutis coenobiorum et de octo principalium vitiorum remediis libri XII*, (escrito entre el año 419 y el 426) introduce la lista de los ocho vicios en los que se incluye la acedia:

Nuestro sexto combate es contra lo que los griegos llaman acedia y que nosotros podemos denominar tedio o ansiedad del corazón. Está emparentada con la aflicción y es especialmente dura para con los solitarios y un enemigo fuerte y peligroso para los que moran en el desierto, siendo especialmente perturbadora para el monje en la hora sexta, como una fiebre que le ataca en las horas regulares, produciendo el ardiente calor de sus ataques en el hombre enfermo, a horas fijas. Por último, alguno de los antiguos dice que eso es el ‘demonio meridiano’ del que habla el salmo noventa. Produce disgusto con el lugar, con la celda y desdén y desprecio por los hermanos (...) También hace al hombre perezoso y negligente en cualquier tipo de trabajo que haya que hacer dentro de la clausura de su dormitorio.

Ocho son los vicios principales que afligen al género humano: la gula o la glotonería; la lujuria; la avaricia o el amor al dinero; la ira; la tristeza; la acedia, esto es, el desabrimiento o tedio del corazón; la jactancia o vanagloria; y la soberbia. Dos cuestiones, pues, aparecen con claridad en la obra de Casiano, la definición de “acedia” como “tedio del corazón” (una especie de “tedio vital”), y la enumeración de los “pecados principales” que dará lugar a la posterior lista de los “pecados capitales”.

San Gregorio Magno, reforma la lista de los pecados principales, poniendo (en su libro, *Moralia in Job*) la soberbia como raíz de todos los demás y reemplazando la acedia por la envidia. Hugo de San. Víctor en el siglo XII, inicia la teoría de los siete pecados capitales, con esta enumeración: soberbia, envidia, ira, acedia, avaricia, gula y lujuria.

El tema de la acedia recorrerá toda la Edad Media, desde su introducción en Occidente por Juan Casiano (siglo IV) hasta la posterior perspectiva de los Libros Penitenciales (siglos XII y XIII), planteando las dos cuestiones principales: la descripción de la acedia como vicio, y en segundo lugar, su inclusión dentro de la lista de los “siete pecados capitales”.

David de Ausburgo, en el siglo XIII, hace de la acedia un triple retrato:

El vicio de la acedia tiene tres clases. La primera es una cierta amargura de la mente que no se alegra con nada alegre ni edificante. Se alimenta de hastío y abomina la compañía humana. Esto es lo que el apóstol llama tristeza del mundo que fabrica la muerte. Produce la inclinación a la desesperación, hurañía y desconfianza y, a veces, conduce a las víctimas al suicidio al verse oprimidas por la aflicción irracional. Tal tristeza sale, a veces, de una impaciencia previa, a veces del hecho de que se pospone algún deseo o se frustra, y otras veces, de la abundancia de humores melancólicos, en cuyo caso compete al médico más que al sacerdote, prescribir el remedio.

La segunda clase es una especie de indiferencia indolente que induce al sueño y a las comodidades del cuerpo, abomina las dificultades, huye de cualquier tipo de dureza, desfallece en presencia del trabajo y se complace en la ociosidad. Esta es la pereza propiamente dicha.

La tercera clase es el fastidio sólo por todo lo que pertenece a Dios, mientras que en el resto de las actividades conserva su actividad y buen humor. La persona sufre esto sin devoción, rehúye los rezos siempre que puede hacerlo y se atreve a ello, se apresura a terminar las oraciones que no tiene más remedio que decir y piensa en otras cosas mientras lo hace, para que no le aburra demasiado la plegaria.

Hasta el siglo X, la acedia de los monjes es considerada como una tentación diabólica; en el siglo XI se la describe como ociosidad y a partir del siglo XII como pereza y falta de fervor espiritual. A los “monjes piadosos” se les aplicaba una doble “terapia”: a los que eran tentados con la sequedad espiritual (“noche oscura del alma”) se les recomendaba la confesión frecuente y la oración. En este sentido, la confesión y la dirección espiritual tenían para los afec-

tados de la tristeza (acedia) un efecto de terapia psicológico-espiritual. Cuando, sin embargo, se les diagnosticaba, por el galeno, el origen “melancólico” de la tristeza, se recomendaba el ayuno purgativo de las grasas y bilis negra.

Durante la Edad Media, coexistían los dos diagnósticos sobre la acedia: el diagnóstico “melancólico” de la tristeza, eximía de culpa, pues se trataba de una enfermedad corporal. El diagnóstico “diabólico” de la acedia era un pecado al que había que combatir con confesión, oración y trabajo manual. La influencia de las ideas teológicas de la acedia sobre el pueblo llano fue grande. Casi no existen, hasta nuestros días, curanderos que aborden la curación de la depresión, ya que era un tema reservado a los clérigos.

## **Depresión**

El Renacimiento supuso una “vuelta” a las ideas de Rufo de Éfeso y de Galeno de Pérgamo. Paracelso (1567) habla de cuatro clases de melancólicos; Th. Elyot (1530) hace referencia al temperamento melancólico y T. Bright (1586) publica un Tratado sobre la melancolía, en el que se desmarca de la etiología pecaminosa de la depresión, constituyendo este libro la primera monografía específica sobre la depresión.

El “depresivo” clérigo y filósofo inglés R. Burton, publica, en 1621, La anatomía de la melancolía, dando un paso adelante respecto a la teoría humoral, teniendo en cuenta los factores psicológicos y distinguiendo entre los estados de hipertimia y distimia.

En el Renacimiento se recupera la terminología clásica de la melancolía, junto con otros términos similares, como atra bilis (cólera negra), pero se introduce, más allá de la teoría humoral, el concepto psicológico de “temperamento melancólico”.

El término “depresión” se fragua a partir de la Ilustración. R. Blackmore habla ya en 1725 de “depresión”, R. Whytt (1764) habla de “depresión mental” al referirse a la melancolía, Ph. Pinel (1801) alude a la “depresión de espíritu” (abattement), S. Tuke (1813) se refiere a la “depresión de la mente” y G. M. Beard (1869) habla de “agotamiento del sistema nervioso”.

Hoy, el término “depresión”, se refiere predominantemente al síndrome de “hundimiento vital”, debido a la grave incidencia epidemiológica de esta enfermedad que padece una gran parte de la humanidad. Es tal su importancia que infunde enorme respeto, porque comporta un enorme sufrimiento y por-

que se la ubica como en el fondo de un enorme pozo o en la oscuridad de un túnel del que no se alcanza a ver la salida.

### **¿Por qué están aumentando los casos de depresión?**

Depresiones “biográficas”: En un principio, se las denominó “reactivas” ya que se suponía que, al igual que el estrés, eran producidas por la “respuesta inadecuada del sujeto a algún estresor exterior”. La depresión era el producto de un yo incapaz (por sobrecarga emocional) de procesar correctamente el estrés producido por un suceso vital exterior, como la muerte de un ser querido.

El sujeto queda, después del “brusco acontecimiento vital”, en posición de “resituado”, pero en toda quiebra biográfica se rompe, al menos parcialmente, el “hilo conductor” de la vida del sujeto, lo que genera depresión, y cuya curación (como en el caso de la elaboración del duelo por la pérdida) requiere una “restauración biográfica”.

Los tipos de pérdidas más usuales son: Pérdida de la vida: muerte o separación de la pareja o persona amada, muerte de otras personas en una experiencia común (terremoto, incendio, guerra, accidente, campo de concentración) etc.), desarraigo, emigración, etc; Pérdida de espacios: de la casa (donde nació, vivió...), del barrio o pueblo de la infancia, derrumbes, traslados, migraciones etc; Pérdida del estatus: paro laboral, pérdida de nivel económico o de influencia social, jubilación, marginación, etc.

Al definir la “pérdida” nos encontramos con una cuestión importante, y es si la pérdida produce sólo “tristeza” o además “depresión”. S. Freud, en *La aflicción y la melancolía* (1917) dice que la aflicción es la tristeza por la pérdida de un ser querido, la cual no se considera patológica; mientras que el “melancólico” “sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido”. “En la aflicción, el mundo aparece desierto y empobrecido a los ojos del sujeto. En la melancolía, es el yo el que ofrece esos rasgos a la consideración del paciente”.

La melancolía depresiva y la aflicción comparten síntomas. En el duelo y la melancolía coexisten el ánimo dolorido, la tristeza, el desánimo, el llanto etc., pero se diferencian en una cosa: en la melancolía el sujeto habla de sí mismo como un sujeto no válido que también se ha perdido (Autodevaluación). Cuando la “pérdida” genera tristeza, es posible elaborarla a través de un proceso y tiempo prudencial (tiempo del duelo y el luto). Pero, cuando está do-

minada por la autodevaluación y la autoculpa, tenemos ya depresión o melancolía.

El papel potencial de los eventos de la vida en la precipitación de la depresión es ampliamente reconocido. Por ejemplo, se ha objetivado que tras sufrir eventos estresantes el riesgo de depresión mayor aumenta en el año siguiente a la aparición de los eventos estresantes.

En una revisión publicada en el 2019, se analizó el impacto en salud mental de catástrofes naturales y aquellas debidas al hombre. Destacan como factor protector la resiliencia tanto en términos individuales como colectivos. Se define como la capacidad para manejarse de forma efectiva con situaciones negativas y la recuperación instantánea del impacto de factores negativos del entorno.

**El realismo depresivo** (Extraído del artículo El realismo depresivo, de Enrique Zamorano, El Confidencial, 10/02/2020)

Algunos autores, filósofos e investigadores, contemplan con no tan malos ojos la condición del deprimido, sobre todo en oposición a la noción de felicidad que se ha constituido como imposición categórica total dentro del sistema productivo capitalista. La felicidad como sentimiento de afirmación personal que se deja relucir en todas las relaciones sociales existentes:

- En el plano laboral: nadie quiere a un deprimido de empleado por el temor a que se coja bajas médicas, o voluntarias, o en cualquier caso que no resulte proactivo.

- En el plano virtual: la mayoría de las fotos y contenidos que se suben a plataformas como Facebook o Instagram poseen el afán de demostrar éxito y satisfacción, opulencia y exclusividad.

- En el plano relacional o afectivo: vivimos tan dentro de la cadena que no podemos dedicar ni un solo segundo a ese tipo de personas que parecen estar desligadas de ella. La felicidad se muestra como una especie de decisión individual por la que, si no eres feliz, es porque no quieres.

Para Darian Leader, psicoanalista británico, la clínica psiquiátrica no es más que otro dispositivo de poder biopolítico que instaura un sentido de dominación. “La depresión aquí es concebida como un problema biológico, parecido a una infección bacteriana. La cual requiere un remedio biológico específico. Los pacientes deben ser devueltos a sus estados anteriores, produc-



tivos y felices. En otras palabras, la exploración de la interioridad humana está siendo reemplazada con una idea fija de higiene mental. Hay que eliminar el problema, más que comprenderlo”.

Julie Reshe, filósofa y psicoanalista de la Universidad de Tyunmen, Siberia, afirma que: “Las raíces de la tendencia moderna a la positividad pueden encontrarse en el pasado religioso, que una vez proporcionó a las personas ciertas pautas para la vida y la noción de salvación, ofreciendo una imagen sólida del mundo con un final feliz”. Reshe critica los tratamientos a los que se somete a los pacientes, la terapia cognitiva conductual (TCC), como una especie de sesión teatral en la que vas a escuchar lo que quieres escuchar por parte de una figura de rigor que ejerce de sacerdote de los nuevos tiempos o guía espiritual: es decir, un psiquiatra.

El “realismo depresivo” se trata, pues, de una corriente de pensamiento a camino entre la filosofía y la psiquiatría, que desdice los preceptos de ambas o se origina a raíz de una intersección de ellas.

Joseph Forgas, psicólogo social, demostró en una investigación que esa tristeza patológica fomenta el pensamiento crítico en los individuos: “ayuda a reducir los prejuicios, mejorar la atención, aumentar la perseverancia y, en general, promueve un estilo de pensamiento más escéptico”. En definitiva, “las personas felices son más propensas a dejarse guiar por los estereotipos, a seguir la corriente”.