

## DEPRESIÓN Y CULTURA



En sociedades orientales, las personas afligidas por depresión suelen describir síntomas somáticos, y no tanto los aspectos psicológicos de su afección. Y así, refieren los síntomas como aburrimiento (en lugar de tristeza), sensación de presión interior, dolor, vértigo y fatiga. Así pues, en las personas de culturas orientales los médicos occidentales yerran con frecuencia en el diagnóstico de depresión.

A diferencia de Occidente, en las culturas orientales la depresión es un sinsentido moralmente inaceptable. Si bien estas diferencias culturales se diluyen entre los inmigrantes que se integran en las sociedades occidentales, continúan existiendo divergencias en relación a nuestra idea de depresión y su creciente aceptación social.

La depresión, de acuerdo a la biomedicina, se puede considerar una emoción, un síntoma o una enfermedad.

Como emoción la depresión es un sentimiento común, consecuencia de la desilusión y el rechazo.

Como síntoma es una característica o secuela de muchas enfermedades, no todas mentales. Así, por ejemplo, se manifiesta en pacientes con alteraciones de la glándula tiroidea, post-infecciones víricas (por ejemplo, herpes zóster); y multitud de otras patologías. Algunos medicamentos dan lugar un estado mental que remeda el de un

cuadro depresivo (una depresión *yatrogénica*) que perdura mientras se toma el medicamento.

Sin embargo, en muchas ocasiones la depresión es una enfermedad en sí misma, una entidad nosológica que se diría técnicamente. Tiene una prevalencia mundial, presentándose en todos los grupos sociales, con independencia de su ubicación geográfica, cultura, religión o etnia.

No obstante hay dos hechos incontestables: la incidencia de depresión está aumentando (tomando como parámetro estimativo el número de diagnósticos); y su prevalencia es doble entre las personas pobres que entre aquellas con solvencia económica, no necesariamente ricas.

La manera como se trata (o se debería tratar) la depresión varía en función de los distintos grupos sociales. Las diferencias culturales determinan en cómo se sufren los síntomas y cómo éstos son descritos por los pacientes; pero también en las decisiones acerca del tratamiento, la relación médico paciente; y sobre todo, la probabilidad de suicidio, el riesgo más importante asociado con esta enfermedad.

Entre los refugiados y apátridas la sintomatología depresiva es relativamente común, asociada a la experiencia de pérdida y trauma. Pero, entre estas personas injuriosamente sometidas a circunstancias adversas, las características son disímiles en función del sexo, creencias religiosas, edad, nivel de instrucción y grado de integración en una comunidad.

Curiosamente la diferencia cultural es, en ocasiones, un factor protector. Así por ejemplo, las mujeres de raza negra padecen menos depresión que las mujeres blancas; y menos depresión que sus hijas, más integradas social, cultural y lingüísticamente que sus madres.

En un sentido antropológico, el término cultura se refiere a los modelos de vida compartidos por un determinado grupo social. Aceptada la definición antropológica del término cultura, ésta no representa un criterio inamovible en el tiempo, sino que adquiere su verdadero sentido por la actividad emocional y moral de los miembros de cada comunidad. La aceptación del concepto de cultura como algo dinámico es fundamental para la comprensión del diagnóstico de depresión y los resultados del abordaje terapéutico.

Se ha de tener en cuenta que para determinadas culturas un diagnóstico de depresión estigmatiza a quien lo padece; y, en estos casos, puede ser adecuado usar un eufemismo o una metonimia, que permita la aceptación por el paciente y su necesaria colaboración con el tratamiento que se le prescriba.

Además, es necesario tener presente que en sociedades no occidentales los lazos familiares todavía juegan un trascendente papel, aun cuando existe una fractura entre padres muy tradicionales e hijos que se adaptan rápidamente (también lingüísticamente) a las sociedades de acogida. Sin embargo, dramáticos hechos recientes lo demuestran, no siempre es así. El surgimiento de guetos en las grandes urbes occidentales ha creado barreras sociales, religiosas y generacionales que no existían hace tan solo algunas décadas.

Probablemente una de las tareas esenciales consiste en no dañar los estereotipos de los pacientes, hecho que puede ser percibido como una actitud prepotente, incluso racista. Muchas veces son estos aspectos los que explican los pobres resultados logrados en el tratamiento, no solo de la depresión, sino de muchas otras enfermedades.

Un mundo cada vez más global exige respuestas particulares a problemas generales; y no únicamente en el área del tratamiento de las enfermedades.

Zaragoza, 10 de agosto de 2017

Dr. José Manuel López Tricas  
Farmacia Las Fuentes  
Zaragoza