



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

A. POLAINO LORENTE

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y PSICOPATOLOGIA  
DE LA DEPRESION**

*Introduccion*

La importante prevalencia de la depresión en el mundo contemporáneo (se estima en cien millones el número de depresivos que puebla la tierra; informe de la O.M.S., 1983), sin duda ha hecho que esta enfermedad sea la de nuestro tiempo, la “enfermedad del siglo”. Puede afirmarse sin jactancia que la depresión constituye el sufrimiento psiquiátrico más frecuentemente extendido en la segunda mitad del siglo XX.

Nada de particular tiene que desde horizontes interdisciplinares muy diferentes se trate de encontrar alguna razón que justifique y explique tan alta incidencia. La universalización del hecho depresivo — que afecta a todas las clases sociales y a todas las culturas — ha trascendido tanto que cualquier observador — por poco avezado que sea en el estudio de estas cuestiones — se cuestiona el por qué de su frecuencia. Hay preguntas que, como profesionales de la psiquiatría, tendríamos que estar en condiciones de saber responder. Y, sin embargo, es preciso reconocer que con los resultados disponibles en las actuales investigaciones, non sentimos impotentes para satisfacer la legítima curiosidad de tantas personas, pacientes o sanas. Veamos a continuación algunas de las preguntas que más frecuentemente emergen hoy de la boca de nuestros conciudadanos: ¿Se da hoy la depresión con mayor frecuencia que en otro tiempo?, ¿es la enfermedad depresiva un fenómeno específico de nuestra actual cultura?, ¿está causada la depresión por la prisa, el estrés, es una palabra, por el estilo de vida que caracteriza al hombre moderno?, ¿padece en igual proporción la depresión el hombre urbano que el hombre rural? ¿incide la enfermedad depresiva con la misma intensidad en todas las culturas?, ¿qué se puede hacer hoy para prevenir o evitar el padecimiento de la depresión?, ¿puede explicarse la mayor incidencia de la enfermedad depresiva recurriendo a la falta de cohesión familiar, a los “hogares rotos”, al cambio de la estructura familiar que se ha operado en nuestro tiempo?, ¿hay factores socioculturales específicos a los que se pueda atribuir una mayor o menor relevancia respecto de la génesis y cronicidad de los padecimientos depresivos?

Muchas de las preguntas anteriores se concitan alrededor de las posibles relaciones existentes entre cultura y depresión. El enfermo depresivo y/o sus familiares tratan por todos los medios de buscar una respuesta convincente a este problema universal. Nada de extraño tiene que indaguen aquí y allá por entre los muchos factores sociales que caracterizan a nuestra

actual cultura, en su afanosa buquéda por hallar una respuesta que al menos les sosiegue. Pero la respuesta se deja para después se retrasa y la respuesta jamás llega. Ante la *insatisfacción explicativa* se alza ahora un bosque de atribuciones inverificadas (y probablemente inverificables), que tienen al menos la pretensión de tranquilizar el ánimo a los preguntadores, sin apenas conseguirlo.

En cualquier caso, parece obligado que los especialistas en la materia, urjamos nuestro empeño para tratar de satisfacer tan legítima y universal inquietud. Entre otras cosas — y esto sí que es algo que se nos demanda específicamente por nuestra condición de clínicos, más bien que por una petición del vulgo —, porque en esa madeja de preguntas embarazosas, algunas hay — las que se dirigen a la prevención — que nos atañen específicamente.

El desvelamiento de este difícil problema está erizado de dificultades sin cuento. Por una parte, el término cultura es un concepto polisémico que casi todos sabemos a qué nos referimos cuando lo empleamos, pero que casi nadie se atrevería a definir operativamente. La cultura incluye el medio ambiente físico, pero más pertinentemente ese medio ambiente intersubjetivo y en apariencia velado, pero que no por sumergido es irrelevante. La cultura asume, a qué dudarlo, las consecuencias del actuar humano (los edificios, las autopistas, los coches y todos los artefactos nacidos de las manos del hombre), pero también y muy importantemente, el conjunto de normas, valores y creencias — incluso de mitos, prejuicios y estereotipias — que constituyen redes axiológicas, mejor o peor fundamentadas, que no sólo envuelven al hombre, sino que éste, acunándose en ellas, las perpetúa o las resiste y cambia de generación en generación.

De otro lado el concepto de depresión — aunque suficientemente explícito para el desenvolvimiento rutinario, clínico y terapéutico tampoco se deja fácilmente operativizar y definir como exigiría el apropiado diseño de investigación que tratase de poner sobre el tapete las relaciones existentes entre ésta, la depresión y ciertos factores socioculturales. Así, por ejemplo, Kendell (1976) subtitula su trabajo sobre la clasificación de las depresiones con la siguiente apostilla: “una revisión de la confusión contemporánea” (*A Review of Contemporary confusion*). Pero es que además aun el hábitat que puebla el hombre (en un sentido genérico) no es fácilmente identificable ni cuantificable. Ese hábitat acaba siendo siempre en el ser humano una oukía, más o menos natural y humanizada, en la que fácilmente se va a estrellar cualquier intento de apresar — aislados y bien delimitados, como variable dependiente exigida por el proyecto de investigación transcultural diseñado — los concretos y específicos factores socioculturales que se buscaban.

De otra parte, *la psicología ecológica y comportamental* — a pesar del esfuerzo titánico realizado por la psicología social — resulta impotente para solucionar este problema metodológico. Las variables postuladas por tal psicología (adquisición, extinción, discriminación, aprendizaje, motivación, etc) tienen mal acomodo de unas culturas a otras, a no ser que se investiguen previamente — desde la perspectiva específicamente cultural, más bien que psicológica — los ingredientes nucleares que hacen de una determinada cultura esa y no otra. Por otra parte, las incipientes *leyes del aprendizaje* — una conquista de la psicología reciente — están todavía faltas de constatación y validación transcultural. Así, por ejemplo, la tasa de aprendizaje probablemente varía no sólo interindividualmente, sino también intra e interculturalmente. Sobre este particular, hace falta mayor número y más rigurosas investigaciones. O, por poner otro ejemplo de lo que sucede en las actuales investigaciones procedentes de la psicología cognitiva: los *estilos cognitivos* deben investigarse en función de las diferencias culturales. Mientras que no se tengan resultados conclusivos emanados de estas investigaciones, las aportaciones de la psicología social a la investigación transcultural de la depresión, presumiblemente continuarán siendo muy endebles. De hecho, la psicología del aprendizaje aún no se ha introducido en el estudio necesario e indispensable de las diferencias culturales que se concitan, inciden e incluso pudieran explicar las distintas estrategias que el hombre emplea, por ejemplo, para el procesamiento de la información, la solución de problemas, etc., o el mayor o menor valor que éstos pudieran tener en la suscitación y/o condicionamiento de determinados hábitos perceptivos, percepción discriminante, vulnerabilidad perceptiva-cognitiva del sujeto a las saliencias estímulares de tipo cultural, etc., (cfr. Triandis, 1980).

Otro punto no menos importante en esta cuestión epreliminar es la aproximación genética a la investigación de la depresión desde el posible condicionamiento de aquélla a determinados factores culturales, climáticos, etc.,. Que hay una interacción recíproca entre genética y cultura, es algo que está demostrado, incluso a la hora de explicar la mayor o menor incidencia de determinadas enfermedades somáticas (por ejemplo, la anemia, ciertas enfermedades infecciosas, etc.). La cuestión no puede hurtarse a esta investigación, por cuanto que difícilmente puede entenderse y explicarse el fenómeno depresivo sin recurrir inevitablemente a los factores biológicos, antes o después.

### *Psicopatología universal versus psicopatología local.*

La misma psicopatología está comprometida (o puede estarlo) en esta

polémica cuestión que podría formularse con la siguiente pregunta: ¿Hay síndromes depresivos circunscritos y *específicamente* limitados a determinadas culturas? A comienzos de nuestro siglo, Emilio Kraepelin se ocupó ya de esta sugestiva cuestión. En opinión del autor citado, que estudió en el sudeste asiático la enfermedad depresiva, ésta aparece tanto en la cultura oriental como en la occidental: es pues, un *hecho universal*. Sin embargo, Kraepelin encontró algunas diferencias no sólo en la incidencia de la enfermedad, sino también en la sintomatología y en las formas clínicas con que aquélla se manifestaba. A esta misma conclusión han llegado recientemente autores como Murphy (1982) respecto de la esquizofrenia o Engelsmann (1982) respecto de la depresión. No obstante, hay que admitir un cierto sesgo en estos resultados, cuando quienes los investigan proceden de disciplinas biológicas. La biología del hombre tiende, por su misma naturaleza, a presentarse como universal e igualitaria (quizá también tuvieron idéntico sesgo los psicólogos que intentaran investigaciones parecidas respecto a la verificación o refutación de las leyes del aprendizaje, por cuanto que a priori, como leyes que intentan ser, han de presentarse con una validez universal). No obstante hay alteraciones psicopatológicas que no tienen ese carácter universal, y cuya explicación terminante estamos todavía lejos de obtener. Me refiero, claro está, a síndromes psiquiátricos como el *amok* o el *letah* que ya fueron descritos por Kraepelin en el sureste asiático y que, estando vinculados, según parece, a determinadas culturas específicamente, aún hoy se presupone — y sólo se presupone — su dependencia de ciertos factores culturales, todavía por comprobar (Lauter, 1965).

Que las alteraciones psicopatológicas son *fenómenos universales* parece cierto, por cuanto que dependen de la naturaleza humana y ésta es universal; pero que también hay *variables contextuales modeladoras* de tipo cultural, es algo que parece igualmente irrefutable.

### *Patoplasticidad depresiva, cultura y atribución.*

Por poner un ejemplo de lo dicho más arriba, toda alteración psicopatológica se expresa y manifiesta de forma diferente - aquí las diferencias son más o menos débiles y superficiales — en los distintos individuos que constituyen una única comunidad cultural (diferenciación individual). Estas diferencias obviamente han de ser mayores de un contexto cultural a otro. La explicación de estas diferencias interculturales podría tal vez salir garante en base al hecho de la patoplasticidad diferencial de un mismo síndrome en diferentes culturas. No obstante, desconocemos el juego de los factores socioculturales concurrentes a ese fin, así como las variables relevantes que están al

término de aquéllos, modulando precisamente esa patoplasticidad. Es muy posible que esas variables se configuren con el peso, sí, de un paquete de factores socioculturales, pero incluso en ese caso continuamos ignorando el cómo interactúan esas variables intervinientes. En unos casos posiblemente consisten en la modificación de las *coordenadas axiológicas* y de los *símbolos* a que el hombre referencia siempre su sufrimiento personal; en otros casos es posible que esas variables intermediarias intervengan modulando la patoplasticidad depresiva a través de un *proceso mediado* como es por ejemplo, el *estilo* atribucional del sujeto, la comunicación/soledad interpersonal, la ausencia/presencia de trabajo, la satisfacción/insatisfacción que genera, las actitudes consumistas/productivas, la permisividad/estructuración rígida del ámbito familiar, escolar, etc.

A todo esto se añaden otras dificultades nada despreciables. En primer lugar, la *tendencia a dicotomizar las distintas culturas* en dos grandes bloques: la cultura occidental y las culturas orientales o no-occidentales (Rosen 1968). Esta dicotomía supone una asunción soterrada: la de homogeneizar las diferentes culturas integradas en los bloques antes aludidos, asunción muy difícil de admitir y más aún de probar. De hecho las afirmaciones de algunos autores que en el pasado sostenían que el estilo de vida de las culturas no occidentales proveían al hombre de una mayor inmunidad frente a las enfermedades mentales, han sido ya refutadas desde hace varios años (Eaton y cols., 1955). No puede pues afirmarse que haya una correlación entre el *grado de occidentalización cultural y la mayor o menor vulnerabilidad depresiva*. La variable "occidentalización" es inconsistente respecto de los estudios epidemiológicos realizados a propósito de la psicopatología de la depresión, como han comunicado, aunque de forma contradictoria Kiev (1972); a favor de esta hipótesis) y Field (1960) y Orley y cols. (1979), ambos en contra de dicha hipótesis. El grado de "occidentalización" cultural no parece ser, por el momento, un predictor de la tasa de incidencia depresiva en las diferentes culturas.

La otra dificultad proviene de los *distintos modelos* (psicoanalítico, bioquímico, comportamental, etc.) a que los autores apelan en el momento inicial, cuando se diseña una investigación transcultural. Aquí, determinado punto de partida conducirá, obviamente, a determinado punto de llegada, por cuanto que al partir de un determinado modelo se eligen y seleccionan variables que han de ser pertinentes para aquel pero que, por su obligada especificidad, difícilmente son análogas a las variables seleccionadas desde otros modelos para otros estudios, lo que introduce una nueva dificultad en el momento de contrastar los resultados dimanados de unas y otras investigaciones.

### *Equivalencia biológica y equifuncionalidad sociocultural.*

La hipótesis de la universalidad psicopatológica en los estudios transculturales de la depresión necesita probar dos tipos de supuestos: (a) la *equivalencia biológica* de la enfermedad depresiva en las diferentes culturas y (b) la *equifuncionalidad de los diferentes factores socioculturales* que respecto de la depresión se concitan e inciden en ella, determinándola y modelándola o no.

Antes de afirmar si el síndrome depresivo representa o no una clase unitaria de comportamiento humano, existente en el universo de repertorios conductuales de todos los pueblos, ha de pasarse por las dos pruebas de fuego anteriores.

Respecto de la *equivalencia biológica* supondría optar — como lo ha hecho hasta ahora la concepción biológica de la enfermedad mental — por la mayor relevancia de la naturaleza frente a la cultura, en la génesis, sintomatología, curso dinámico y respuesta al tratamiento de la depresión. Esta opción, sin embargo, es muy ambigua y se ha planteado en otros tiempos como una cuestión dilemática entre nativismo / ambientalismo; natura—naturata / natura—naturans; natura/natura; kulturwällker/naturwällker; etc. Los defensores de los factores naturales postulan la existencia de una única enfermedad con casi idéntica tasa de incidencia en diferentes culturas (Murphy, 1976). Quienes optan por una mayor relevancia de los factores socioculturales (equifuncionalidad sociocultural), postulan la existencia de varias enfermedades depresivas, con diversas tasas de incidencia en las diferentes culturas. Sin embargo, el problema es difícil de resolver, aún cuando se parta del principio de la igualdad de la naturaleza humana. Las influencias culturales no sólo modelan la expresión sintomatológica de la enfermedad, sino también la reacción del individuo y de su medio social a los síntomas manifestados. Fabregas (1973) subraya la dificultad conceptual entre quienes entienden la depresión como un síntoma o un síndrome y más importante, y la distinción que el mismo sujeto depresivo hace al conceptualizar su padecimiento como lesión (disease; referencia a un daño de los tejidos cerebrales) y como enfermedad (illness; término más amplio en el que están subsumidas ciertas convicciones socioculturales acerca de la experiencia corporal, las emociones y el pensamiento).

Respecto a la *equifuncionalidad de los factores socioculturales*, el problema se plantea con un grado de complejidad mayor. En primer lugar, porque el elemento o los elementos que son tomados como variables sintomatológicas optimizantes de la hipótesis de universalidad, son siempre síntomas que incluidos en un sistema — el sociocultural — no pueden ser entendidos

sin apelar a dicho sistema. Hay muchos síntomas psicopatológicos que sin su inclusión en el sistema sociocultural apropiado, apenas si significan nada. En este caso el elemento, — el síntoma — y el sistema — las coordenadas socioculturales — se necesitan recíprocamente, sin que puedan explicarse independientemente ni uno ni otro. Por consiguiente, elevar a la categoría de universal la validez de un solo elemento, haciendo abstracción del sistema de pertenencia, resulta cuando menos sospechoso.

En segundo lugar, porque el estudio de un síntoma queda condicionado en función de la hipótesis inicial adoptada en esa concreta investigación transcultural que se ha realizado. La evidencia de la inequivalencia de los factores socioculturales en función del método seguido ha sido probada por Triandis (1980). Algunos autores se aproximan a estos estudios desde dentro del sistema cultural; otros, en cambio, estudian el mismo síntoma en una determinada cultura, condiciando la información resultante según registros y claves pertenecientes al sistema cultural al que está adscrito o del que procede ese investigador. Obviamente los datos así obtenidos por los dos anteriores procedimiento no pueden ser coincidentes (Kleiman, 1977). En realidad si el investigador aplica la concreta retícula del sistema cultural propio al síntoma examinado, difícilmente podrá apresar la influencia de los factores socioculturales sobre la enfermedad padecida por los sujetos investigados.

Tanaka — Matsumi y col. (1976) han demostrado una mayor utilidad de los estudios de la enfermedad depresiva cuando se hacen desde “dentro” del sistema cultural al que pertenece el enfermo. En las investigaciones realizadas por estos autores se empleo la asociación de palabras y el estudio del diferencial semántico en tres grupos de estudiantes: japoneses, japoneses - americanos y caucásicos - americanos. En análisis del diferencial semántico reveló una diferenciación factorial y del significado de la depresión en las tres muestras étnicas estudiadas.

En tercer lugar, el autor de estas líneas, para tratar de resolver dicho problema propone investigar previamente los aspectos *diferenciales / discriminantes*, — especificadores o no, de amplias áreas geográficas homogeneizadas culturalmente — entre unas y otras culturas. Esta propuesta podría denominarse *aproximación holística al análisis discriminante de contextos socioculturales*. Se presume la gran complejidad y las muchas dificultades con que puede tropezar la anterior propuesta, pero se presupone también la posible eficacia que pueda derivarse de ésta, de llevarse a término. Sólo así podría adentrarse en el estudio de la mayor o menor relevancia, específica o no de ciertos factores culturales diferenciadores de unos pueblos de otros. Con los resultados así obtenidos sería posible construir un equivalente transcultural específico ( un denominador común en el que se integrarían diferen-

tes factores socioculturales ) en relación con cada perfil psicopatológico concreto.

En este punto sí estamos autorizados a estudiar transculturalmente la depresión, pues entre grupos homogeneizados – a través de ese equivalente transcultural, propuesto más arriba – podrían establecerse las oportunas comparaciones para, a su través, dilucidar la hipótesis que sostiene la vinculación de determinadas manifestaciones psicopatológicas depresivas a sólo ciertas razones biológicas. Sólo de probarse ésta tendrían validez la hipótesis *universalista*, lo que supondría que las diferencias interculturales halladas son mínimas y apenas relevantes, por lo que las diferencias sintomatológicas interculturales encontradas quedarían suficientemente explicadas por los factores biológicos, teniendo en cuenta la función incidental y periféricamente moduladora del paquete de factores socioculturales que hemos dado en llamar *variable moduladora*.

En cualquier caso la equifuncionalidad sociocultural de que se trata aquí lo es en un sentido únicamente supuesto. Podría suceder, por ejemplo, que un mismo factor sociocultural – clase social, estrés profesional o estilo cognitivo – en dos culturas diferentes explique resultados distintos en lo que respecta a la sintomatología o incidencia depresiva.

Me explico: aún cuando los factores socioculturales interpoblaciones sean idénticos (o coincidentes), los efectos – o su papel como factores depresógenos – no tienen porqué ser idénticos. En realidad, parece difícil que uno solo de estos factores socioculturales actúe específicamente en el ámbito de la depresión. Lo más naturales que estos factores se reagrupen en otros en forma de constelaciones socioculturales y que sean éstos o la interacción entre los factores que las constituyen los que, en última instancia, actúen como factores depresógenos. La homogeneización intercultural de un sólo factor o de varios factores aislados, no autoriza a predecir un efecto convergente y homogeneizado en las diferentes culturas.

Por ello podría afirmarse que la pretendida equifuncionalidad de los factores socioculturales – algo importante desde la perspectiva metodológica puesto que la homogeneización de los estudios comparativos transculturales así parece exigirlo – puede serlo sólo al inicio, pero no en los resultados. Dicho de otra forma: que la equifuncionalidad sociocultural, aunque sea isomórfica en su origen, puede ser heteromórfica en su término, en los resultados que genera. El sistema hermenéutico peculiar de cada agrupación cultural no asegura el homomorfismo significativo de estos factores por muy homogeneizados y funcionalmente idénticos que sean criterialmente.

La diversidad social y cultural hace pensar más bien en la diversificación pluralista de los resultados. En consecuencia, una constelación de factores so-

cioculturales – por muy bien agrupados que estén y a pesar de su homogeneidad relativa – puede condicionar un afecto heteromórfico, versátil y *sui géneris en cada cultura en particular*.

De comprobarse lo que aquí se sugiere, más que de equifuncionalidad sociocultural habría que hablar de *inequifuncionalidad*, es decir, de *versatilidad funcionalidad*, al menos en los resultados efectoriales en que se abren, valoran e interpretan la acción de aquéllos, contribuyendo en no sabemos qué cuantía al moldeamiento, curso, sintomatología e incidencia de la enfermedad depresiva.

Pero hay además otros universos de variables que aunque no sean despreciadas no siempre se tienen en cuenta en las investigaciones psicopatológicas transculturales. Por poner otro ejemplo: todos conocemos cuadros depresivos en los que la sintomatología más relevante y mortificante para el paciente procede de los numerosos cambios vegetativos sufridos, cuadro que ha hecho válida la denominación, entre los expertos, de *depresión somatizada o depresión enmascarada*. Pero también es igualmente cierto que en algunos cuadros la sintomatología más importante es de estirpe psicopatológica, insistiendo en alteraciones cognitivas (pérdida de la autoestima, disminución de la autoeficacia, inflación del autoconcepto, etc.). La pregunta a contestar aquí es la siguiente: ¿Estamos ante dos modalidades de enfermedad depresiva? ¿O estamos ante un único síndrome depresivo cuya expresión sintomatológica difiere interindividualmente o interculturalmente en función de que sea mayor o menor al peso del paquete de variables individuales o socioculturales que inciden sobre esa enfermedad y que en ningún momento han sido controladas por el investigador?

La familia juega un importante papel no sólo en el desencadenamiento de la enfermedad, sino también en el grado de eficacia y en el modo en que se hace patente la respuesta terapéutica. Leff y colab. (1980) han encontrado que los pacientes depresivos viven con familias depresivas y con una paupérrima capacidad para expresar sus emociones. En consecuencia, la interacción afectiva dentro del grupo familiar está empobrecida en este caso, simultáneamente que las referencias son demasiado exigentes y rígidos, lo que, como ha demostrado Sanua (1982), es un factor que muchas veces escapa a los estudios transculturales y que, sin embargo, es de vital importancia por intervenir no sólo sobre la aparición de la enfermedad, sino también en su más pronta o tardía recuperación.

### *La heterogeneidad de los fenómenos depresivos.*

Cualquier trastorno depresivo tiene capacidad suficiente para afectar la

totalidad del comportamiento humano. Sin embargo, el hecho depresivo no es unitario, sino más bien heterogéneo. Esta heterogeneidad es fundamentalmente subjetiva (clínica y cultural subjetivamente), porque cada individuo manifiesta el hecho depresivo en forma diversa, o al menos clínicamente heteróclita porque los diversos factores socioculturales matizan el inicio, desarrollo, curso y respuesta al tratamiento de esos hechos depresivos, pudiéndose hoy hablar con más verosimilitud de depresiones — así, en plural —, que de depresión (aun no tenemos clara la distinción entre depresiones como un síntoma y depresiones como un síndrome).

Socioculturamente, porque como veremos en esta ponencia, los distintos resultados de investigaciones muy numerosas en diferentes países, en parte son coincidentes, en parte contradictorias y casi siempre inconclusas, a pesar de que hayan atraído la atención de numerosos clínicos e investigadores durante las tres últimas décadas.

La *conceptualización de la depresión* — tanto como síndrome, reacción o hecho comportamental — es el término de una configuración — resultado que, necesariamente, no puede explicarse sin la oportuna apelación a un marco cultural determinado. El hecho depresivo como configuración — resultado es en último término la consecuencia de una descripción / interpretación / explicación muy permeable a la acción de determinados factores socioculturales que, en mayor o menor medida, pueden condicionar también la naturaleza misma de la experiencia depresiva.

El *qué* de la depresión parece estar vinculado al *cómo* se configura y conceptualiza la depresión — la manifestación de los síntomas —, pero también al *modo* en que, reobrando éstos sobre aquélla, — camino de regreso — condiciona la forma específica de responder a los diversos tratamientos en función de cuáles son las expectativas del paciente. Esto significa que el *cómo* de la depresión no puede entenderse hoy (en la radicalidad de todo su sentido) sin estudiar minuciosamente el *modo de atribución del sujeto*, algo que, desde la psicología de la atribución se ha venido probando en la última década.

Por otra parte, la configuración que está en la base del concepto de depresión (dependiente de la descripción, interpretación y explicación previas) resulta muy difícil de penetrar — como debe exigirse en un estudio transcultural — sin identificar previamente las características étnicas y culturales que dibujan el perfil de una determinada sociedad. De aquí que el papel representado por los factores sociales y culturales en las experiencias depresivas sean, por el momento, muy pobremente conocidas. Una mejor comprensión de estos problemas exige una aproximación interdisciplinaria tanto biológica como antropológica (o, si se prefiere, desde la antropología biológica y la antro-

pología cultural), de manera que se provea al investigador de una más rigurosa criteriología de la significación de los factores culturales intervinientes para así diferenciar, en el marco adecuado, el comportamiento normal del patológico.

De hecho, hay culturas, por ejemplo, en las que el concepto de depresión no tiene una representación, ni puntual ni explícita, en las funciones cognitivas de los sujetos que pertenecen a esa comunidad: es el caso de los habitantes de Borneo, Malasia y de ciertas áreas geográficas de Africa y América.

De otro lado, unas veces la depresión se manifiesta somáticamente, sin que apenas se alteren las funciones cognitivas; en otras circunstancias, sucede lo contrario. De aquí que, sin especificar cuál es el peso específico de los factores culturales en la *configuración cognitiva del hecho depresivo*, casi ningún modelo en la práctica (ni el psicoanalítico, ni el bioquímico, ni el comportamental), pueda alzarse como el único marco referencial, riguroso y válido, para dar razón de la enfermedad depresiva.

En otras culturas, los cambios emocionales (tristeza, culpabilidad y ansiedad) constituyen el núcleo fundamental de las manifestaciones depresivas. Por contra, en otras sociedades, los cambios que se operan en las funciones cognitivas (autopercepción negativa, pesimismo, autoconcepto negativo, disminución de la autoestima, disminución real o no de la autoeficacia, etc.), constituyen con todo derecho el núcleo fundamental sobre el que se vertebra el fenómeno de la depresión. Por último, en las depresiones severas no suelen faltar las alucinaciones que se tematizan en una u otra forma, y en las que es fácil suponer que los factores socioculturales forzosamente impriman un determinado sesgo en la *configuración — tematización* de esas alteraciones.

Líneas atrás he destacado factores depresógenos que, en mayor o menor grado, remiten propiamente a la enfermedad depresiva. Sin embargo, el hecho depresivo no es reductible a esa asociación incidental. Hay manifestaciones, a qué dudar, que virtualmente inciden, — al menos en su inicio — en la emergencia de los cuadros depresivos y que, sin embargo, pueden luego conceptualizarse y significar o no una enfermedad depresiva. Me refiero por ejemplo, a factores de personalidad, todavía no muy bien conocidos (Polaino Lorente, 1984), a reacciones ante la pérdida de personas queridas, exposición crónica al estrés, alienación social, etc.

*El dilema oriente-occidente: una dicotomía excesivamente acomodaticia.*

Algunos estudios transculturales de la depresión son sospechosamente

demasiado lineales en sus conclusiones. Así, por ejemplo, en la revisión hecha por Engelsmann (1982) se apuntan dos características diferenciales respecto del fenómeno depresivo, entre las culturas occidentales y orientales: (a) la ausencia de *sentimientos de culpabilidad* y (b) la intensidad de las *somatizaciones* en los enfermos depresivos pertenecientes a las culturas orientales. Volveré luego sobre este hecho, de muy difícil explicación.

Los estudios transculturales de la enfermedad depresiva tienen una larga e ineficaz historia, un breve e incierto pasado y un futuro tan atractivo como impredecible. Por citar sólo algunos autores, los trabajos de Benedict y col. (1954), Al-Issa (1970) y Kiev (1972), constituyen revisiones importantes de los numerosos estudios al respecto publicados. Siverman (1968) revisó profundamente la epidemiología de la depresión. Pfeiffer (1968) evaluó cuarenta investigaciones de la depresión, veintidós de las cuales se habían realizado en culturas no occidentales. German (1972), investigó la depresión en los países sureños del Sahara. Prince (1968) revisó críticamente los estudios sobre la enfermedad depresiva realizados en Africa. Tan (1977) revisó también los trabajos realizados en países no occidentales. Yap (1965) comparó la fenomenología clínica de la enfermedad depresiva en China, en relación con otras culturas. Fabregas (1974 y 1975) y Singer (1973) sistematizaron lo que cada uno independientemente consideró como factores socioculturales asociados a la enfermedad depresiva. Sartorius (1973) trató de encontrar una cierta utilidad nosológica y terapéutica a estas aproximaciones transculturales.

La contraposición, probablemente más radical, está representada entre los resultados comunicados por Singer (1975) y Marsella (1978 y 1980) y Kleinman (1977 y 1978). Para Singer, hay un núcleo sintomatológico de la enfermedad depresiva que es universalmente apresable en todos los pacientes, cualquiera que sea la cultura de que proceden. Para Marsella, en cambio, los factores socioculturales serían específicos en la remodelación de los aspectos etiológicos, sintomatológicos, curso clínico y respuesta a la terapia de la enfermedad depresiva. Acaso sea Kleinman (1978) el autor conciliador entre las dos hipótesis anteriores. Kleinman distingue entre *alteración depresiva* (una alteración biológica debida especialmente a las monoaminas de los neurotransmisores cerebrales) que tendría validez universal y *enfermedad depresiva* (la experiencia personal y social de esa alteración depresiva) que sería un constructo cultural obviamente permeable a la acción de los factores socioculturales y, por consiguiente, dependiente de éstos. Para el último de los autores citados, cualquier alteración está en función de la cultura, porque resulta imposible separar al individuo del contexto social a que pertenece.

Bagley (1973) trató de hacer evidentes las posibles relaciones existentes

entre depresión y clase social. Bebbington (1978) analizó el mayor o menor riesgo depresivo en función de ciertas variables socio-demográficas, sin que llegara a ningún resultado conclusivo, a no ser a la importancia que los acontecimientos vitales (*life events*) tienen en la emergencia de los cuadros depresivos. Por su parte, Fenton (1976 y 1979) revisó la enfermedad depresiva en diferentes culturas, llegando a la conclusión de la necesidad de emplear criterios biológicos y fisiológicos al servicio del diagnóstico, de manera que las comparaciones inter-grupos, intra e inter-culturales, tengan una mayor validez (véase Tabla I).

**TABLA I: *Inventario de las variables estudiadas en los estudios transculturales de la enfermedad depresiva.***

Autores	Variables estudiadas
Benedict y col. (1954) ... Yap (1965) .....	Depresión en los pueblos primitivos (incidencia). Estudio comparativo de la fenomenología sintomatológica en China y otras culturas.
Silverman (1968) .....	Epidemiología de la depresión (revisión).
Pfeiffer (1968) .....	Evaluación de 40 investigaciones en países occidentales (18) y no occidentales (22).
Prince (1968) .....	Revisión de las investigaciones realizadas en África.
Al-Issa (1970) .....	Factores culturales y sintomatología.
Kiev (1972) .....	Estudios transculturales.
German (1972) .....	Depresión en países sureños del Sahara.
Sartorius (1973) .....	Utilidad para la nosología y la terapia de los estudios transculturales.

entre depresión y clase social. Bebbington (1978) analizó el mayor o menor riesgo depresivo en función de ciertas variables socio-demográficas, sin que llegara a ningún resultado conclusivo, a no ser a la importancia que los acontecimientos vitales (*life events*) tienen en la emergencia de los cuadros depresivos. Por su parte, Fenton (1976 y 1979) revisó la enfermedad depresiva en diferentes culturas, llegando a la conclusión de la necesidad de emplear criterios biológicos y fisiológicos al servicio del diagnóstico, de manera que las comparaciones inter-grupos, intra e inter-culturales, tengan una mayor validez (véase Tabla I).

**TABLA I: *Inventario de las variables estudiadas en los estudios transculturales de la enfermedad depresiva.***

Autores	Variables estudiadas
Benedict y col. (1954) ... Yap (1965) .....	Depresión en los pueblos primitivos (incidencia). Estudio comparativo de la fenomenología sintomatológica en China y otras culturas.
Silverman (1968) .....	Epidemiología de la depresión (revisión).
Pfeiffer (1968) .....	Evaluación de 40 investigaciones en países occidentales (18) y no occidentales (22).
Prince (1968) .....	Revisión de las investigaciones realizadas en África.
Al-Issa (1970) .....	Factores culturales y sintomatología.
Kiev (1972) .....	Estudios transculturales.
German (1972) .....	Depresión en países sureños del Sahara.
Sartorius (1973) .....	Utilidad para la nosología y la terapia de los estudios transculturales.

- Bagley (1973) ..... Depresión y clase social.
- Fabregas (1974 y 1975). Factores socioculturales depresógenos.
- Singer (1975) ..... Estudio transcultural de los factores socioculturales depresógenos y sintomatología universal del fenómeno depresivo.
- Fenton (1976 y 1979)... Utilidad de las Rating Scales en el diagnóstico transcultural y epidemiológico de la depresión.
- Tau (1977) ..... Revisión en países no occidentales.
- Leinman (1977 y 1978). Somatización y factores socioculturales.
- Bebbington (1978) ..... Riesgo depresivo y variables sociodemográficas.
- Marsella (1978 y 1980) .. Especificidad cultural de los factores depresógenos.
- Engelsmann (1982) ..... Factores sintomatológicos diferenciales entre las culturas occidentales y no occidentales (sentimientos de culpabilidad y somatizaciones).

En cualquier caso, el estudio de los acontecimientos vitales ha supuesto uno de los intentos recientes más rigurosos por controlar el peso que los factores socioculturales tienen sobre la conducta depresiva. En cierto modo, el estudio de los “life events” enlaza con una vieja tradición psiquiátrica: la hipótesis psicogenética de las alteraciones psicopatológicas, algo que desde Freud contribuyó a condicionar el desarrollo de la psicopatología, durante aproximadamente cincuenta años, sin que hasta el momento se haya logrado aportar por esta vía ninguna prueba fundante de dicha hipótesis.

Por otro lado, el estudio de los “life events” —aunque obviamente pueden ser bien controlados en tanto que pueden cuantificarse— no pueden entenderse como “caídos del cielo”, y/o independizados del contexto cultural. También sobre ellos incide la axiología cultural: piénsese, por ejemplo, en la diferente valoración y significación de los “duelos” en las diferentes culturas. Pero es que además el tejido social y las coordenadas axiológicas que en él hunden sus raíces, no son ni estables ni permanentes. Los cambios específicos de la matriz social — cambios, por otra parte enormemente vertiginosos

en la actualidad — suponen modificaciones muy importantes e imposibles de cuantificar en los sistemas referenciales a cuya sombra los “life events” alcanzan una concreta significación (por ejemplo, el desarraigo). Hace sólo unas décadas marcharse del lugar de origen suponía un cambio esencial cuyas repercusiones se hacían sentir en la vida del sujeto. En la actualidad, por contraste casi todo arraigo humano consiste en vivir desarraigado, o, al menos, en hábitats transitorios y transfugos, por dónde se acentúa la conciencia de provisionalidad del vivir humano.

No obstante, para Paykel (1974) en casi todos los enfermos depresivos ha existido una experiencia especialmente estresante asociada a éste o a aquél acontecimiento vital en una etapa previa a la aparición de la depresión. En este mismo punto se manifiesta coincidente el trabajo realizado entre nosotros por Cervera y col. (1980). Sin embargo, muchos de estos estudios y evaluaciones se han realizado mediante registros retrospectivos, y a nadie se le oculta que la memoria humana es enormemente selectiva, minimizando unos recuerdos y magnificando otros. Para otros autores, alineados más en los modelos sociológicos del comportamiento depresivo (Brown y col. 1973), los acontecimientos vitales estresantes y previos a la aparición de la depresión no tienen un carácter aditivo y, por consiguiente, cuando son de intensidad media difícilmente tienen un poder suscitador de la depresión. Sin embargo, estos acontecimientos vitales sí que pueden, en interacción con otros factores, desencadenar el hecho depresivo. Brown y col. parecen haberlo probado (1975, 1977 y 1978), en un estudio realizado con mujeres en Camberwell. El estudio a que acabo de aludir es tanto más interesante por cuanto que se refiere a amas de casa. Los autores llegan a la conclusión de que hay un factor de vulnerabilidad en estas mujeres para el padecimiento de la depresión; los factores que parecen incidir de forma más relevante en dicha vulnerabilidad son la ausencia de comunicación confidencial, la pérdida de empleo, la presencia de hijos en el hogar y la muerte de la madre cuando el sujeto era menor de once años de edad. Según Bebbington (1978) el modelo de vulnerabilidad propuesto por Brown es sutil y muy atractivo, y sus afirmaciones se fundamentan en un sofisticado análisis estadístico de datos empíricos. Quizá por aquí podría ofertarse alguna plausible explicación de por qué en ciertos países (entre ellos España) la enfermedad depresiva es doblemente frecuente en la mujer que en el hombre (Rabassa-Asenjo, 1982), aunque en todo caso la relación entre *life events* y *vulnerabilidad depresiva* no parece apoyar por el momento ninguna diferencia sustantiva entre los cuadros depresivos que se observan en los países occidentales y los no occidentales.

### *Estudios epidemiológicos transculturales.*

Los estudios epidemiológicos de la enfermedad depresiva, aunque necesarios e importantes, presentan ciertas dificultades metodológicas que hacen difícil valorar su interpretación y significado (criterios diagnósticos diferentes, representatividad de la muestra estudiada, pacientes hospitalizados y ambulatorios, tasa de admisiones de pacientes depresivos en hospitales psiquiátricos, etc.). Muchos autores se manifiestan coincidentes en afirmar que el 5% de los adultos ha padecido alguna vez, a lo largo de su vida, un cuadro depresivo, para el cual muchos de ellos nunca solicitarían ayuda.

En todo caso, el problema más importante con que tienen que haberse enfrentado los estudios epidemiológicos de las alteraciones depresivas es el del diagnóstico. La variabilidad criterial y nosológica en el estudio de la depresión arroja una mayor complejidad sobre el ya heterogéneo síndrome depresivo. En una publicación reciente, (Polaino Lorente, 1983, pag. 803—856), hemos revisado hasta casi treinta subtipos de enfermedad depresiva diferentes, lo que entiendo puede avalar el hecho heteróclito de las alteraciones afectivas.

Dejando a un lado los modelos psicopatológicos todavía *à la page*, hay que afirmar que la diversificación de esos modelos no se debe tanto a las diferencias escolásticas en que se alinean sus respectivos autores como a los ejes clínicos alrededor de los cuales se “acomodan” las sintomatologías hasta crear el modelo. Si nos atenemos a los ejes clínicos que vertebran los diferentes modelos, pueden éstos reagruparse en función de aquéllos en los siguientes puntos: *etiológicos* (Polit, 1965; Van-Praag, 1965; Roth, 1972; Kielholz en 1972, etc.), *evolutivos y de la polaridad* (López Ibor, 1961; Vinokur, 1975, etc.), *formas clínicas* (Overal, 1966; Blinder, 1966; Paykel, 1971, etc.) *etiopatogénicos*, etc.

Un recorrido por entre los modelos anteriores, además de confundir al lector, le remite a tres cuestiones dilemáticas en torno a las alteraciones depresivas, que han alimentado una extensa e intensa polémica durante los últimos cincuenta años. Me refiero al dilema psicosis / neurosis, endógeno / exógeno, y bipolaridad / unipolaridad,.

La dificultad para comparar los resultados obtenidos entre diversos equipos de investigación, se concreta específicamente en lo sólo la variedad nosológica a la que me he referido líneas atrás, sino muy en concreto, a la variabilidad de los criterios diagnósticos empleados. Muchos de estos criterios además, no son utilizados de forma homogénea por la mayoría de los investigadores. Entre los firmantes de las colaboraciones científicas acerca de la depresión, sólo muy pocos de ellos se ajustan a un criterio internacional, en concreto, a los criterios especificados en la *International Classification of di-*

*seases* (I.C.D. - 9; revisión de 1979) y a la más reciente *Diagnostic and Statistical Manual* (D.S.M. - III, 1980). Aun en estos casos, los criterios empleados varían de unos estudios a otros, en función del mejor o peor uso que de ellos se haga y del mayor o menor entrenamiento que los jueces clínicos u observadores independientes hayan recibido.

Algunos autores, provenientes de la psicología, han ofrecido una alternativa — en opinión de algunos de ellos, la única alternativa válida — a la confusión diagnóstica de la depresión. Me refiero en concreto a la utilización de escalas que evalúan el comportamiento depresivo. Aunque es preciso reconocer que con su empleo los resultados obtenidos ganan en validez y fiabilidad — la cuantificación y el tratamiento estadístico de los resultados están aquí reasegurados — so siempre su uso es todo lo relevante y diferenciador que descamos para la clínica. Por otra parte, la proliferación de los instrumentos escalares para la evaluación de la depresión ha supuesto, en opinión de algunos autores, una cierta inflación de estos instrumentos.

Cada escala tiene peculiaridades relativamente distintas que se ajustan — peor en unos casos, mejor en otros — de modo diverso a las diferentes poblaciones. En algunas de ellas sobreestiman unos síntomas depresivos a la vez que subestiman otros; en otras ocasiones, las escalas aparecen contaminadas desde su diseño inicial por factores culturales específicos del ámbito social en que surgieron; casi siempre, los resultados apresados por estas escalas varían inevitablemente de unas culturas a otras.

En la tabla II se recoge un breve elenco de las discrepancias y de los sesgos transculturales que las diferentes escalas arrojan sobre la población depresiva (véase tabla II).

**TABLA II: Versatilidad escalar en la evaluación del comportamiento depresivo.**

**Depresión Adjective Check List (DACL)**

Lübin y Levitt (1979): Los negros obtienen puntuaciones más altas que los blancos.

**Hamilton Depression Scale (HAM-D)**

Binitie (1975): Diferencias entre pacientes nigerianos (ausencia de sentimientos de culpa o ideas suicidas) e ingleses.

- Muy empleada para evaluar severidad de la depresión y ensayos farmacológicos.
- Limitada en su aplicación transcultural.

### Impatient Multidimensional Psychiatric Scala (IMPS)

Klett (1969): Cien mujeres y cien varos. Inglaterra/Francia/Alemania/Italia/Japòn/Suecia. Los japoneses obtuvieron puntuaciones muy diferentes en ansiedad y muy elevadas en las subescals de retardo motor, ideas paranoicas y sintomas somaticos.

### Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Engelsmann (1970): Checoslovaquia/Francia/Alemania/Italia y USA.

### MMPI D Scale

Comrey (1957): Items muy heterogéneos. Resultò cuestionada la homogeneidad y significacion de la escala.

Butcher (1976): USA/Alemania/Italia.

Escasa sensibilidad. Discrimina mal entre diferentes culturas.

### Self-rating Depression Scale (SDS)

Zung (1969):- validez transcultural: Japon/Australia/Checoslovaquia/Inglaterra/Alemania/Shiza.

- puntuaciones comparables entre pacientes de diversos paises con parecido grado de severidad depresiva:

- pacientes depresivos: 61,4.

- pacientes con otro diagnostico, ademas de depression: 57,7.

- sujetos normales: 37.

Masters y Zung (1977): Validacion de la escala en la India, Espana y Holanda.

Marsella (1980): La escala puede validarse en sociedades que muestren un similar nivel de occidentalizacion.

Carrol (1973): La escala no tiene poder discriminante de la medida de severidad de la depression, especialmente con pacientes depresogenos agudos, agitados y alteraciones perceptivas. Las puntuaciones mas altas se obtienen en depresiones y neurosis de ansiedad

En algunos casos, se señalan las saliencias de los resultados, que sea por el modo en que la escala fue diseñada o sea por discriminación de sus aplicaciones, constituyen un cierto matiz reluctante a la conformidad con los resultados a través de ellas generados. En la Table II incidentalmente se señalan también algunas de la virtudes y defectos de las escalas estudiadas, aunque esta aportación no tiene la pretensión de presentarse como una revisión de los diferentes instrumentos escalares hoy disponibles.

El estudio de la prevalencia de la depresión basada en el criterio de tasa de admisión de pacientes en hospitales por esta causa manifiesta, sin duda alguna, la magnitud del problema, a pesar de que los datos comunicados no sean coincidentes (véase Tabla III).

TABLA III: *Algunos datos epidemiológicos comparativos de la prevalencia e incidencia de la enfermedad depresiva (explicación en el texto).*

Autor y año	País	Resultado
<b>Criterio de admisión en hospitales psiquiátricos</b>		
Juel-Nielsen (1963)	Dinamarca	Versalitud entre el 2,4/100 y el 60% de la poblaciones, segun el criterio de admision.
Richman (1966)	Canada	Versatilidad oscilante entre el 2,4% y el 60% de la poblacion segun el criterio de admision.
Oedegard (1967)	Noruega	Id.
Rawnsley (1968)	Reino Unido	Id.
Kramer (1972)	USA	Id.
Schuyler (1976)	USA	El 22,5% de las admisiones en hospitales psiquiatricos fueron causadas por la enfermedad depresiva.
Silverman (1978)	Europa USA	Variabilidad de la tasa de prevalencia hallada entre el 0,2 y el 38,4%.

En algunos casos, se señalan las saliencias de los resultados, que sea por el modo en que la escala fue diseñada o sea por discriminación de sus aplicaciones, constituyen un cierto matiz reluctante a la conformidad con los resultados a través de ellas generados. En la Table II incidentalmente se señalan también algunas de la virtudes y defectos de las escalas estudiadas, aunque esta aportación no tiene la pretensión de presentarse como una revisión de los diferentes instrumentos escalares hoy disponibles.

El estudio de la prevalencia de la depresión basada en el criterio de tasa de admisión de pacientes en hospitales por esta causa manifiesta, sin duda alguna, la magnitud del problema, a pesar de que los datos comunicados no sean coincidentes (véase Tabla III).

**TABLA III: Algunos datos epidemiológicos comparativos de la prevalencia e incidencia de la enfermedad depresiva (explicación en el texto).**

Autor y año	País	Resultado
<b>Criterio de admisión en hospitales psiquiátricos</b>		
Juel-Nielsen (1963)	Dinamarca	Versalidad entre el 2,4/100 y el 60% de la poblaciones, segun el criterio de admision.
Richman (1966)	Canada	Versatilidad oscilante entre el 2,4% y el 60% de la poblacion segun el criterio de admision.
Oedegard (1967)	Noruega	Id.
Rawnsley (1968)	Reino Unido	Id.
Kramer (1972)	USA	Id.
Schuyler (1976)	USA	El 22,5% de las admisiones en hospitales psiquiatricos fueron causadas por la enfermedad depresiva.
Silverman (1978)	Europa USA	Variabilidad de la tasa de prevalencia hallada entre el 0,2% y el 38,4%.

## Diferencias étnicas

McGough USA Igual tasa de depresiones psicóticas en blancos y negros. Menor tasa de depresiones neuroticas en negros.  
(1966)

## Criterios sintomalogicos y diagnosticos

Leighton USA (Stirling County Study). Tasa de depresion neurotica: 7,2%.

Srole USA El 23% de la poblacion fue clasificado como depresivo (Midtown Manhattan Study).  
(1962)

Cooper Discrepancia criterial diagnostica entre Psiquiatras americanos y ingleses (16,6% y 36,2% respectivamente). The U.S.-U.K. Study.  
(1972)

Gurland Id. anterior. Psiquiatras americanos (12,9%) e ingleses (30,9%).

Brown Reino Unido Prevalencia depresiva en mujeres: oscilante entre el 8% y el 14,8%.  
(1978)

Wiessman USA Con el SADS: 4,3% depresivos mayores, 2,5% menores y 6,8% de tipo mixto (New Haven).  
(1978)

Wing Critica el criterio de inclusion diagnostica utilizado en las anteriores investigaciones.

## Variables sociodemograficas

Weissman Depresiones neuroticas  
Ratio hombres/mujeres -1/2.  
(1977)

Scharfettas Ratio hombres/mujeres -1/3.  
(1978)

Rabasse-Asenjo Ratio Hombres/mujeres -1/2. Depresiones bipolares: la ratio tiende a 1/1.

## Clase social

Bagley Mayor frecuencia en personas con alto status ocupacional (estres)  
(1973)

Brown Mayor frecuencia en mujeres de la clase trabajadora.  
(1978)

Schuyler (1976) comunicó que los enfermos ingresados en los hospitales psiquiátricos de EE.U.U. durante el año 1971 por padecer una enfermedad depresiva fueron 275.575. En esta misma investigación los pacientes depresivos representaban el 22,5% del total de admisiones en hospitales psiquiátricos, siendo sólo precedida esta tasa por pacientes esquizofrénicos (27%) y seguida a larga distancia por alcohólicos (15,8%).

Mayor interés tiene el trabajo de Silverman (1978) que estudió la prevalencia para la enfermedad depresiva en distintos países de Europa y EE.UU. La variabilidad de esta tasa fue enorme, oscilando entre el 0,2% y el 38,4%. Esta investigación, sin embargo, ha sido duramente criticada por Singer (1975), quien manifiesta la poca fiabilidad de los resultados, al no haberse tenido en cuenta diferencias de edad, criterio diagnóstico, etc.

El criterio de "admisión hospitalaria" es, desde luego, relevante, tanto para la epidemiología como principalmente para la asistencia psiquiátrica del enfermo deprimido. Sin embargo, esa tasa está también afectada por factores socioculturales; en este caso concreto por factores socioculturales clínicos. Me refiero, claro está, al hecho de que los criterios clínicos para la admisión y/o reingreso de los enfermos depresivos también varían de una época a otras, especialmente si nos atenemos al despegue y a la eficacia operados en la psicofarmacología. Nada de particular tiene entonces que la versatilidad encontrada por Silverman haya sido replicada también por muchos otros autores, como Rawsley (1968) en el Reino Unido, Oodegard (1967) en Noruega, Juel-Nielsen y col. (1963) en Dinamarca, Kramer y col. (1972) en EE.UU. Richgman (1966) en Canadá, etc. La tasa de prevalencia depresiva en función del ingreso en hospitales varía según estos autores más ampliamente que en la investigación de Silverman: de 2,4% a 60%. Esto significa que la *eficacia terapéutica operada por la introducción de los psicofármacos* cambió bruscamente la criteriología para la admisión de estos enfermos en centros hospitalarios desde entonces a hoy, la mayor parte de ellos son tratados ambulatoriamente.

Las *diferencias étnicas* han sido también otra de las variables que más se han estudiado en relación con la enfermedad depresiva, especialmente en EE.UU. Muchos autores se manifiestan coincidentes en señalar que la depresión tiene una menor frecuencia en los sujetos *negros* que en los *blancos* (Mc Gough y col. 1966). Sin embargo no sucede lo mismo en esos estudios si se controla el tipo de depresión padecida. Así, por ejemplo, respecto a la depresión psicótica, las tasas comunicadas se igualan en uno y otro grupo étnicos, e incluso, llega a ser superior en los negros que en los blancos. De otra parte, las diferencias comunicadas entre blancos y negros debieran ser valoradas en función de un relevante criterio social: las facilidades o dificultades

provinientes de la integración racial y sus consecuencias en el hecho de la hospitalización.

Otras investigaciones han puesto especial énfasis en los *criterios sintomatológicos*, relegando a un segundo plano el criterio nosológico. También aquí los resultados son muy contradictorios. Así por ejemplo, en el *Sturling County Study* (Leigton y col., 1963) encontraron una prevalencia de depresión neurótica del 7,2% ; Srloe y col.,(1962) en el *Midtown Manhattan Study* hallaron que 23% personas habían sido clasificadas como depresivos. Weissman y col. (1978) empleando en New Haven el SADS ("*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenis*") encontraron un 4,3% de síndromes depresivos mayores, un 7,5% de menores y un 6,8% de cuadros mixtos. La muestra de sujetos estudiados fue de 511. El trabajo de Brown y col. (1978) antes aludido, encontró una prevalencia de depresión en mujeres oscilante entre el 8 y el 14,8% en Candlerwell (Inglaterra).

Muchas de estas investigaciones han sido duramente criticadas, por Wing y col. (1978), quien trató de *validar el criterio de inclusión* de los pacientes en el diagnóstico usando un índice de definición que establecía el nivel de alteraciones depresiva en cada paciente; por Cooper y col. (1972, quien ha puesto de manifiesto los diferentes criterios diagnósticos usados por psiquiatras *ingleses y norteamericanos*: en USA, el 16,6% de las admisiones eran diagnosticadas de depresión mientras en Inglaterra, para una muestra análoga a la anterior, se emitió el mismo diagnóstico en el 46,2% de los casos); por Gurlad y col. (1972 quien replicó el trabajo del anterior, encontrando un resultado diagnóstico del 12,9% y 30,9% entre psiquiatras *norteamericanos e ingleses*, respectivamente).

Las *variables sociodemográficas* han sido también objeto de estudio. Así, la ratio hombre/mujeres es de 1/2 (Weissman y col. en 1977) ó 1/3 (Scharfetter y col. 1978). Las mujeres sufren más frecuentemente que los hombres depresiones, especialmente depresiones neuróticas y depresiones unipolares. En cambio, apenas si hay diferencias de sexo en la tasa de prevalencia de psicosis bipolares, habiéndose comunicado en la actualidad que es del 3,5% para ambos.

Resultados enfrentados se han comunicado respecto de la *clase social* de los pacientes. Para Bagley (1973) la depresión es mucho más frecuente en personas con un alto estatus ocupacional. El autor antes citado sugiere como factores explicativos, el mayor esfuerzo por éxito y la mayor vinculación con el estrés que sufren estos sujetos. Por contra, para Brown y col. (1978) la prevalencia de depresión es mucho mayor en mujeres de la clase trabajadora en Inglaterra. Es de notar que la relevancia que en estas explicaciones supuestas tiene de hecho el modelo inicial, está a la base de las investigaciones

epidemiológicas, referidas líneas atrás.

El *comportamiento depresivo (suicidios)* ha sido también una de las medidas empleadas en el estudio epidemiológico de la depresión. Este indicador es aún más complejo por cuanto existen serias dificultades para registrar el comportamiento suicida y/o los intentos suicidas frustrados o no. No obstante, la magnitud de este indicador, es desde luego, preocupante. Aunque el dato es probable que esté sobreestimado, alrededor de 25.000 muertos se produjeron por esta causa en EE.UU. en 1792, lo que constituyó la primera causa de muerte para aquel país en ese año. Otras investigaciones, como las de Schuyler (1976) sobre este mismo punto tienen el riesgo inevitable de estar baradas en estudios retrospectivos.

Hasta aquí algunos de los datos revisados en torno al hecho depresivo en la cultura occidental (se asume por el autor de estas líneas – y espero que la asunción no sea indebida – que la actual cultura americana puede sobreincluirse en la cultura occidental, tanto por lo que le diorigen como por los estilos de vida hoy imperantes, a pesar, obviamente, que este hecho sea discutible).

TABLA IV: *Algunas de las características depresivas típicas de los países no occidentales.*

Kimura (1965)	Japón/Alemania	<p>Parecida tasa de sentimientos de culpabilidad en ambas poblaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Japón: los sentimientos de culpa se dirigen a parientes, ancestros y compañeros.</li> <li>- Alemania: los sentimientos de culpa se dirigen hacia los niños y hacia Dios.</li> </ul>
Yap (1965)	Hong Kong	<p>Las ideas de culpabilidad eran infrecuentes y de mediana intensidad. Ausencia de ideas delirantes de pecado.</p>
Pfeiffer (1967, 1971)	Indonesia/Alemania	<p>Entre los indonesios, mayor sintomatología somática; entre los alemanes disminución del sentimiento de autoeficacia y aumento de las tendencias suicidas y de los sentimientos de culpabilidad.</p>

Kinzie (1973)	Japón/China/Caucaso (estudiantes)	Mayor tasa de depresión en mujeres asiáticas que del Caucaso (por ser más introvertidas, tendrían una mayor vulnerabilidad al estrés).
Rao (1973)	India	Tasa: 9-16,7 por mil. En el sur son más frecuentes las somatizaciones y los sentimientos de culpabilidad que en el norte.
Singer (1975)	Senegal/Etiopía/ Sudán/Africa del Sur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ghana: más frecuente autoculpación y atribución de la enfermedad a brujería.</li> <li>- Etiopía: perfil depresivo parecido al de los países occidentales.</li> </ul>
Kim (1977)	Corea/Inglaterra/ USA/India	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos de culpabilidad igualmente frecuentes en coreanos que en países occidentales y doble que en los hindúes (Hamilton Depression Scale).</li> <li>- Sentimientos orientados hacia la propia familia.</li> </ul>
Master (1977)	USA/Japón/ Checoslovaquia/ Inglaterra/Alemania y Holanda	Apenas hay diferencias epidemiológicas significativas (criterio: puntuaciones obtenidas en la escala de Zung).
Anath (1978)	India	Bajísima prevalencia en mujeres que aceptan como algo inalterable y fatalmente su situación personal.
Leighton (1983)	Africa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poca frecuencia de depresiones graves y leves.</li> <li>- Duración más corta.</li> <li>- Ausencia de sentimientos de culpa. . . . .</li> <li>- Baja tasa de suicidios.</li> <li>- Ausencia de sintomatología cognitiva.</li> <li>- Mayor frecuencia de depresiones enmascaradas y de síntomas confusionales.</li> </ul>

Leighton  
(1983)

Canada/Nigeria

Ratio de frecuencia de síntomas:  
1/4.

Veamos ahora qué sucede con las culturas no occidentales (vease Tabla IV). Se ha comunicado, por ejemplo por Leighton (1963), que para los *afri-canos* las características de la enfermedad depresiva tienen un perfil distinto, consistente en : escasa frecuencia de depresiones graves y leves; una más corta duración de la enfermedad; ausencia de sentimiento de culpabilidad; y muy baja tasa de suicidio. A esto se añade la ausencia de sintomatología cognitiva y la presencia, muy marcada, de depresiones enmascaradas con síntomas confusionales y somáticos. El equipo investigador antes aludido comparó una muestra de pacientes de Nigeria y Canadá, encontrando que los síntomas somáticos eran cuatro veces más frecuentes en los sujetos nigerianos.

Otras investigaciones transculturales han comparado aspectos diferenciales del fenómeno depresivo en muestras de pacientes en el Senegal, Etiopía, Sudán y Africa del Sur. Aunque los aspectos discriminantes hallados internacionalidades no son muy perceptibles, en cambio, sí que pueden ser relevantes, si se interpretan en conexión con el marco cultural específico que caracteriza a cada uno de ellos. Así, por ejemplo, en *Senegal*, son muy frecuentes los cuadros paranoicos y los síntomas somáticos. En *Ghana*, las manifestaciones más relevantes son la autoculpación y la atribución de la enfermedad a brujería y/o encantamiento. En *Sudán*, en cambio, lo más relevante en este perfil son los sentimientos de vergüenza y culpa. Finalmente, en Etiopía y Sudán los perfiles psicopatológicos de la enfermedad depresiva se asemejan mucho a los que observamos en los países de la cultura occidental (Singer, 1975).

Los estudios epidemiológicos basados en la tasa de hospitalización en el subcontinente de la *India* revelan que en el norte la tasa es entre el 9 y el 16,7%, y el perfil que caracteriza estos cuadros acusa una marcada diferenciación entre el norte y el sur; en el sur son muy frecuentes los sentimientos de culpabilidad y las somatizaciones (Rao, 1973).

Un hecho importante desde el punto de vista atribucional y cognitivo es el comunicado por Anath (1978), quien encuentra una bajísima prevalencia de la enfermedad depresiva en *mujeres indias*, caracterizadas por aceptar la fatalidad y estar persuadidas de que su situación personal es inalterable (¿puede entenderse este dato como inmunización frente a la depresión?, ¿qué podrían decir aquí las investigaciones recientes que defienden la hipótesis de la incontrolabilidad como teoría explicativa de la depresión?, espe-

cialmente Seligman (1982), Lewinshon (1982), etc.). Es preciso hacer constar, sin embargo, que apenas hubo diferencias significativas en los resultados obtenidos mediante la evaluación conductual de la depresión a través de la SDS de Zung en enfermos depresivos de países tan diferentes como EE.UU., Japón, Checoslovaquia, Inglaterra, Alemania y Holanda (Masters y col., 1977; Zung, 1969). ¿Significa ésto que las diferencias interculturales se aplanan cuando el comportamiento depresivo se evalúa con las escalas de Zung? ¿Puede acaso concluirse que dicha escala evalúa un común denominador depresivo que estando más allá y por encima de las diferencias culturales tiene validez universal? El autor de estas líneas no acierta a explicar el hecho mencionado, pero se manifiesta escéptico ante la potencial validez universal -no contaminada culturalmente- de dicha escala.

Los *sentimientos de culpabilidad* han sido estudiados en una población como Japón, que míticamente, por su idiosincrasia cultural, le era atribuída una importancia extraordinaria respecto de la ausencia de estos sentimientos. Kimura (1965) ha comparado estos sentimientos depresivos de culpabilidad en japoneases y alemanes. Kimura encontró igual frecuencia de estos sentimientos en ambas poblaciones. No obstante, los sentimientos de culpa en los *japoneses* tenían una dirección bien distinta, encaminándose hacia los parientes, ancestros y compañeros, frente a la población *alemana* que, a lo que parece, dirige su culpabilidad hacia los niños y hacia Dios. Yap (1965) estudió una población de Hong-Kong, con una sintomatología depresiva (retrospectivamente) encontrando que era paralela a la que observamos en la cultura occidental. La diferencia más relevante encontrada se centraba también en las ideas de culpabilidad: en la población *china* estudiada las ideas de culpabilidad eran infrecuentes y de moderada intensidad; estaban completamente ausentes las ideas delirantes de pecado.

La escala de Hamilton (HAM-D, Hamilton Depression Scale) ha sido empleada también para evaluar los sentimientos de culpabilidad en pacientes depresivos en países como Corea, Inglaterra, EE.UU. e India. Kim (1977) encontró que los depresivos coreanos manifestaban sentimientos de culpabilidad y deseos suicidas en una proporción similar a la encontrada en los pacientes ingleses y norteamericanos. Sin embargo, entre los coreanos, las manifestaciones de sentimientos de culpabilidad era doble que entre los pacientes hindúes. Estos datos están en rotunda contradicción con el constructo cultural - muy probablemente prejuizgador - que ha venido sosteniendo durante muchos años la rareza de los sentimientos de culpabilidad y del comportamiento suicida entre las culturas no occidentales. Kim encontró en la población coreana que los sentimientos de culpabilidad se orientaban sobre todo contra la propia familia. En esta misma población encontró una alta puntua-

ción en síntomas de tipo somático.

La escala SDS de Zung ha sido empleada también para estudiar la prevalencia de sintomatología depresiva entre estudiantes universitarios. Kinzie y col. (1973) estudiaron el comportamiento de los universitarios de Japón, China y Caúcaso, evaluado con esta escala.

Contrariamente a lo que se suponía, las *mujeres asiáticas* arrojaron una prevalencia de comportamiento depresivo muy superior al hallado entre los habitantes del Caúcaso. Se ha hipotetizado que los estudiantes asiáticos-americanos son más introvertidos y bajo situaciones de exposición al estrés son más fácilmente vulnerables ante la depresión.

Pfeiffer (1967, 1971) comparó el perfil depresivo en alemanes e indonesios. Las diferencias halladas manifiestan que en los *indonesios* aparece abundante sintomatología somática y una pérdida de la vitalidad; entre los *alemanes*, lo más característicos es el sentimiento de disminución de la autoeficacia sentimientos de culpabilidad y tendencias suicidas.

Quien nos haya seguido hasta aquí podría fácilmente concluir, de una forma simplista y reduccionista, lo que sigue: que la depresión en países occidentales se caracteriza por una profunda alteración de las funciones cognitivas; en los países de la cultura no occidental, la sintomatología más frecuentemente manifiesta es la somática. De dar validez a la conclusión anterior, se podría afirmar que *en la medida que el hombre se occidentaliza, se cognitiviza su enfermedad depresiva, mientras que en la medida que se orientaliza, su enfermedad depresiva se somatiza.* (Véase Tabla V).

TABLA V: *Supuestas características diferenciales de la enfermedad depresiva en occidente y en oriente.*

Occidente	Oriente
Alteraciones cognitiva	Sintomatología somática

Naturalmente, quien esto escribe está en profundo desacuerdo con las anteriores afirmaciones. La experiencia clínica me empara en este desacuerdo. En realidad, para culaquier clínico occidental, las depresiones somatizadas continúan siendo hoy muy frecuentes. No se olvide que en la literatura occidental aún continúan teniendo validez términos aceptados universalmente como "equivalentes depresivos", "*depresiones enmascaradas*"... (otra cosa

es que se haya probado científicamente que es lo que subyace bajo estos términos). No se olvide tampoco que las manifestaciones depresivas - siempre que no recurramos a indicativos neurofisiológicos y bioquímicos, como sucede en las investigaciones aquí revisadas - sufren siempre una mediación lingüística. El paciente depresivo nos autoinforma de lo que él experimenta y esa información, obviamente, está lingüísticamente mediada. Así, por ejemplo, en *latinoamérica* la palabra “susto” puede en muchas circunstancias tener el significado de una manifestación depresiva, por cuanto en aquella comunidad de hablantes el término “susto” significa algo así como “perdida del alma”; por poner otro ejemplo: los indios *mohave* expresan ciertos equivalentes funcionales depresivos como una experiencia de “ruptura del corazón”; o entre los *siux*, el uso del lenguaje para la manifestación de la depresión se centra alrededor de otra experiencia que nos comunican con el término de “totalmente desalentado”. Y el lenguaje - conviene no olvidarlo - es la vía regia en la que se manifiesta y explana el propio pensamiento a cuyo través se hace posible la comunicación. Pero el lenguaje es también el conjunto de símbolos que más dependientes son de determinada cultura y que más profundamente arraigan en la intimidad del hombre.

Por otra parte, se ha dicho — y creo que con razón — que oriente se occidentaliza de día en día (también podría decirse en cierto sentido lo contrario respecto, por ejemplo, a la asunción de técnicas y modas orientales como el yoga, etc.). De ser cierta la afirmación anterior no parece que sean igualmente ciertas las hipótesis sobre la depresión en relación con la dicotomía occidente/oriente, a que he hecho referencia líneas atrás. La cultura además-testigos somos los que habitamos en países mediterráneos - es algo vivo, dinámico y continuamente cambiante. De ahí que lo afirmado anteriormente tiene un peso muy relativo (rapárese, por ejemplo, en que muchos de esos países no occidentales han logrado ya su independencia y se vuelven hacia Europa para, incorporándose a los países desarrollados, tratar de imitarlos).

Hay otra dificultad sobreentendida. Algunos autores — Prince entre ellos (1968) — sostienen que hay una tendencia hacia la igualación oriente-occidente respecto de la tasa de prevalencia de la enfermedad depresiva. En cambio, Lin y col. (1969), quienes han estudiado este problema en tres comunidades de Taiwan con un intervalo de quince años, no han encontrado cambios significativos respecto a la prevalencia de la psicosis, pero sí un aumento en aquella población de las alteraciones no psicóticas, en especial de la psiconeurosis. Dos bloques de hipótesis alternativas pueden aducirse para justificar los resultados contradictorios hallados por Prince y Lin. De un lado, el hecho de que el comportamiento psicótico tienda a igualarse entre ambas culturas podría explicarse por la aparición y uso eficaz de los psico-

fármacos. A nadie se le oculta que desde al año 1949 decreció en EE.UU. el ingreso de pacientes por depresiones psicóticas, mientras que aumentaron las admisiones por alteraciones de la personalidad y psiconeurosis.

De otro lado, los resultados de Lin — me refiero ahora al incremento de alteraciones no psicóticas entre la población de países no occidentales — puede explicarse mejor apelando a una hipótesis explicativa de tipo cultural: en la medida que los países no occidentales imitan el estilo de vida imperante en la cultura occidental — y teniendo en cuenta la menor eficacia psicofarmacológica en el tratamiento de estos problemas (psiconeurosis) — es lógico que la prevalencia de trastornos más vinculados a los factores socioculturales también allí crezcan.

Dicho de otro modo: las *alteraciones psicóticas* tienen una raigambre fundamentalmente biológica, son muy permeables a la acción de los fármacos y relativamente impermeables a la acción de los factores socioculturales. Por contra, las *alteraciones depresivas no psicóticas* pueden fácilmente condicionarse por el estilo de vida, son vulnerables a la acción medicamentosa y se vinculan muy fácilmente a los cambios de los factores socioculturales.

Nada de extraño tiene entonces que las depresiones psicóticas tengan una prevalencia, curso y respuesta a la terapia, análogas en las diferentes culturas, mientras que las depresiones reactivas — socioculturalmente dependientes en buena medida de factores depresógenos — se incrementen hasta el igualitarismo en los países no occidentales en idéntica medida que estos asumen, por un mimetismo mayor o, peor interiorizado, los hábitos, costumbres y estilos de vida que hasta ahora eran propios de la cultura occidental.

En todo caso, la enfermedad depresiva, al menos en sus manifestaciones está afectada de un cierto carácter metabólico, cambio que resulta difícil de explicar sin apelar a las variaciones individuales, a la mejor o peor diferenciación nosológica de los síndromas clínicos y al emergentismo y diversificación de los fenómenos culturales.

Mientras tanto no puedan controlarse rigurosamente los diferentes paquetes de variables antes aludidos, las hipótesis socioculturales en torno al hecho depresivo no irán más allá de ser un constructo metateórico. Este constructo, en cuanto tal, tiene un valor heurístico indiscutible, pero también tiene el riesgo no pequeño de pasar a convertirse en una *impostura metateórica* capaz de retroalimentar los prejuicios interculturales y de acrecer las diferencias étnicas y socioculturales.

### “Locus of control” y responsabilidad personal

La reciente investigación de las teorías cognitivas de la depresión han

puesto el énfasis sobre el “locus of control”, como un constructo explicativo principalista en la génesis del comportamiento depresivo. Algunos autores han tratado de relacionar la disminución de la psicosis maníaco-depresiva en EE.UU. con los cambios operados en los determinantes internos del sujeto (como los sentimientos de responsabilidad, culpabilidad) y a haber disminuído el set atribucional externo en relación con el “locus of control”. En mi opinión esto no deja de ser mas que una atribución sobre la atribución. En primer lugar, porque no está clara la conexión entre psicosis maníaco-depresiva (cuyas raíces son principalmente biológicas) y el “locus of control”.

En segundo lugar, porque resulta muy difícil de probar (además de muy difícil de definir operativamente) el hecho de que se haya acrecido en la actual población americana los sentimientos de culpabilidad.

En tercer lugar, por último, porque no hay ningún estudio, al menos que yo conozca, en que se haya demostrado empírica o experimentalmente la falsación o verificación de la evidencia que debiera dar un soporte científico a las anteriores afirmaciones e hipótesis.

### *Ansiedad y depresión: indefinición y polisemia linguistica*

La depresión y la ansiedad son compañeros inseparables que hacen casi siempre el mismo recorrido. Ninguno de estos conceptos, sin embargo, está específicamente delimitado. En la clínica de la depresión, aunque con manifestaciones muy diversas, la ansiedad siempre está de algún modo presente.

Entre los pacientes hay un uso alternativo y/o intercambiable de ambos conceptos cuando informan de sus padecimientos. En todo caso, hay léxicos culturales en que, sancionados por el uso, se emplean más diferenciadamente dichos términos; pero también hay otras culturas en que su uso es totalmente indiferenciado. Así, por ejemplo, en las lenguas africanas, donde la misma palabra representa a las dos.

Leff (1973) estudió la vinculación entre comportamiento verbal diferenciado y diferencias culturales en nueve países, encontrando una diferenciación alta entre estos términos en los países desarrollados. Sin embargo, en Nigeria y Taiwan, por ejemplo, encontró un bajísimo grado de diferenciación emocional al definir estos términos. Por otra parte, conceptos como depresión y ansiedad son muy difíciles de trasladar al lenguaje coloquial en países como China o Yoruba. En este último país, tanto la depresión como la ansiedad se explanan verbalmente con connotaciones de tipo somático. A parecidos resultados que Leff ha llegado en el proyecto US-UK (United State-United Kindong) Cooper y col. (1972), al no encontrar ninguna diferenciación en el empleo terminológico de estos conceptos en la población negra a-

mericana. Los negros americanos no tienen capacidad discriminante entre ambos conceptos. Esta peculiaridad sí que debiera ser estudiada bien, por cuanto que las pruebas escalares que se usan para la evaluación del comportamiento explican si las diferencias disc

miento depresivo están mediadas lingüísticamente. En todo caso, queda por explicarse si las diferencias discriminantes y no discriminantes de tipo lingüístico, entre unas y otras poblaciones, se debe únicamente a factores socioculturales o a factores vinculados con la saliencia estimular autoperceptiva de tipo sintomatológico, o acaso a ambas.

### *Estructura familiar y depresión*

La investigación de la estructura familiar y sus implicaciones en la depresión parece obvia, aunque aun requiere un examen más profundo. Las actitudes de los padres (dependencia/independencia; sobreprotección/rechazo; calidad de tiempo dedicado; uso de premios/castigos, etc.) lógicamente han de contribuir a moldear el comportamiento de sus hijos, y con él, el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos, los setting atribucionales, etc. que, de una u otra forma están implicados en el hecho depresivo.

A lo que parece, la multitud de figuras parentales (se estima que un 60% de los jóvenes norteamericanos menores de 18 años han convivido con tres padres diferentes), la permisividad, la minimización de las exposiciones a la frustración (se ha checho un mito etiológico del “trauma” en la infancia, hurtándola así al niño cualquier entrenamiento e inmunización ante la frustración), constituyen un buen elenco de factores que coyuntural o sustancialmente pueden ser relevantes en la etiología de las depresiones infantiles. Aunque los resultados son, por el momento, inconclusivos, los efectos de la urbanización, industrialización y, sobre todo, emigración, hacen sospechar en estos un papel de cierta importancia en las depresiones en la infancia (Murphy, 1969; Fabrega, 1969). La cohesión social — especialmente en esta oukia natural que es la familia — puede tener también un papel relevante en cuanto que las coordenadas axiológicas son inciertas, las tradiciones se desvanecen muy rápidamente, la trabazón de los familiares es casi inexistente y apenas sí existe un modelo comportamental a imitar por el escaso tiempo de convivencia entre padres e hijos.

Recíprocamente, las relaciones hijos—padres también se ven afectadas por esta privación vincular. Hoy, por ejemplo, muy pocos saben lo que significa la piedad (pietas) virtud que, formando parte de la justicia, regula los deberes filiales respecto de los padres. La tradicional y natural “pietas” ha sido sustituida en la actualidad por el *filiarcado* y, en consecuencia, los hijos

se instalan en el desarraigo sin techo (no hay modelos parentales ni de abuelos a los que imitar) y sin suelo (es dudoso que quieran para sí convertirse en padres y traer hijos al mundo después de haber estado expuestos a las experiencias con sus ancestros antes referidas).

Por último, para no alargar más esta ponencia, la sustitución de la *familia extensa por la familia nuclear* ha constituido, con toda probabilidad, una contribución al aislamiento impersonal que podría manifestarse en la siguiente proposición egotista: "Yo — para mí — conmigo — y — sin — nadie".

### *Depresión y religión*

Las relaciones entre religión y depresión han sido dejadas fuera de foco y apenas si hay investigaciones disponibles sobre este aspecto. Malzberg (1962) encontró una mayor prevalencia de enfermedad depresiva (criterio: admisión hospitalaria en Nueva York) entre judíos que entre cristianos. Este dato no ha recibido confirmación en estudios realizados en Israel. Sin embargo, los judíos europeos muestran una tasa de admisiones mayor por enfermedad depresiva que los judíos orientales (Halevi, 1963).

Según ha comunicado Fernando (1976), los pacientes depresivos judíos estudiados en Londres eran menos hostiles que los católicos y menos intro-punitivos que los protestantes. Los sentimientos de culpa — como por otra parte era de esperar — eran muy escasos entre pacientes depresivos no cristianos.

En realidad, falta mucha investigación por realizar en este ámbito, pues como la experiencia clínica nos enseña, entre los católicos su sistema de creencias y valores (esperanza, existencia de otra vida, creencia en un juicio personal seguido de premios y castigos, etc.) supone un importante frente de resistencia respecto a las ideas suicidas, a la vez que incrementa su invulnerabilidad ante la frustración y aumenta su tolerancia a la ambigüedad estimular ambiental.

### *Un informe reciente de la O.M.S.*

Un intento más reciente ha sido realizado por la Organización Mundial de la Salud (*Depressive Disorders in different Cultures, 1983*). En el informe recientemente publicado, se da amplia cuenta de los objetivos propuestos y de los resultados encontrados: seleccionar las diferencias existentes entre los distintos cuadros depresivos en cinco países, en relación a la cultura, el desarrollo socioeconómico, los modelos de intervención terapéutica y los criterios psiquiátricos tradicionales.

Las diferencias más acusadas entre las cinco poblaciones incluidas en este trabajo se resumen a continuación: *Irán* (pacientes extraordinariamente variados desde el punto de vista socioeconómico y educativo), *Canadá* (caracterizada por una composición multiétnica y social muy variada, animada además de una gran movilidad geográfica), *Suiza* (una comunidad urbana con alta proporción de población joven y una relativa estabilidad social y económica), *Tokio* (una aglomeración urbana muy populosa) y *Nagasaki* (una comunidad mixta rural y urbana, mucho más tradicional en su estilo de vida y organización social).

El instrumento empleado en esa investigación fue *The Schedule for Standardized Assessment of Depressive Disorders* (WHO/SADD). Este estudio transcultural se dirigió específicamente a explorar y a describir las manifestaciones depresivas en diferentes ambientes sociales y culturales previamente contrastados. La inclusión de las dos áreas japonesas distinguidas ofrecía además la ventaja de, participando en un mismo medio macrocultural, diferenciarse simultáneamente en un área de densa población urbana (Tokio) y otra mixta rural—urbana (Nagasaki). De este modo se trataba de estudiar cómo eran percibidas las diferentes alteraciones por observadores que, participando de un marco común de referencias pudieran contribuir a comprender mejor la relación existente entre los factores socioculturales y las manifestaciones del comportamiento depresivo. A pesar de la especificidad de los objetivos de este diseño, los datos obtenidos sólo pueden servir para ilustrar las posibles diferencias existentes entre poblaciones, aunque tiene muchas limitaciones que restringen la significación de los resultados obtenidos. Se controlaron quince variables de tipo demográfico y geográfico (densidad de población, porcentaje de población según edad, tasa de nacimientos, mortalidad infantil, tasa de suicidios, escolaridad, etc.) y nueve relacionadas más específicamente con los servicios sanitarios (camas por mil habitantes, número de médicos, número de psiquiatras, número de admisiones de pacientes psiquiátricos por año, etc.). Las diferencias más relevantes halladas en lo que a la depresión respecta, provienen del porcentaje de la totalidad de pacientes psiquiátricos hospitalizados. En las cinco poblaciones estudiadas hay un acuerdo relativo en señalar a las psicosis afectivas como la tercera enfermedad psiquiátrica que motivó el ingreso de los pacientes en el hospital (el porcentaje varía entre el 23,5% en Teherán y el 2% en Nagasaki, distribuyéndose este porcentaje en las diferentes poblaciones del siguiente modo: 16,9% en Suiza; Montreal, 11,8% y Tokio 21,2%). Los porcentajes correspondientes a otras entidades diagnósticas pueden verse en la Tabla VI.

TABLA VI: *Porcentaje total de pacientes admitidos en instituciones psiquiátrica, en función del criterio diagnóstico. (O.M.S., 1983).*

	Basilea	Montreal	Nagasaki	Teherán	Tokio
Número de admisiones anuales. (se incluyen readmisiones)	2.154	9.056	?	18.000	60.250
Población	224.630	2.802.480	1.570.000	3.492.500	25.647.067
Porcentaje total de pacientes admitidos.					
Psicosis	47,9	43,3	69	84,4	84
Esquizofrenia	21	20,3	46	52,3	20,8
Psicosis afectiva	16,9	11,8	2	23,5	21,2
Neurosis	9,1	20,6	2	7,6	14,3
Dependencia alcoholica	13,6	18,2	6	0,1	4
Otras dependencias	6,8	1,7	1	0,9	1
Otras diagnòsticos	21,1	16,2	22	6,8	18,7

De estos cinco poblaciones, únicamente en Montreal las psicosis afectivas ocupan el quinto lugar en el porcentaje de enfermos ingresados por este diagnóstico, siendo precedido por la psicosis (43,3%), la esquizofrenia (20,3%), las neurosis (20,6%) y el alcoholismo, un 18,2% de los pacientes.

#### *Depresion endogena versus depresion psicogena*

Acaso la cuestión más relevante para el clínico, que se plantea en este informe es la del diagnóstico diferencial entre depresiones endógenas y psicógenas (reactivas y neuróticas). Se ha especulado mucho — las más de las

veces hipercríticamente — acerca de la falta de rigor, en una palabra, de la no coincidencia de los diagnósticos realizados por los psiquiatras. En realidad, el diagnóstico clínico tradicional — el que se realiza en la práctica cotidiana — se alza sobre el conjunto de síntomas que ofrece el paciente, perfil que luego con mayor o menor fortuna, se adscribe a una determinada entidad nosológica.

En otros casos — como acabamos de ver — se apela a un análisis univariado de atributos simples (es decir, de síntomas aislados), cuya robustez para el diagnóstico es más bien dudosa. No podría ser de otra forma, puesto que los atributos simples de la enfermedad depresiva, contemplados aisladamente, dejan fuera de foco las posibles correlaciones con otros atributos al no atender a las relaciones posiblemente existentes entre las diferentes variables. En conclusión, el análisis univariado no permite obtener conclusiones definitivas respecto a la inclusión de cada paciente en la categoría de depresión endógena/psicógena, como tampoco autoriza una conclusión que pueda generalizarse respecto de las diferencias entre grupos, entre centros y entre poblaciones. En síntesis, el análisis univariado, al examinar las variables independientemente es insuficiente para estimar la magnitud real y la importancia de las posibles diferencias derivadas de interacciones entre variables. Por ejemplo, en una muestra de pacientes puede predominar la depresión endógena, mientras que en otra la depresión reactiva; si no tenemos en cuenta la edad de los pacientes y la condición de ambulatorio/ingresado, difícilmente podrá apresarse cuál es el factor que subyace y explica la diferencia de frecuencia obtenidas entre los grupos.

El procedimiento utilizado por los autores en las cinco muestras investigadas ha sido el análisis de varianza multivariado (Manova) y el análisis funcional discriminante. Naturalmente, el tratamiento estadístico aplicado tiene también sus limitaciones. Sin embargo, respecto de la investigación comentada, es sin duda alguna, uno de los procedimientos de elección. No obstante, al usar análisis de los componentes principales o factores, ha de hacerse notar que un factor es sólo una abstracción, es decir, una variable derivada matemáticamente que explicará las correlaciones observadas entre un gran número de variables empíricamente evaluadas.

El procedimiento utilizado, en síntesis, recorrió las siguientes etapas: reducción del número de variables obtenidas mediante el WHO/SADD a un número que sea operativizable estadísticamente, para lo cual se empleó la transformación y condensación de las variables correlacionadas en otras variables no correlacionadas; transformación mediante rotación axial (ortogonal) de los factores correspondientes al análisis de los componentes principales, y eliminación de los factores que tenían una varianza pequeña.

Por este procedimiento, los primeros quince factores ortogonales obtenidos explicaban alrededor del 50% de la varianza. Posteriormente, se realizó una replicación, interna del análisis, llegando a confirmarse la estabilidad de 13 de los 15 factores anteriores para, de esta manera, determinar con mayor exactitud cuáles eran las posibles variables discriminantes respecto de la adscripción de los pacientes a las categorías "endógeno o psicógeno". Sólo de esta manera — combinando el análisis factorial con otros métodos de análisis — se podrá contestar con mayor fiabilidad a la importancia relativa que en dicho diagnóstico tienen las variables individuales y los grupos de variables.

Los grupos de pacientes provenientes de los distintos centros, (estudio multicéntrico) fueron así comparados, tomando como base el resultado de dos formas de análisis de varianza multivariado. Resumo a continuación las conclusiones obtenidas, según las distintas hipótesis formuladas:

a) Veamos la primera hipótesis: si existen diferencias entre los perfiles factoriales obtenidos entre los pacientes de diferentes centros, estas diferencias podrían ser de la misma magnitud y señalar idéntica dirección que las encontradas a través del criterio diagnóstico endógeno/psicógeno. De otra forma, si existen diferencias entre ambas categorías diagnósticas, estas diferencias podrán ser de la misma magnitud e idéntico sentido que las obtenidas entre los centros: *hipótesis de la interacción centros versus grupos de diagnóstico*. Esta hipótesis no pudo ser rechazada en función de los resultados obtenidos ( $p < 0,05$ ). Es decir, la diferencia en los perfiles factoriales encontrados entre centros no se debe a las diferencias encontradas entre los grupos de pacientes con depresiones endógenas y psicógenas que estaban representados en diferente proporción en los distintos centros. En síntesis, las diferencias existentes en los pacientes investigados de los distintos centros no pueden explicarse por la presencia de diferentes proporciones de depresiones endógena y psicógenas de dichos centros.

b) Veamos la segunda hipótesis: si no hay diferencias intercentros en relación a los perfiles factoriales de las quince variables depresivas seleccionadas en estos pacientes. Dicha hipótesis fué rechazada, pues los resultados obtenidos en el Manova tenían un nivel de significación de  $p < 0,0001$ . Las diferencias eran significativas entre la media de los perfiles factoriales en todos los posibles pares de centros estudiados, excepto en el de Basilea - Montreal. Esta excepción puede ser justificada si nos atenemos a otro dato asistencial: los pacientes de la muestra de Basilea estaban todos ingresados a pesar de que era muy diferente el grado de severidad depresiva padecida. Los pacientes de la muestra de Basilea estaban todos ingresados a pesar de que era muy dife-

rente el grado de severidad depresiva padecida. Los pacientes de la muestra de Basilea mostraron puntuación mucho más alta en el factor “*astenia/retardo motor*” que los pacientes de Teherán, Tokio y Nagasaky. Estos últimos puntuaron mucho más alto en este factor que los de Tokio. En cambio, respecto del factor “personalidad anormal”, los pacientes de las muestras de Basilea y Montreal tuvieron puntuaciones más altas que los de Nagasaky y Teherán.

c) Veamos la tercera hipótesis. si no existen diferencias entre los grupos diagnósticos de depresión endógena y psicógena, en función de los perfiles factoriales obtenidos. Los resultados del Manova permitían rechazar esta hipótesis al nivel de  $p < 0,0001$ . Hay pues diferencias entre los perfiles obtenidos en los dos grupos diagnósticos. Los factores que contribuyeron más importantemente a establecer estas diferencias fueron los siguientes: *astenia / retardo motor* (factor 1;  $p < 0,01$ . Los pacientes con depresión endógena puntuaron más alto que los pacientes con depresión psicógena), y *personalidad anormal* (factor 3,  $p < 0,01$ . Los pacientes con depresión psicógena puntuaron más alto que los pacientes con depresión endógena).

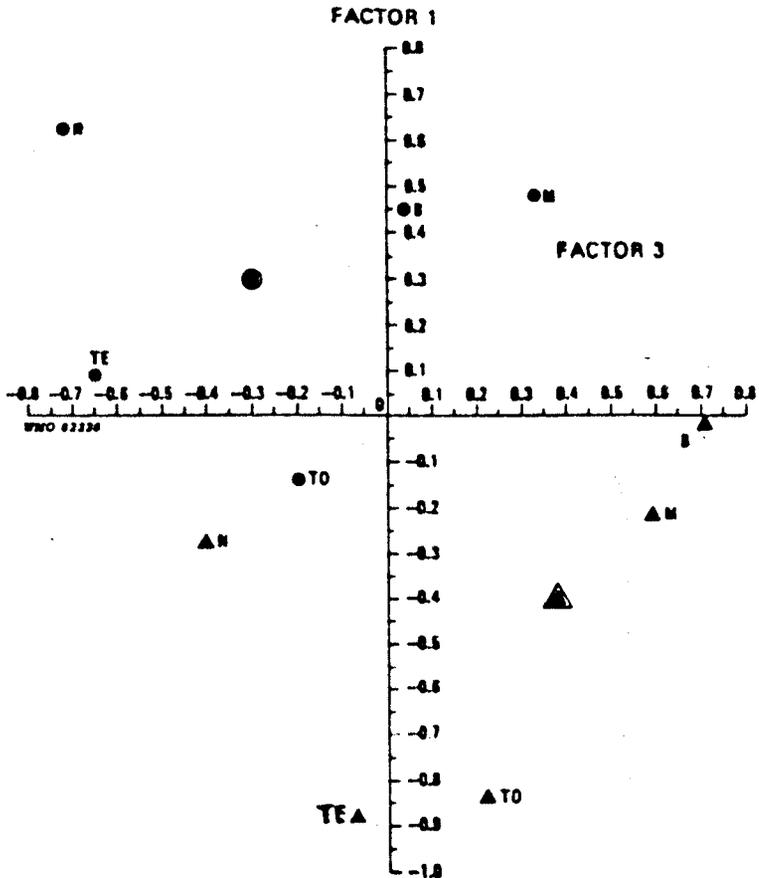
El tercer factor relevante obtenido mediante este análisis (factor 6: abatimiento: *dejection*) reveló que los pacientes con depresión psicógena puntúan más alto que los endógenos ( $p < 0,05$ ). No obstante, este factor resultó ser mucho menos estable en la replicación interna realizada, que los otros dos además de ser más baja la significación estadística de las diferencias.

La relativa similitud entre la depresión endógena y psicógena, que aparece en la muestra de Basilea y Montreal, es mucho más relevante que la magnitud de las diferencias obtenidas entre los pacientes de Tokio y Nagasaky (véase Figura I).

d) Los factores que tienen *mayor poder discriminante* respecto del diagnóstico diferencial depresión endógena/psicógena son la “*astenia/retardo motor*” (factor 1) y las “*alteraciones de la personalidad*” (factor 3).

e) Las diferencias entre los perfiles factoriales de los grupos de los diferentes centros son relativamente muy poco significativas. Esto quiere sugerir una de las posibles hipótesis explicativas siguientes: (a) Los pacientes de los distintos grupos fueron relativamente homogéneos; (b) las diferencias importantes entre grupos, no fueron presumiblemente evaluadas por la escala empleada; (c) el análisis factorial empleado en el tratamiento de los datos no tuvo la sufi-

FIGURA 1: DIFERENCIAS ENTRE ALTERACIONES DEPRESIVAS ENDOGENAS Y PSICOGENAS, SEGUN LOS FACTORES ORTOGONALES ( $p < 0.01$ , MANOVA; OMS, 1983).



#### FACTOR 1

- Pérdida de interés
- Retardo
- Lentitud del pensamiento
- Indecisión
- Ausencia de energía
- Incapacidad para concentrarse

- Ausencia de contacto
- Pérdida de alegría
- Cambios en la percepción de la temporalidad
- Comportamiento social descriptivo
- Disminución de la libido
- Tristeza

## FACTOR 2

- Síntomas psicopatológicos en la infancia
- Síntomas psicopatológicos en la adolescencia
- Rasgos pronunciados de personalidad
- Otros síntomas psicopatológicos, síndromes, etc. (no afectivos) en la vida adulta

Depresiones endógenas (todos los pacientes)

Depresiones psicógenas (todos los pacientes)

B Basilea	M Montreal	N Nagasaki
T Teherán	TO Tokyo	

ciente eficacia discriminante. En cualquier caso, la evaluación terminal de los datos obtenidos manifiesta que los items de la escala empleada pueden discriminar suficientemente entre ambos subtipos de enfermedad depresiva, lo que sugiere que la validez de constructo es aceptable.

f) Los resultados del Manova demuestran que los pacientes diagnosticados como depresivos endógenos o psicógenos difieren significativamente en relación únicamente con dos factores ortogonales: los factores 1 y 3, antes aludidos. Los pacientes con *depresión endógena* tienden a puntuar alto en el factor 1 y bajo en el factor 3; por contra, los pacientes con *depresión psicógena* tienden a puntuar alto en el factor 3 y bajo en el factor 1.

g) El análisis funcional discriminante indica que las variables de depresión endógena y depresión psicógena pueden ser diferenciadas en función de las puntuaciones en los factores 1 y 3, a pesar de los errores cometidos en la tasa de clasificación (rango 21,9%– 34%; media 28,3%) en los diferentes centros. Esto puede ser interpretado como algo que evidencia la validez de constructo de la distribución fenomenológica entre depresiones endógena y psicógenas.

h) Los *items* de la escala empleada (WOH/SADD) que *discriminan mejor* entre ambos tipos de depresión, varían obviamente de un centro a otro; sin embargo, todos ellos pertenecen al comportamiento estereotipado de la clínica que estando a la base de dicha clasificación, soporta la distinción entre depresión endógena y psicógena. En todo caso, los items discriminantes más valiosos obtenidos en los distintos centros estudiados fueron, a este

**FACTOR 2**

• Síntomas psicopatológicos en la infancia

• Síntomas psicopatológicos en la adolescencia

• Rasgos pronunciados de personalidad

• Otros síntomas psicopatológicos, síndromes, etc. (no afectivos) en la vida adulta

Depresiones endógenas (todos los pacientes)

Depresiones psicógenas (todos los pacientes)

B Basilea

M Montreal

N Nagasaki

T Teherán

TO Tokyo

ciente eficacia discriminante. En cualquier caso, la evaluación terminal de los datos obtenidos manifiesta que los items de la escala empleada pueden discriminar suficientemente entre ambos subtipos de enfermedad depresiva, lo que sugiere que la validez de constructo es aceptable.

f) Los resultados del Manova demuestran que los pacientes diagnosticados como depresivos endógenos o psicógenos difieren significativamente en relación únicamente con dos factores ortogonales: los factores 1 y 3, antes aludidos. Los pacientes con *depresión endógena* tienden a puntuar alto en el factor 1 y bajo en el factor 3; por contra, los pacientes con *depresión psicógena* tienden a puntuar alto en el factor 3 y bajo en el factor 1.

g) El análisis funcional discriminante indica que las variables de depresión endógena y depresión psicógena pueden ser diferenciadas en función de las puntuaciones en los factores 1 y 3, a pesar de los errores cometidos en la tasa de clasificación (rango 21,9% – 34%; media 28,3%) en los diferentes centros. Esto puede ser interpretado como algo que evidencia la validez de constructo de la distribución fenomenológica entre depresiones endógena y psicógenas.

h) Los *items* de la escala empleada (WOH/SADD) que *discriminan mejor* entre ambos tipos de depresión, varían obviamente de un centro a otro; sin embargo, todos ellos pertenecen al comportamiento estereotipado de la clínica que estando a la base de dicha clasificación, soporta la distinción entre depresión endógena y psicógena. En todo caso, los items discriminantes más valiosos obtenidos en los distintos centros estudiados fueron, a este

respecto, los siguientes: *presencia de estrés psíquico crónico, historia previa de alteraciones psicopatológicas en la infancia, retardo psicomotor, insomnio en las primeras horas de la mañana y sufrimiento de episodios depresivos en el pasado* (especialmente cuando han pasado muchos años desde el primer episodio). Los dos primeros items, anteriormente expresados, sirven mejor para caracterizar las *depresiones psicógenas*; los tres últimos, a las *endógenas*.

i) Por el momento, y según los resultados que obran en este informe, sobre el diagnóstico diferencial de la depresión, en un estudio internacional y multicéntrico, puede concluirse lo que sigue:

- El diagnóstico psiquiátrico que permite diferenciar los subtipos de depresión arriba mencionados, continúa teniendo validez (en opinión del autor de estas líneas, esa validez es especialmente relevante en lo que atañe a la toma de decisiones terapéuticas, aunque hace falta mayor investigación a este respecto, especialmente encaminada a evaluar la eficacia diferencial de distintos tipos de enfermos, en función de la especificidad farmacológica empleada).

- No resulta jactancioso afirmar que los psiquiatras de los diferentes centros emplean un similar comportamiento estereotipado para diferenciar estos dos subtipos de depresión. La asignación de un paciente a uno de estos dos subtipos diagnósticos, obviamente resultará afectada por la validez de los resultados obtenidos y del sesgo clínico estereotipado. No obstante, desde la validez de los resultados obtenidos en este trabajo, resulta imposible refutar o verificar la validez de la dicotomía diagnóstica depresión endógena/depresión psicógena.

### *Epílogo*

Lineas atrás ha pasado revista al estado actual de la investigación transcultural de la enfermedad depresiva. El lector que hasta aquí me haya seguido habrá notado enseguida la dificultad para apresar, como sería nuestro deseo, qué factores socioculturales son en verdad depresógenos. Establecer esta cuestión sería de gran utilidad, si pudiera hacerse con un mínimo rigor científico. En ello nos van muchas cosas, quizá demasiadas: la modificación de estos factores para, a su través, modificar los cuadros depresivos; el atenuamiento a aquéllos, para prevenir las alteraciones depresiva, etc. Sin embargo, por el momento, alcanzar tal deseo se nos aparece como utópico.

Ningunas de las publicaciones aquí revisadas penetra como debiera en el estudio de los factores nucleares de las diversas culturas. Y, aunque quien

esto escribe se presenta sin ningún hosco temor al futuro, entiende que son necesarios identificar hoy los lineamientos sobre los que se acuna la nueva cultura. Las sociedades occidentales son hoy más parecidas a un bazar psicodélico que a lo que se entendió bajo el término de "cultura occidental".

Para no alargar este epílogo me limitaré, en las líneas que siguen, a señalar cuáles son los factores que, en mi opinión, no han sido cubiertos por las actuales investigaciones transculturales de la depresión. Con este muestrario de ausencias no pretendo descalificar la investigación hasta aquí realizada, pero sí subrejar los aspectos que en mi opinión pueden resultar más relevantes a la hora de identificar los factores depresógenos de tipo sociocultural, cuya incidencia en la enfermedad depresiva se atisba. Hay cuatro bloques en que pueden resultar agrupadas variables muy diferentes que de uno u otro modo, según la experiencia clínica, se concitan en el padecimiento de la depresión. Veámoslos a continuación:

### 1. - Factores laborales

Esto ámbito aún no ha sido incorporado a la investigación transcultural. Las cuestiones que a continuación se resúmen pueden constituir un terreno fértil para la investigación:

- Exposición al estrés, a la ansiedad y a las frustraciones, en función de los diferentes roles profesionales.
- Evaluación de la satisfacción/insatisfacción que el trabajo profesional genera.
- Dimensionar la significación del trabajo y de sus consecuencias como enfermedad (activismo, escape, huida, etc.) y como prevención de la enfermedad (aburrimiento, tedio, astío, etc.).
- Estudio del contexto laboral en función de habilidades competitivas/cooperativas y de la acción laboral como algo que compartir/competir.
- Incidencia del paro en la psicopatología de la depresión.
- Influencia del síndrome emotivacional e inexpectante (situaciones de indefensión) y las actitudes propias del pasotismo juvenil.
- Contrabalancear la incidencia de factores socioculturales que condiciona la colectivización/autorrealización del trabajador en la sociedad del despilfarro/probaza y del endeudamiento psicológico.

En este bloque hay demasiadas cosas que estudiar; aunque muchas de ellas sean enormemente sugestivas son, sin embargo, muy difíciles de operativizar. Así, por ejemplo, el afán de protagonismo y autoafirmación (a la vez que la exclusión de todo lo que signifique servicio) del hombre contemporáneo en, por y a través de su trabajo profesional. Hace falta construir una psi-

copatología de la inflación (personal, del yo, etc.) y del desfondamiento humano que, por ahora, no parece pueda acometerse desde el estado en que se encuentra en la actualidad la propia psicopatología.

## 2.- Factores socioculturales

Muchos de estos factores resultan hoy tópicos y, sin embargo no por ello son menos ciertos. Me refiero, por ejemplo a la *incomunicación, la prisa, la soledad o el desarraigo*.

De otra parte, las actitudes sociales no son ni mucho menos isomorfas, sino más bien contradictorias y excluyentes, respecto a determinados objetivos. Es el caso de la compulsión consumista y del despilfarro endeudador; de la *represión/permisividad* simultáneamente; de la *anomía/igualitarismo* nivelador; etc. Desde ámbitos, al menos formalmente más científicos, se viene insistiendo recientemente en la *inmunización activa/pasiva* frente a la ansiedad, en la *tolerancia a la ambigüedad* estimular, el modo en que se entretejen los *refuerzos y aversiones* formando en cañamazo de la historia biográfica personal, a los estilos cognitivos y atribucionales y al condicionamiento y génesis de éstos, desde las estereotipias y prejuicios socioculturales, etc. (Polaino Lorente, 1981, 1982, 1983 y 1984).

Ninguna de estas variables ha sido tenida en cuenta en las investigaciones revisadas anteriormente. Por contra, parece que el factor sociocultural más relevante y al que se incluye en casi todas es la lacónica "clase social".

## 3.- Factores familiares

La sociedad contemporánea difícilmente podrá historiarse si se deja fuera de foco el importantísimo cambio operado en las relaciones familiares. El cambio de la "ciudad sana" a la "ciudad febril", presagiado por Platón (*República*, Libro III), supone un turbulento giro del ascetismo al hedonismo, giro que resulta incomprensible si se desprecian las influencias de la vida familiar.

Los *conflictos de la pareja*, la separación y el divorcio, que frecuentemente siguen a aquéllos, y la depresión-resultado en que finaliza este encandemamiento es un hecho contemporáneo del que me he ocupado en fecha reciente (Polaino Lorente, 1982).

La *familia nuclear* que sustituyó a la familia extensa está hoy a punto de convertirse en la "familia bipersonal" (la pareja transitoria y sin vinculación alguna).

La total *ruptura entre la primera y la tercera generación* (los abuelos "estorban a la educación de los hijos") hurtan a los pequeños la posibilidad de

hundir sus raíces en sus ancestros lejanos y próximos. Mientras tanto, paradójicamente, se afana el hombre por volver a su pueblo natal bajo el tópico motivacional de “encontrarse con sus raíces”.

La *soltería* está a la base del *síndrome “independentista”* que viene caracterizando el perfil vincular del hombre en las edades medias de la vida. El miedo a la libertad y al compromiso con las elecciones resultantes de aquélla, hacen del hombre un ser dependiente (comprometido) con sus anhelos enfermizos de independencia.

Las *guarderías*, desde edades muy tempranas han constituido el “ambiente natural” donde crecen y se desarrollan muchos niños (emocional y ecológicamente) de “padres ausentes”. El *pluriempleo infantil y el abuso de niños* son otros factores importantes que de seguro han de condicionar la aparición mayor o menor de depresiones en la infancia.

El *abandono del hombre en la tercera edad* (“tirados como una colilla”) o, lo que es todavía más grave, la incitación a la eutanasia desde generaciones más jóvenes, constiuye otro buen ejemplo de factores que de facto están desencadenando y/o perpetuando los cuadros depresivos en la ancianidad.

Mientras tanto, el hombre adulto se va a la conquista – triste conquista ésta – del hobbesianismo: un hambre voraz de experiencias ilimitadas que, obviamente, cuanto más se satisface, más insatisfecha queda.

#### 4.- Factores axiológicos

La confusión actual, la indefinición axiológica (tematizada como “neutralidad”, “pluralismo”, “democracia”, etc.), conduce a la indeterminación. Todo comportamiento se despliega en un marco referencial con el que es contrastado y por cuya virtud aquél cobre una significación precisa. La atomización y cambio vertiginoso de las coordenadas axiológicas ha de suscitar una ambivalencia atribucional en cuyo ámbito resulta poco menos que imposible la pérdida del sentido de la vida.

El cambio social y la impredecibilidad del comportamiento (que forzosamente ha de adaptarse a aquél) conduce en muchos casos a la indefensión y a la demotivación, es decir, a la instalación de la existencia en un espasmo vaciado y vacío de proyecto biográfico. Simultáneamente trata el hombre de autoinfinitarlo tras el sentido historicista de construirse a sí mismo (self made man), de acuerdo a los usos, modas y pseudovalores impuestos desde el anonimato de esa precisa y limitada coyuntura social.

El *hombre desarraigado* – ese peregrino cultural sin lugar al que poder retornar – se sumerge cada día en el remolino de mil sensaciones diferentes

mientras resulta impermeable al real torbellino del mundo. Los cuatro puntos cardinales que parecen servirle para su confusa orientación son la inmediatez, el impacto, la sensación y la simultaneidad.

El paroxismo depresivo de nuestra sociedad contemporánea, sin embargo no nos autoriza a los profesionales de la salud a instalarnos en la psicocracia. Nuestra acción profesional no debe alinearse ni en la ingeniería psicológica ni en el control político, y ello a pesar de que en lo posible tratemos de modificar la oukía natural y artificial en que el hombre está inmerso.

La última de las funciones aquí apuntadas sólo podrá acometerse si, como es exigido, establecemos previamente los indicadores y predictores socio-culturales, bilógicos e individuales, respecto de la vulnerabilidad y el riesgo depresivos.

#### BIBLIOGRAFIA

- AL-ISSA, I., *Culture and symptoms*, In: C. Costello (ed.), *Symptoms of Psychopathology A Handbook*, John Wiley and Sons, Inc., New York, 1970.
- ANANTH, J., *Psychopathology in Indian females*, Soc. Sci. Med., 1978, 12 (B), 177-178.
- BAGLEY, C., *Occupational class and symptoms of depression*, Soc. Sci. Med., 1973, 7, 327-340.
- BEBBINGTON, P., *The epidemiology of depressive disorder*, Cult. Med. Psychiatry, 1978, 2(4), 297-341.
- BENEDICT, P. et al., *Mental illness in primitive societies*, Psychiatry, 1954, 17, 377-389.
- BIBITIE, A., *A factor-analytical study of depression across cultures (African and European)*, Br. J. Psychiatry, 1975, 127, 559-563.
- BROWN, G.W. et al., *Life events and psychiatric disorder. Nature of the causal link*, Psychol. Med., 1973, 3, 159-176.
- BROWN, G.W. et al., *Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population*, Sociology, 1975, 9, 225-254.
- BROWN, G.W. et al., *Depression and loss*, Br. J. Psychiatry, 1977, 130, 1-18.
- BROWN, G.W. et al., *Social Origins of Depression: A study of Psychiatric Disorders in Women*, Tavistock, London, 1978.
- BUTCHER, J.N. et al., *A Handbook of Cross-National MMPI Research*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1976.
- CARROLL, B.J. et al., *Depression rating scales*, Arch. Gen. Psychiatry, 1973, 28, 361-366.
- COOPER, J. et al., *Psychiatric Diagnosis in New York and London: A comparative Study of Mental Hospital Admissions*, Oxford University Press, London, 1972.
- EATON, J. et al., *Cultural and mental disorders. A comparative Study of the Hutterites and Other Population*, Free Press, Glencoe, III, 1955.
- ENGELSMANN, F. et al., *International comparison of diagnostic patterns*, Transcult. Psychiatr. Res. Rev., 1970, 7, 130-137.

- ENGELSMANN, F., *Culture and depression*, In Al-Issa, I. (Ed), culture and psychopathology, University Park Press, Baltimore, 1982.
- FABREGA, H., *Social psychiatric aspects of acculturation and migration. A general Statement*, Compr. Psychiatry, 1969, 10, 314.
- FABREGA, H. et al., *An integrated theory of disease: Ladino-Mestizo views of disease in the Chiapas highlands*, Psychosom. Med., 1973, 35, 225-239.
- FABREGA, H., *Problems implicit in the cultural and social study of depression*, Psychosom. Med., 1974, 34, 337-398.
- FABREGA, H., *Cultural and social factors in depression*, In: E. Anthony and T. Benedek (eds.), *Depression and Human Existence*, Little, Brown and Company, Boston, 1975.
- FENTON, F.R., *Rating Scales for affective disorders*, Montreal, Unpublished manuscript, 1976.
- FENTON, F.R., *Occurrence and Manifestations of Affective Disorders in Different Cultures: A Selective Review*, Montreal, Unpublished manuscript, 1979.
- FERNANDO, S., *Depressive illness in Jews and non-Jews*, Br. J. Psychiatry, 1966, 112, 991-996.
- FIELD, M.J., *Search for Security: An Ethnopsychiatric Study of Rural Ghana*, Northwestern University Press, Evanston, III, 1960.
- GERMAN, A.G., *Aspects of clinical psychiatry in subsaharan Africa*, British Journal of Psychiatry, 1972, 121, 461.
- GURLAND, B. et al., *The mislabeling of depressed patients in New York state hospitals*, In: J. Zubin and F. Freyhan (eds.), *Disorders of Mood*, John Hopkins Press, Baltimore, 1972.
- HALEVI, H., *Frequency of mental illness among Jews in Israel*, Int. J. Soci. Psychiatry, 1963, 9, 268.
- JUEL-NIELSEN, N. et al., *Five years later. A comparison between census studies of patients in psychiatric institutions in Denmark in 1957 and 1962*, Acta Jutland, Medical Series, 13, 1963.
- KENDELL, R., *The classification of depressions*, A review of contemporary confusion, Br. J. Psychiatry, 1976, 129, 15-18.
- KIEV, A., *Transcultural Psychiatry*, Free Press, New York, 1972.
- KIM, K., *Clinical Study of primary depressive symptom*, Part III: A cross cultural comparison, Neuropsychiatry J. Korean Neuropsychiatry. Ass., 1977, 16, 53-60.
- KIMURA, B., *Vergleichende Untersuchungen uber depressive Erkrankungen in Japan und in Deutschland*, Fortschr. Neurol. Psychiatr., 1965, 33, 202-215.
- KINZIE, J. et al., *Cross-cultural study of depressive symptoms in Hawaii*, Soc. Psychiatry, 1973, 19, 19.
- KLEINMAN, A.M., *Depression, somatization, and the "New cross-cultural Psychiatry"*, J. Soc. Sci. Med., 1977, 11, 3-12.
- KLEINMAN, A.M., *Culture and depression (editorial)*, Cult. Med. Psychiatry, 1978, 2(4), 295-296.
- KRAMER M. et al., *Mental disorders suicide*, Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1972.
- LAUTER, H., *Kraepelin's importance for cultural psychiatry*, Transcul. Psychiatr. Res. Rev., 1965, 2:9-12.

- LEFF, J., *Culture and the differentiation of emotional states*, Br. J. Psychiatry., 123, 299-306.
- LEFF, J. et al., *The interaction of life events and relatives' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis*, Br. J. Psychiatry, 1980, 136, 146-153.
- LEIGHTON, D.C., et al., *Psychiatric findings of the Stirling County Study*, Am. J. Psychiatry, 1963 a, 119, 1021-1026.
- LIN, T. et al., *Mental disorders in Taiwan fifteen years later: A preliminary report*, In: W. Caudill and T. Lin (eds.), *Mental Health Research in Asia and the Pacific*, University Press of Hawaii, Honolulu, 1969.
- MARSELLA, A.J., *Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression*, Cult. Med. Psychiatry, 1978, 2(4), 343-357.
- MARSELLA, A.J., *Depressive experience and disorder across cultures*, In: H. Triandis and J. Draguns (eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 6, Psychopathology Allyn and Bacon, Inc. Boston, 1980.
- MASTER, R.S. et al., *Depressive symptoms in patients and normal subjects in India*, Arch. Gen. Psychiatry, 1977, 34, 972-974.
- MURPHY, J.M., *Psychiatric labeling in cross-cultural perspective*, Science, 1976, 191, 1019-1028.
- OEDEGARD, O., *The epidemiology of depressive psychosis*, Depression, Acta Psychiatr. Scan, 1976, 3, 6.
- PAYKEL, E., *Recent life events and clinical depression*, In: E. Gunderson and R. Rahe (eds.), *Life, Stress, and Illness*, Chales C. Thomas, Publisher, Springfield III, 1974.
- PFEIFFER, W., *Psychiatrische Besonderheiten in Indonesia*, Aktuel, Frag, Psychiatr, Neurol, 1967, 5, 102-142.
- PFEIFFER, W., *The symptomatology of depression viewed transculturally*, Transcul. Psychiatr. Res. Rev., 1968, 5, 121-123.
- PFEIFFER, W., *Transkulturelle Psychiatrie*, Thieme, Stuttgart, 1971.
- POLAINO-LORENTE, A., *La indefensión aprendida: ¿Un modelo experimental de depresión?*, Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona, 1982.
- POLAINO-LORENTE, A., *Indefensión aprendida ("Learned Helplessness")*. *Un modelo experimental animal*, Revisión Crítica, Psiquis, 1981, 5, 169-180.
- POLAINO-LORENTE, A., *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico*, Ed. Alhambra, Madrid, 1984.
- POLAINO-LORENTE, A., *Psicología Patológica*, UNED, Madrid, 1983, Tomo II, 803-858.
- PRINCE, R., *The changing picture of depressive syndromes in Africa: It is fact or diagnostic fashion?*, Can. J. Afr. Stud., 1968, 1, 177-192.
- RABASSA-ASENJO, B., *La depresión en España*, Laboratorios Lederle, Madrid, 1982.
- RAO, A., *Depressive illness and guilt in Indian culture*, Indian J. Psychiatry, 1973, 15, 231-236.
- RAWNSLEY, K., *Epidemiology of affective disorders*, In: A. Coppen and A. Walk (eds.), *Recent Developments in Affective Disorders: A Symposium*, Ashford, Kent, Headley, London, 1968.

- RICHMAN, A.**, *Psychiatric Care in Canada, Extent and Results*, Queen's Printer, Ottawa, Canada, 1966.
- ROSEN, G.**, *Madness in Society*, The University of Chicago Press, Chicago, 1968.
- SAUNA, V.D.**, *Family Studies in Psychopathology*, In: Culture and Psychopathology, Al-Issa, I. (ed.), University Park Press, Baltimore, 1982.
- SARTORIUS, N.**, *Culture and the epidemiology of depression*, *Psychiatrica Neurologia neurochirurgia*, 1973, 76, 479.
- SCHUYLER, D.**, *Treatment of depressive disorders*, In B. Wolman (ed.), *The Therapist's Handbook, Treatment of Mental Disorders*, Van Norstrand Reinhold Company, New York, 1976.
- SILVERMAN, C.**, *The Epidemiology of Depression*, Johns Hopkins Press, Baltimore, 1968.
- SINGER, K.**, *Depressive disorders form a transcultural perspective*, *Soc, Sci. Med.*, 1975, 9, 289-301.
- SROLE, L. et al.**, *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*, McGraw-Hill Book Company, New York, 1962.
- TAN, E.S.**, *The presentation of affective symptoms in non-western countries*, In G.D. Burrowa (ed.), *Handbook of Studies on Depression*, Elsevier North Holland, New York, 1977.
- TANAKA-MATSUMI, J. et al.**, *Ethno-cultural variations in the subjective experience of depression: Word association*, *J. Cross-Cult. Psychol.*, 1976, 7, 379-397.
- TRIANDIS, H.C.**, *Introduction to handbook of cross-cultural psychology*, In: *H.C. Triandis and W.W. Lambert (eds.)*, *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, Vol. I, Perspectives, Allyn and Bacon, Inc. Boston, 1980.
- WEISSMAN, M.M. et al.**, *Sex differences and the epidemiology of depression*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1977, 34(1), 98-111.
- WEISSMAN, M.M. et al.**, *Psychiatric disorders in a United States Urban Community*, *Am. J. Psychiatry*, 1978, 135, 459-462.
- WING, J.K. et al.**, *The concept of a case in psychiatric population surveys*, *Psychol, Med.*, 1978, 8, 203-218.
- YAP, P.**, *Phenomenology of affective disorder in Chinese and other cultures*, In: A. De Reuck and R. Porter (eds.), *Transcultural Psychiatry*, Little, Brown, and Company, Boston, 1965.
- ZUNG, W.K.**, *A cross - cultural survey of symptoms in depression*, *Am. J. Psychiatry*, 1969, 126,(1), 154-159.