

UN ENFOQUE TRANSCULTURAL DE LA DEPRESIÓN

A TRANSCULTURAL FOCUS OF THE DEPRESSION

S.J. VILLASEÑOR B. *, C. ROJAS M. **, A.J. ALBARRÁN L. *** y A.G. GONZÁLES S. ***

RESUMEN

En esta comunicación los autores pasan revista a la influencia de diferentes contextos culturales en la experiencia subjetiva de la depresión, así como en sus manifestaciones conductuales. Es tarea decisiva del médico, reconocer esa influencia a fin de precisar el diagnóstico así como para las consecuencias terapéuticas.

PALABRAS-CLAVE: Cultura. Depresión.

ABSTRACT

The authors discuss the influence of the culture on the subjective experience and behavioral manifestations of depression. It is an important issue in the psychiatric practice to take account of this influence as a factor which plays an important role in the depression states on specific cultures for an adequate diagnostic and psychotherapeutic approach.

KEY WORDS: Culture. Depression.

Felizmente, cada sociedad elabora sus propios modelos de expresión psicopatológica. Esto nos permite gozar de una amplia variabilidad semiológica psiquiátrica, la misma que los clínicos debemos conocer bien para no perder el rumbo cuando sea preciso realizar un diagnóstico fino.

Actualmente podemos auxiliarnos con modernos manuales diagnósticos que están diseñados para trabajar con sensibilidad cultural (GLADP, 2004).

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, sabemos que tanto el grado como la manifestación del síndrome depresivo varían significativamente de una cultura a otra (Kleinman 1986, Kleinman y Good 1986, Marsella 1987).

Dado que el concepto de cultura es fundamental para comprender el abordaje que aquí se ofrece, proponemos la siguiente definición de cultura: es la suma total de lo que el individuo adquiere de su sociedad, es

* Profesor Investigador del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
Correo electrónico: sjavier@cencar.udg.mx

** Profesor titulado de la Universidad de Carabobo en Valencia, Venezuela.

*** Psicólogos.

decir, aquellas creencias, costumbres, normas artísticas, hábitos alimenticios y artes que no son fruto de su propia actividad creadora, sino que recibe como legado del pasado, mediante una educación regular o irregular (Lowie, 1946).

También vale la pena abordar un poco sobre el concepto de aculturación.

Se pueden construir dos definiciones que permitan el estudio de un proceso de contacto. La primera de ellas: el proceso de aculturación es "el proceso de cambio que emerge del contacto de grupos que participan de culturas distintas. Se caracteriza por el desarrollo continuado de un conflicto de fuerzas, entre las formas de vida de sentido opuesto, que tienden a su total identificación y se manifiesta, objetivamente, en su existencia a niveles variados de contradicción" (Aguirre Beltrán G. 1982).

La segunda es la de un proceso de integración intercultural definido como: "el proceso de cambio que emerge de la conjunción de grupos que participan de estructuras sociales distintas. Se caracteriza por el desarrollo continuado de un conflicto de fuerzas, entre sistemas de relaciones posicionales de sentido opuesto, que tienden a organizarse en un plano de igualdad y se manifiesta objetivamente en su existencia, a niveles variables de contraposición" (Idem).

Tratar la cultura como si fuera una variable antropológica fija obstaculiza seriamente nuestra capacidad de entender y responder ante trastornos anímicos como el de la depresión. Los clínicos deben considerar qué es realmente lo que está en juego para los pacientes cuando se enfrentan a una enfermedad concreta; la enfermedad mental puede estar tan estigmatizada en determinadas culturas que un diagnóstico de depresión sería inaceptable por lo que se requiere acudir a los eufemismos (Kleinman, 1986).

Evelyne Pewzner-Apeloig, considera que para un número de médicos cada vez mayor, resulta claro hoy en día, que el diagnóstico de depresión está obligatoriamente ligado al conocimiento y reconocimiento de los síntomas y de los términos específicos de los que dispone el enfermo para expresar su tristeza y su desconcierto. Si la asociación disforia-entecimiento es más comúnmente encontrada en cualquier contexto cultural, las quejas somáticas y los sentimientos de persecución dominan el cuadro clínico de los estados depresivos observados en las sociedades tradicionales del África negra o del Magreb; en la psicopatología occidental, las ideas de auto-devaluación, de indignidad y de culpabilidad, así como las conductas suicidas, representan al contrario los criterios diagnósticos esenciales de la depresión melancólica (1999).

Continúa escribiendo Pewzner: La mayoría de los tratados contemporáneos de psiquiatría y de psicopatología, se contentan con señalar la ausencia o la rareza de los sentimientos de culpabilidad en los síndromes depresivos que se presentan en un contexto no occidental, pero esta precisión se hace sólo de manera anecdótica y no como un hecho destacado que permita relativizar el carácter absoluto del saber occidental.

Las diversas teorías occidentales concuerdan en cuanto a la necesidad de descubrir invariables y en cuanto a la ambición idéntica de establecer una teoría de alcance universal, capaz de explicar exhaustivamente la totalidad de los fenómenos observados. En todo caso, los estudios de psiquiatría transcultural aportan la prueba tangible de que las expresiones psicopatológicas, lejos de ser idénticas en todos lados, presentan al contrario diferencias notables según las áreas culturales en que se observen (Pewzner, 1999).

En cuanto a los sentimientos de culpa, Pewzner, destaca que éstos no son relevantes en contextos no occidentales, sin embargo,

para aquellos pacientes deprimidos educados en la tradición judeocristiana el sentimiento de culpa puede llegar a ser desmesurado. Insiste Pewzner: el melancólico no sólo se siente sino que se quiere culpable. Llega al grado de confundirse con las fuerzas mismas del mal. Su dolor moral está indisolublemente ligado al sentimiento de falta, de una falta monstruosa de la que nada puede salvarlo. El delirio del melancólico es precisamente un delirio de culpabilidad. Su conciencia está completamente encerrada en sí mismo, en su pasado: el tiempo vivido es el del remordimiento, el de la falta, el del sufrimiento eterno, un tiempo fijado del que se excluye el porvenir. Su situación es la de un condenado a muerte. Se comprende que el suicidio sea entonces, por lo menos en potencia, la única salida, la salida ineludible del drama melancólico.

Es notorio ver cómo el futuro melancólico no ha aprendido —o no tuvo éxito en tal aprendizaje— a hacer la diferencia entre las faltas mínimas y las faltas graves. Para él, toda omisión, todo deseo, todo pensamiento oculto pertenece al mal. La mínima presencia de suciedad física es el signo insoportable de la impureza y de la inmoralidad. La falta de medida en la apreciación de lo fútil contribuye a la gestación del delirio megalomaniaco de culpabilidad del melancólico.

Existen culturas en las cuales la depresión se manifiesta más como un estado físico que psicológico; tal es el caso, escribe Kleinman, de los pacientes chinos que manifiestan principalmente aburrimiento, fatiga, molestias, presión interna, dolor y mareo. Estos síntomas codificados culturalmente pueden confundir el diagnóstico entre los inmigrantes chinos en Estados Unidos, muchos de los cuales encuentran el diagnóstico de depresión moralmente inaceptable y además como una experiencia sin sentido.

Una situación similar se presenta en las mujeres de Dubai (Emiratos Árabes Unidos); en un estudio realizado en 2003 se encontró

que tales pacientes manifiestan principalmente síntomas físicos de la depresión, debido a que culturalmente es más aceptada la manifestación somática que la emocional, además existe una diferencia significativa en el nivel de depresión de las pacientes sin alfabetización en comparación con las pacientes alfabetizadas. Esto puede ser debido a que las pacientes alfabetizadas, cuentan con mayores oportunidades para expresar sus sentimientos de formas distintas (Sulaiman *et al.* 2003). Este estudio refiere además que las pacientes de clase socioeconómica baja, mostraban una diferencia significativa mayor en el nivel de depresión que los otros grupos socioeconómicos. Es importante destacar que las mujeres de Dubai disponen de nulas posibilidades de hablar acerca de sus dificultades psicológicas, esto para no llamar la atención de los demás, ni perjudicar la reputación de sus familias y llevar el deshonor a las mismas.

En Tailandia, se presentan mayoritariamente síntomas somáticos, aunque también el sentimiento de culpa está muy ligado a la depresión, estos pacientes lo atribuyen a la creencia de malas muertes en vidas pasadas. Los síntomas manifestados por estos pacientes son principalmente tristeza, ansiedad, pérdida de interés y baja energía (Sulaiman. *et. al.*)

En Marruecos, por ejemplo, el discurso etiológico tradicional que está relacionado con la forma de “estar mal” remite a dos actos principales: el hechizo y el fenómeno de la posesión. La lógica de la agresión que les atraviesa, expresa una concepción persecutoria del mal, donde el origen de los problemas se encuentra siempre situado fuera de los sujetos. Es usual la manifestación de constantes quejas somáticas; además los pacientes se presentan con sentimientos de decepción y de ofensa, entristecidos, con habituales estados de agresividad. La frecuencia de los síntomas somáticos depende en importante medida, de la forma en que se

defina el término somatización. Este término puede reflejar el dualismo cuerpo-mente que domina en la práctica biomédica occidental (Bhugra y Mastrogianni, 2004), mientras que para los médicos tradicionales como los de la medicina China o Nahuatl no existe la distinción entre lo físico y lo mental.

Se ha considerado que las personas pertenecientes a culturas tradicionales, no pueden hacer distinción entre las emociones de ansiedad, irritabilidad y depresión, pues tienden a expresar el estrés en términos somáticos.

Por su parte, Kirmayer señala que los síntomas culturales específicos, pueden conducir a un sobreconocimiento o a la identificación errada de una afección psicológica. Por el contrario, de lo hasta ahora planteado en cuanto a que los no occidentales, (o los del extremo occidente como nos gusta denominar a los latinoamericanos y en particular a los mexicanos) son propensos a somatizar sus afecciones, las investigaciones más recientes confirman que la somatización es universal. Los síntomas somáticos sirven como modismos culturales de la angustia o aflicción en muchos grupos etnoculturales y, si resultan mal interpretados por el médico, pueden conducir a procedimientos de diagnóstico innecesarios o inapropiados (Kirmayer, 2001).

Hay pues, cada vez mayor evidencia de que los síntomas somáticos, son un modo de presentación de la depresión en diversas partes del mundo (Simón *et al.* 1999).

Respecto a la variedad de expresiones culturales del sufrimiento psíquico, cabe señalar que en los tres dialectos del Maghreb no existe palabra alguna que exprese de forma directa al estado depresivo. La depresión se presenta enmascarada en forma de quejas somáticas o de estados delirantes que adoptan las características de una *Bouffée délirante* la cual se destaca por la eclosión súbita de un delirio rico y polimorfo en sus temas y en

sus mecanismos, en ocasiones asociándose a trastornos de la conciencia y del estado de ánimo. Los síntomas más frecuentemente presentados son: astenia, anorexia, abulia, cierto estado de estupor y quejas somáticas en relación a la expresión corporal de los estados de ansiedad (Balbo, 2004).

En el caso de los Nahuas del Alto Balsas en el estado de Guerrero, en México; podemos considerar al “susto” o “espanto” como una modalidad depresiva.

Según López Austin, la etiología del susto (no es una pérdida del “ánimo”, como señala el ICD 10) es la pérdida de una entidad anímica localizada en la cabeza, que se denomina *tonalli* y que no tiene nada que ver con la concepción occidental del alma católica (Villaseñor Bayardo, 2005). *Tonalli* es una palabra derivada del verbo *tona* que significa: irradiar, calor solar, alma y espíritu. Dicha pérdida puede ser causada por el corte de cabellos de la fontanela, por actos físicos violentos, por miedo intenso o por una impresión fuerte. Los signos y síntomas manifestados a este respecto eran, en la época prehispánica: pérdida de vigor, palidez, fiebre, hiporexia, hipersomnio y pérdida del brillo en la mirada.

En la actualidad se considera que esta enfermedad es provocada por los aires,* los cuales roban el *tonalli* produciendo manifestaciones de ansiedad o depresión (Villaseñor Bayardo & Chávez Alvarado, 2000).

Este síndrome etnocultural también se conoce en la región andina de los aymaras-quechuas como “susto” y se manifiesta por diversos síntomas somáticos. Se le conoce también como *manchariska*. Este mal es causado por la salida del alma de sus confines

* Los aires son la representación de entidades sobrenaturales, o divinas de origen precolombinas.

corporales (ajayu), como consecuencia de reacciones imprevistas en lugares donde se supone habitan seres míticos. Se presenta en personas que al caminar en lugares oscuros reaccionan con temor a estos espacios y caen en estados de ánimo lamentables acompañados de síntomas como náuseas, cefaleas, vómitos y en ocasiones cuadros delirantes alucinatorios (Villaseñor Bayardo, 2005).

Para los Mapuches (Bolivia), los problemas de ánimo pueden ser tanto de causa natural (esfuerzo, contraste brusco de temperaturas...) como sobrenatural (mal por trasgresión o envidia). Sin embargo, dentro de esta misma cultura se marcan las diferencias; para los Mapuches urbanos, la tristeza y el llanto son el síntoma referido con mayor frecuencia como indicativo de depresión. Entre los Mapuches rurales, será la pérdida del apetito y el "enfermarse". En poblaciones no indígenas la depresión es la forma más frecuente de duelo prolongado. En un estudio desarrollado entre chilenos y Mapuches la tristeza fue la causa más frecuente de malestar psicológico durante el duelo (Durán Pérez *et al.* 2000).

Un estudio publicado por Mario Gabriel Hollweg (2003) entre diversos pueblos bolivianos aporta datos sobre los trastornos mentales afectivos:

- Síndromes afectivos de influencia mítica o "enfermedades étnicas" por presentarse en grupos de aborígenes campesinos e indígenas urbanizados que explican este tipo de males con contenidos míticos.
- En la cultura andina se conoce como un síndrome afectivo a "la pena o tristeza" que es el "mal" más generalizado del alma andina. Por su parte, Camacho, en 1979, observó una fuerte prevalencia de depresiones en indios campesinos kechuas del valle de Cochabamba y los clasificó de acuerdo a las causas que les provocaban tristeza y pena:

1. "Amartelo": provocado en los hijos por el abandono de los padres.
2. "Songonanaipurishan": pesadumbre profunda y contagiosa, acompañada de ideas suicidas.
3. "Phustisga": ocasionado por desastres económicos.
4. "Khasgonanai" y "Pechonanai": se relacionan con frustraciones amorosas.

- Síndromes afectivos de influencia hispánica. Se han conocido siempre los términos de depresión y melancolía. "Amartelo" es una reacción vivencial anormal de pena y tristeza que según Aguiló expresa "amor frustrado". La tirisia se describe como un cambio del estado afectivo caracterizado por la "pérdida del ánimo".
- Síndromes afectivos de transición cultural. Resultan síndromes como susto-tristeza, cólerica-tristeza.
- Síndrome delirante místico. Comprende reacciones vivenciales afectivas anormales en braseros kechuas de la caña presentando delirios místico-religiosos.

En la tradición Mapuche (Chile) cuando se habla de Weñagkutün, queriendo identificarlo como pena se está definiendo un estado de persistencia del dolor en el tiempo; la persona sigue viviendo, lleva una vida normal, pero en determinados momentos surge el recuerdo doloroso. La actitud, en estos momentos de recuerdos dolorosos es diferente a la del mapuche; para la persona mapuche es necesario detenerse en la actividad que se esté realizando y dejarse inundar por el sentimiento.

La depresión no es un término que la etnomedicina mapuche reconozca. Más allá de la entidad que se busque como equivalente de depresión, el concepto propio más cercano parece ser el de enfermarse, sobre todo, para

entender los fundamentos culturales de la depresión en la cultura mapuche, es indispensable comprender los motivos que puede haber para enfermarse.

Cuando se intenta entender lo que ocurre a una persona mapuche que se ha enfermado, la primera dificultad que se encuentra en un trabajador de la cultura mayoritaria es la falta de expresión de sentimientos (Paez, Casullo, 2000). Los psiquiatras denominamos alexitimia a la incapacidad de algunas personas para distinguir sus emociones y poder expresarlas verbalmente.

Algunos estudios han encontrado que las mujeres en general expresan más las emociones de alegría e ira y los varones deben controlar más sus expresiones (Pennebaker y cols., 1996; Basabe y cols., 1999).

En culturas que mantienen alta distancia jerárquica se comunican sólo aquellas emociones que contribuyan a diferenciar el estatus, pues la comunicación de emociones positivas podría llegar a entenderse como una falta de respeto, por lo tanto las formas de expresión tienden a moderarse. Por el contrario en sociedades de baja distancia jerárquica, los sujetos son animados a expresar sus sentimientos de forma libre.

Algunas manifestaciones culturales diversas de la depresión que vale la pena mencionar serían, por ejemplo, que en Venezuela es frecuente la expresión: "me siento tan mal, que no me provoca ni bañarme". La abolición de ese deseo como expresión y medida de la magnitud del malestar, sólo puede darse en el Caribe, donde los aborígenes se bañaban aún con fiebre, lo que no podían entender los conquistadores españoles. Sería raro que algún europeo dijera algo parecido. También podemos señalar a la depresión por agotamiento laboral o *burn-out* y quizás se le pueda relacionar con el trabajo como valor cultural, pues no hay que olvidar que los japoneses mueren de tanto trabajar con el *karoshi*.

Es indispensable extender la concepción de la salud atendiendo tanto la enfermedad del paciente como al resto de los elementos que conforman su entorno social, lo cual implica sus redes de apoyo, su funcionamiento social, laboral, familiar y personal. Para ello el clínico debe contar con una especial sensibilidad cultural que le permita ahondar en la vivencia del paciente y con ello contribuir a su mejora.

Es vital tomar en cuenta la identidad del paciente, su grado de identificación con su cultura, su capacidad de percibir y manifestar su padecimiento y la forma en que solicita atención.

Cuando realizamos una aproximación cultural, intentamos buscar principios generales de explicación que contribuyan a la comprensión de las diferencias entre las comunidades.

El diagnóstico de la depresión está ligado al conocimiento y reconocimiento de los síntomas en términos específicos de que dispone el enfermo para expresar su tristeza y su desconcierto (Villaseñor Bayardo & Chávez Alvarado, 2000).

Considerando que Pewzner-Apeloig, (1999) afirma que la diversidad de expresión de las manifestaciones psicopatológicas vuelve caduca la adopción de un modelo único, universal, de descripción, de clasificación y de interpretación de los trastornos mentales; proponemos la utilización de un manual adaptado culturalmente a nuestra población latinoamericana: La GLADP que representa nuestra propia sensibilidad cultural.

En conclusión, consideramos que se debe examinar cuidadosamente la modalidad de expresión de la enfermedad mental del paciente, aprehendiendo, respetando y valorando los elementos culturales impresos en ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Beltrán Gonzalo. El proceso de aculturación. Editorial la Casa Chata, México, 1982; pp. 43.
2. *idem.* pp. 47.
3. Basabe N. *et al.* El anclaje sociocultural de la experiencia emocional de las naciones: un análisis colectivo. *Boletín Psicológico*, 1999, 62: 7-42.
4. Bebbington P. *et al.* Adversity in groups with an increased risk of minor affective disorder *Br. J. Psychiatry*, 1991; 158: 40-45.
5. Bhugra and Mastrogianni A. Globalisation and Mental Disorders: overview with relation to depresión. *Br. J. Psychiatry*. 2004; 184: 10-20.
6. Durán Pérez T. *et al.* Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: Una aproximación étnica, 2000.
<http://www.derechos.org/koaga/x/manpuches/>
7. Frankenhaeser M, *et al.* Sex differences in psychoendocrine reactions to examination stress. *Psychos. Med.* 1978, 40: 334-343.
8. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico GLADP. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guadalajara, México, Mayo 2004.
9. Hofstede G. *Cultures and Organizations. Software of the mind.* Londres, Mc Graw Hill, 1991.
10. Hollweg, M. Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico Transcultural. *Investigación en Salud*. 2003, Vol. V No. 1.
11. Kleinman A. *Abordaje de la depresión según las culturas.* Departamento de Antropología. Universidad de Harvard. Boston.
12. Kleinman A., Good B. *Culture and depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder.* Los Angeles, University of California Press, 1985.
13. Kleinman A. *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China.* London. Yale University Press, 1986.
14. Kirmayer LJ. Cultural variations in clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 2001, (Suppl 13), 62: 22-8.
15. Lotrakul M, *et al.* Symptoms of depression in Thai Patients. Department of Psychiatry. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
16. Lowie R. *Historia de la etnología.* México. Fondo de Cultura Económica, 1946.
17. Marsella A. The Measurement of depressive experience and disorder across cultures. In Marsella A. Hirschfeld, R., Katz M (Eds); *The measurement of depression.* Guilford Press, 1987.
18. Paez D, Casullo M. Duelo, depresión y expresión emocional en la cultura Mapuche chilena. *Cultura y Alexitimia*, 2000. Primera edición. Bueno Aires, Ed. Paidós, 2000.

19. Pennebaker J. *et al.* Stereotypes of emotional expressiveness of northerners and southerners: a cross-cultural test of Montaigne's Hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 372-380.
20. Pewzner-Apelioig E. El hombre culpable. La Locura y la falta en Occidente. Universidad de Guadalajara. México, Fondo de Cultura Económica, 1999, (506 págs.)
21. Rivera, G. Los trastornos depresivos en un mundo globalizado. Universidad Nacional de Lanús. Artículo consultado en la dirección de Internet: <http://www.galenored.com/argentina/>
22. Simón GE, Vonkorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An International Study the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329-1335.
23. Sulaiman S. *et al.* Síntomas de la depresión en mujeres de Dubai. *Eur. J. Psychiat.* 2003, 17, (1) 17: 21-32.
24. Villaseñor Bayardo S. La bouffée delirante: revisión histórica de un concepto. *Salud Mental*, 1993; V. 16, No. 1.
25. Villaseñor Bayardo S J. & Chávez Alvarado C. De las modalidades depresivas entre los Nahuas del alto Balsas. *Psicopatología. Organó Oficial del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española.* 2000 (2), 20:120-134.
26. Villaseñor Bayardo S. Cuadros típicos de la región. En: Alarcón R. *et al.* *Psiquiatría*, México, D.F. Ed. El Manual Moderno, 2005.