

Antropología de la depresión

Ángel Aguirre Baztán

Antropólogo y psicólogo. Doctor en psicología y en filosofía. Miembro numerario de la Real Academia de Doctores (Barcelona). Profesor emérito de psicología de la Universidad de Barcelona. Director de "Anthropologica, Revista de Etnopsicología y Etnopsiquiatría".

End.: Pg. de la Vall D'Hebron, 171. 08035. Barcelona, Espanha.

E-mail: aguirre.baztan@yahoo.es

Resumen

La depresión se caracteriza por ser un "hundimiento vital" en el que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir. El hecho de la depresión es universal, pero su manifestación sintomática es diferente en las diversas culturas. En occidente, la depresión constituye el fenómeno epidemiológico más importante, con tendencia a crecer. Podríamos decir que la frustración derivada del individualismo occidental lleva a la depresión, y ésta a la drogadicción. Estudiar, pues, la depresión nos permite comprender al hombre actual, desde su dimensión más frágil, como ser práctico y mortal.

Palabras clave: depresión, cultura, pérdida, melancolía, hundimiento vital.

Resumo

A depressão se caracteriza por um "afundamento vital", em que o ser sofre em seu todo, sofre por viver. O feito da depressão é universal, mas sua manifestação sintomática é diferente nas diversas culturas. No ocidente, a depressão constitui o fenômeno epidemiológico mais importante, com tendência a crescer. Poderíamos dizer que a frustração derivada do individualismo ocidental leva à depressão,

e essa à toxicomania. Então, estudar a depressão nos permite compreender o homem atual, desde sua dimensão mais frágil, como ser prático e mortal.

Palavras-chave: depressão, cultura, perda, melancolia, afundamento vital.

Abstract

Depression is characterized by a “vital sinking”, in which the being suffers in its entirety, suffers by living. Depression is universal, but its symptomatic manifestations differs in the many cultures. In the west, depression constitutes the most important epidemiologic phenomenon, which tends to grow. We could say that frustration derived from western individualism leads to depression, and then to drug addiction. Therefore, studying depression allows us to understand the present day’s man from his most frangible dimension, as a practical, mortal being.

Keywords: depression, culture, loss, melancholy, vital sinking.

1. Introducción

Decía acertadamente C. Ballús, que “si un trastorno humano merece ser calificado de **antropológico**, aquel es la depresión”¹. Por su parte, F. Alonso afirmaba que “la trascendencia de la depresión a otros campos queda demostrada al constituir uno de los temas antropológicos y sociológicos más relevantes de nuestro tiempo”². La depresión podría definirse como un “hundimiento vital” (K. Schneider, 1920)³, como la vivencia existencial de la muerte. En la depresión se sufre en todo el cuerpo, se sufre por vivir. La depresión es quizá, la única enfermedad en la que se desea morir; el depresivo se tutea con la muerte, la desea como forma de poner fin a su sufrimiento⁴.

1.1. La depresión, ¿enfermedad o trastorno?

La dimensión antropológica de la depresión, defendida por los psiquiatras y psicólogos humanistas ha sido negada, en la práctica, por la corriente biologista actual de la psiquiatría, que distingue entre la depresión como enfermedad biológica (endógena), según ellos tal vez de procedencia genética (*disease*); y la “depresión”

como trastorno reactivo (exógeno), (*ilness*)⁵. Si la depresión resultara que es una enfermedad fundamentalmente biológica, entonces la única cura posible sería la farmacológica⁶, (la medicina “genética” es todavía un proyecto); aunque, paradójicamente, los “trastornos depresivos reactivos”, aunque no son “endógenos”, los tratan farmacológicamente “como si fueran una depresión”.⁷

¿Pero, existe realmente la depresión endógena?. Lo endógeno (del griego, *endo-genos*, cuya traducción al latín sería, *intus genitus, domi natus*, es decir, nacido dentro, en casa), es considerado por los psiquiatras biólogos como lo que tiene procedencia del cuerpo (y tal vez de la genética); en el caso de la depresión, se afirma su carácter hereditario, afirmándose su independencia etiológica de lo exógeno, considerando como su manifestación más clara el trastorno bipolar mayor. Sin embargo, cuando tratan de explicar el concepto de endógeno, que usan con profusión, no aportan la necesaria claridad conceptual⁸. Por ello, su existencia es ya negada por un número creciente de autores, que se atreven a denunciar el carácter de “creencia” de dicho concepto: “Ningún psiquiatra cabal y actualizado dirá que existen pruebas que demuestren con certeza una causa biológica de la depresión, ni afirmará que la genética pueda, hoy por hoy (ni mañana, ni pasado), dar razón de ella. Sin embargo, en su práctica clínica, cuando cree que ha de explicar a sus pacientes qué les pasa, o cuando aparece en algún medio de comunicación y debe contestar las preguntas que se le plantean, lo más probable es que actúe como si tales pruebas existieran”.⁹

Frente al biologismo de la explicación endógena de la depresión, va ganando terreno la consideración antropológica de la depresión que la define como “hundimiento vital”. “La depresión siempre es una enfermedad psíquica porque implica cierto grado de alienación biográfica¹⁰. Toda enfermedad depresiva perturba el desarrollo biográfico con la introducción de elementos psicosociales y biológicos ajenos a la línea biográfica. Tal alienación se acompaña con cierta merma de la libertad interior. La degradación de la libertad interior en el contexto de una alienación biográfica más o menos evidente, puede tomarse como uno de los posibles ‘santo y seña’ propios de la alteración psíquica patológica”.¹¹ En otras palabras, la depresión es un trastorno psíquico, con inciden-

cia en lo somático. Como trastorno psíquico (al igual que otros trastornos psíquicos, como la anorexia y la bulimia, las neurosis etc.) tiene una importante incidencia (lesión) en lo somático, y sólo puede curarse mediante un tratamiento psicoterapéutico, acompañado de un tratamiento médico coadyuvante, que suprima las lesiones producidas¹². Esta presencia de la “lesión corporal” no es una “somatización” (al estilo de las “conversiones somáticas” de los conflictos psíquicos, que se dan por ejemplo, en la histeria), sino que cuando comienza el trastorno psíquico hunde sus raíces y anida en lo somático, transformándose en psicofísico. Por lo tanto, la depresión es una “enfermedad psicofísica” y no un mero trastorno reactivo y exógeno.

Podemos concluir esta inicial demarcación conceptual de la depresión, diciendo con F. Alonso: “la **totalidad semiológica** de la depresión se resume presentándola como una depresión [hundimiento] vital”,¹³ en la que lo biológico y lo cultural se aúnan para manifestar el sufrimiento que padece el hombre “por vivir”.

1.2. Depresión y cultura

El hecho depresivo es universal, aunque su incidencia es desigual en las culturas¹⁴. A diferencia de la biología humana, que si bien es un hecho universal, lo es de una manera básicamente uniforme (una cardiopatía tiene una somatomorfía igual en Madrid que en Nagasaki), la cultura es también un hecho universal (lo que nos permite comunicarnos como humanos) pero adquiere en “las diferentes culturas”, diversas modulaciones, lo que hace posible el análisis “transcultural”.¹⁵ Precisamente, la etnopsiquiatría nace de la conjunción interdisciplinaria entre la etnología y la psiquiatría, para entender el comportamiento humano, normal y anormal, en el contexto de la cultura en general y de cada cultura en particular¹⁶.

1.2.1. La naturaleza y la cultura en la depresión

Partimos del hecho de que el hombre es una realidad biológica, pero sobre todo cultural, y que el comportamiento humano adquiere su significación plena en la cultura. Nos organizamos socialmente (y enfermamos) en el marco de una cultura. ¿Cómo puede la psiquiatría biológica explicar el comportamiento humano

(en este caso, el depresivo) al margen de la cultura y de las culturas en particular, si no es empobreciéndose conceptualmente?

Es curioso y hasta paradójico, que, el DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, primera ed. 1952, citamos por la cuarta, 1995, varias veces reimpressa, preparado por la “Asociación Psiquiátrica Americana, APA, de Washington) nace de un “acuerdo” de clasificación de las patologías mentales para que, entre otros motivos “sociales”, las entidades aseguradoras tengan a qué atenerse a la hora de sufragar las bajas laborales de sus mutualistas (en EE.UU., la seguridad social pública es irrelevante para la mayoría de los norteamericanos). Y curiosamente, en este Manual, aceptado plenamente por la psiquiatría biológica, se realiza el diagnóstico a base de detectar, en el caso de la depresión, un tanto por ciento de los síntomas de un listado previo, realizado por el “acuerdo” de un comité de expertos.

Es patente que estos “códigos diagnósticos” del Manual están elaborados desde la realidad cultural occidental hegemónica, y que, como se reconoce en el preámbulo, a veces es difícilmente adaptable, a otras culturas¹⁷. A veces, la ciencia “oficial” (la que tiene “poder”) se impone con agresividad aculturadora, aunque haga “concesiones” a los que llama “casos particulares” “exóticos” (generalmente, relativos a los países del “tercer mundo”, o a las comunidades “marginales”).

La etnopsiquiatría y la etnopsicología afirman la universalidad de la depresión, pero en cada cultura se articula un lenguaje diferencial de síntomas, a través de los cuales se expresa la enfermedad. Por lo tanto, es necesario relativizar el diagnóstico sintomático sobre la depresión. El mismo concepto de normalidad/ anormalidad es diferente en cada cultura, pudiéndose afirmar con Ackerknech, que son preferibles los conceptos de “autonormal/autopopológico”.

Señalemos que, dentro del ámbito de la etnopsiquiatría, merece especial atención la llamada etnopsiquiatría metacultural, que consiste en comprender y curar los enfermos mentales, a partir de los conceptos de aculturación y deculturación. Su fundador es G. Devereux y sus continuadores, G. Roheim y F. Laplantine¹⁸, reconociendo como malos antecedentes las disquisiciones “psicoanalíticas” de B. Malinowski, de la escuela de “Cultura y

personalidad” (Mead, Kardiner, Linton, Benedict, Erikson etc.) y en general, el llamado culturalismo norteamericano, han propuesto el concepto de “metacultural”, superador de las formas empobrecimiento cultural por aculturación agresiva y deculturación alienante, que originan las depresiones:

El terapeuta occidental que interviene en una cultura distinta a la suya, comprende perfectamente, si es que actúa de buena fe, que sus propios criterios nosológicos funcionan mal o no funcionan en absoluto, en sociedades cuyas estructuras socioeconómicas difieren de las nuestras. El mismo problema se le plantea a cualquiera de nuestros psiquiatras que debe atender a pacientes africanos hospitalizados en Francia a causa de sus perturbaciones mentales. Uno y otro, deben apelar a la etnología.

No obstante, por carecer de tiempo material para analizar en profundidad las peculiaridades culturales de todos aquellos que se ven precisados a tratar, necesitan un instrumento resueltamente metaetnológico, es decir, fundado no sobre el contenido relativo de una cultura particular, sino sobre las categorías universales de la cultura y sobre los procesos, igualmente universales de la deculturación. Tal es el cometido del etnopsiquiatra. Al proporcionar al psiquiatra una antropología culturalmente neutra, exime a este último del largo desvío de la etnología y le permite tratar con igual eficacia a un montañés berberisco, a un pescador de Yurok, a un hechicero bantú o a un estudiante de Nanterre.¹⁹

Se trata de una propuesta original, que en el fondo lo que hace es invitar a cada paciente que defina “su mundo cultural y su yo en ese mundo”, remarcando los conceptos de autonormal y autopatológico, sobre todo cuando se encuentra en situación de privación cultural, como es el caso de no pocos inmigrantes.

Quisiera concluir este apartado con un ejemplo de “folkpsiquiatría” y espero que algunos “cientifistas” no se escandalicen. En un pequeño, pero precioso, libro de A. Cunqueiro, prologado por García Sabell²⁰, se narra cómo el curandero Borralló de Lagoa

curaba a los locos cambiándoles el nombre y el oficio. Esto podría valer también para los **afrioados** (deprimidos), ya que en el fondo, este “iletrado” curandero lo que en verdad hacía es cambiarles el “yo biográfico” y el “mundo” de referencia. Cuando alguien se deprime, decimos, rompe su biografía y desea la muerte. Algo grave ha fallado para que no quiera seguir viviendo, y es que el yo no encuentra su salida en el contexto de su comunidad y de su cultura de referencia. Su depresión ha roto el equilibrio vital de su comunidad, pero probablemente, él no es sino un síntoma de que en su comunidad algo no va bien (pérdidas, sucesos traumáticos etc.). De ahí la necesidad de dar un giro a la biografía y encontrar nuevos caminos para “ver luz al final del túnel”.

1.2.2. Análisis “transcultural” de la depresión.

La “diversidad cultural”, que da soporte a las diversas formas de sintomatizar la depresión, ha sido admitida a regañadientes por la psiquiatría biológica (a veces, tachándola de “reductos exóticos”). Sin embargo, algunos autores²¹, desde E. Kraepelin (1856-1926) que ya detectó estos problemas transculturales (1904) en Java, han insistido en la necesaria forma de abordar la depresión a través de la cultura, sobre todo en lo que se refiere a su “lenguaje sintomático”.²²

Contrasta la afirmación de F. Alonso: “los datos que poseemos permiten afirmar que la sociedad occidental es profundamente **depresiógena**. La depresión alcanza en ella su vértice epidemiológico, casi como si fuera un fenómeno social propio”,²³ con el hecho de que, hasta que en 1953, Carathers redacta para la OMS su informe sobre África, se creía que la depresión era poco significativa en los países del tercer mundo o primitivos.

Para entender la transculturalidad de la depresión, pondré un par de ejemplos significativos: En la II Guerra Mundial, un batallón de tropas inglesas se disponía a entrar en combate. Momentos antes, pudo observarse un doble comportamiento en las trincheras: mientras los soldados ingleses (europeos) se aislaban para rezar, recordar a sus familiares etc., derramando algunas lágrimas, otros soldados ingleses (asiáticos) saltaban y gesticulaban, profiriendo gritos y alaridos, como en una danza compartida (...). Muchos in-

terpretaron estos gritos como expresión de “valentía”, cuando en realidad constituían una manifestación depresivo-maníaca ante el peligro de la muerte por la inminencia del combate. En ambas manifestaciones, llanto y grito, se advierte una posición bipolar depresiva y maníaca, expresándose, a través de la “doble forma”, la diferencialidad transcultural.

Otro ejemplo, narrado por R. Bastide, nos confirmará igualmente la transculturalidad:

El psiquiatra de nuestro equipo fue llamado para atender a un chico africano, llevado a Francia por su patrón blanco y que presentaba perturbaciones de conducta tan graves, que el internamiento parecía inevitable. Debimos reconocer que el chico no estaba enfermo en absoluto, que lo que hacía era, sencillamente, continuar empleando los mecanismos de defensa africanos en el seno de una sociedad francesa, que no los comprendía...

El chico rompía todos los objetos de sus amos, en realidad, la simple torpeza de una persona no habituada al frío, a quien el frío hacía temblar. El chico, en lugar de atribuirlo a causas naturales, lo atribuía a un ataque de brujería. Para defenderse de ella, recurría a mecanismos de defensa de su país, al llamado tótem protector y al uso de fetiches. Habiendo encontrado una vieja piel de león, se envolvió en ella y, en adelante, hacía los recados en el barrio, vestido con ese extraño atuendo. La sonrisa de los transeúntes, las burlas de los chiquillos, la aglomeración de los curiosos, terminaron por consolidar en él la idea de brujería, provocándole crisis de agresividad y de inmensa angustia.

Aconsejamos su repatriación y la supuesta neurosis depresiva desapareció con su retorno a África, donde sus mecanismos culturales de defensa resultaban adaptados”.²⁴

Es verdad que en la sociedad occidental hay un cierto retroceso de las manifestaciones maníacas y que las formas depresivas se han tornado más larvadas, más inhibidas y, sobre todo, más individualizadas; mientras que en las comunidades “primitivas” y más

aglutinadas, las manifestaciones depresivas son más extrovertidas y asumidas comunitariamente. Y es que el “yo individual” es mucho más costoso psicológicamente que el “yo colectivo”. Trataré de explicarlo con un ejemplo: si cinco alumnos alquilan un apartamento para residir durante sus estudios universitarios, estos cinco alumnos compartirán la nevera, el televisor, la cocina, y sobre todo el apartamento. Si, después de un conflicto de convivencia, decidieran independizarse y vivir autónomamente por separado, necesitarían cinco apartamentos, cinco neveras etc. En esta nueva situación, es muy probable que no todos tengan capacidad económica para una residencia individual, por lo que algunos se “hundirían” económicamente si lo intentaran y sólo unos pocos resistirían la coyuntura debido a su potencial económico individual. Vivir individualmente resulta mucho más caro que en grupo. Pues, lo mismo sucede en el plano psíquico, ya que, a pesar de que se insiste en la competitividad individual (*self made man*), en la autorealización, en la excelencia de ser triunfador etc., la mayoría de las personas no alcanzan estas metas. En este sentido, la vida occidental lleva al “hundimiento” psíquico, al no poder afrontar el “gasto psicológico” que supone triunfar y competir individualmente. Cuando a un drogadicto, por ejemplo, lo llevan a una “comunidad terapéutica”, para que se cure de su drogadicción, se suele “curar” viviendo en comunidad (“yo colectivo”), pero cuando creen que está curado y vuelve “individualmente” a la ciudad, al poco tiempo suele recaer en la drogadicción, al no poder afrontar el “gasto psíquico individual”.

La sociedad occidental, al intentar ser “competitiva individual”, se “hunde” en la depresión (a mayor individualismo, mayor epidemia depresiva). Pero, aquí encontramos el segundo problema: si la sociedad padece el “hundimiento depresivo”, necesita levantarse, para lo cual utiliza “euforizantes” que le devuelvan las ganas de vivir. Esto explica el consumo de drogas estimulantes (cafeína, nicotina, alcohol, cocaína etc) o de adiciones psicológicas (tragaperras, compra compulsiva, bulimias, riesgo y velocidad etc.). Aunque, después de los “subidones”, se vuelve al “hundimiento” y de nuevo, a la necesidad de “euforizarse” para salir del hundimiento. Una sociedad individualista se transforma, de este modo, en una sociedad depresiva, para después, transformarse en una sociedad (droga)adicta.

Muy diferente es la posición de las comunidades “primitivas”, de vivencia colectiva, donde todo se comparte (“yo colectivo”). De entrada, un bororo o un motilón, no son un conjunto de individuos autónomos, sino “individuos” en la colectividad de una tribu. Lo mismo sucede en las comunidades donde la familia extensa en un núcleo aglutinante. Cuando un individuo o un grupo de ciertas comunidades entran en una depresión, se suele reunir la comunidad para danzar y gritar ritualmente en una “fiesta” hasta que se alcanza el trance y el paroxismo (posición maníaca de la danza, el grito y el canto colectivos). A veces, se acompaña esta vivencia colectiva con el sacrificio de un animal. De la misma manera, el duelo por la muerte de un ser querido, mientras en las sociedades urbanas es vivenciado cada vez más individualmente, e incluso, negado, (lo que comporta un alto coste psicológico depresivo, a corto o medio plazo), en las comunidades “primitivas” es asumido por toda la comunidad. Aquí, el difunto es “llorado y gritado” colectivamente, (con plañideras incluidas) y la muerte es vivenciada como “fiesta” (maníaca) colectiva (tal como sucede en ciertas comunidades negras y gitanas, por poner dos ejemplos cercanos). En las sociedades urbanas, el individualismo queda sobrecargado con el llanto privado y la “culpa” depresiva; en las comunidades “primitivas”, por el contrario, la explosión maníaca de la fiesta trágica, diluye el dolor y la depresión entre todo el colectivo²⁵.

Vemos, pues, cómo el análisis transcultural nos ayuda a relativizar ciertos discursos teóricos sobre la depresión. La depresión es un hecho pancultural, pero en cada cultura se ponen de manifiesto dimensiones sintomáticas que son prevalentes y hasta específicas de las diversas culturas.

2. Los tres nombres de la depresión

La historia terminológico-conceptual de la depresión está jalonada, fundamentalmente, por tres vocablos: **Melancolía**, **Acedia**, **Depresión**, que representan las tres perspectivas culturales de la filosofía occidental: cosmológica, teológica y logológica²⁶.

2.1. Melancolía

La *Melaina chole* (*atra bilis, bilis negra*) o melancolía provenía de la alteración del equilibrio humoral. De acuerdo con la idea hi-

pocrática (siglos V y IV aJC), la alteración cuantitativa y cualitativa (discrasia) de la “bilis negra” (uno de los cuatro humores corporales) produciría el estado patológico melancólico depresivo.

Aunque la concepción hipocrática adscribe, etiológicamente, la melancolía a un origen “natural” (léase, hereditario y orgánico), existen en la antigüedad clásica greco-romana, posturas eclécticas y aún propiamente psicológico-religiosas en orden a la explicación de la melancolía. Así, Celso (c.50 pJC), Sorano de Éfeso (siglo II pJC), y otros, siguen las enseñanzas hipocráticas, pero introducen factores psicoreligiosos.

No obstante, este eclecticismo no anula la potente influencia hipocrática que se hace patente en tres autores importantes: Rufo de Éfeso (siglo II pJC), el cual afirma que la mente es también factor de melancolía; Areteo de Capadocia (c. 150), que vislumbró la conexión entre manía y melancolía; y Galeno (siglo II pJC), que continuó desarrollando el esquema humoral, aunque introduciendo factores psíquicos. Esta medicina griega, inscrita en el esquema filosófico de la **cosmología** (la *physis* como agente explicativo principal), abarca un paréntesis que va desde Hipócrates a Galeno, y que, no obstante, se adentra en la Edad Media a través de las traducciones árabes de los textos griegos (siglos X y XI, edad de oro de la medicina árabe), aportaciones que culminan con las traducciones de Constantino Africano (1220-1287), musulmán que se hace benedictino en Montecasino, y cuyas traslaciones serán de norme influencia en toda la Edad Media y el Renacimiento²⁷.

2.2. Acedia

Después de la invasión bárbara, la cultura se refugia en los monasterios y en las catedrales. Y es, principalmente, en el ámbito del monacato, donde se comienza a hablar de **Acedia** (*acedia*, *acedia*, *accidia*, *acidia*), un síndrome de tristeza y dejadez, de inhibición y apatía, de angustia y pereza.

El término griego *akédeia*, *akedía* (*a--kédos* = sin cuidado), es traducido al latín por *acedia* (en autores como Casiano, Alcuino, Jonas de Orleans), por *acidia* (Hugo de S. Víctor, Otón de Luques, S. Buenaventura), por *accidia* (S. Isidoro de Sevilla, S. Tomás de Aquino, R. Lulio), y por *taedium vitae* (biblia Vulgata, Casiano)²⁸.

El principal introductor del concepto de acedia en Occidente es el monje Juan Casiano, el cual en su libro, *De institutis coenobiorum et de octo principalium vitiorum remediis libri XII*, (escrito entre el 419 y el 426) introduce la lista de los ocho vicios en los que se incluye la acedia. En esta obra consagra, sobre todo, los capítulos 6-23 del libro X, al *spíritus acediae*:

Nuestro sexto combate es contra lo que los griegos llaman acedia y que nosotros podemos denominar tedio o ansiedad del corazón. Está emparentada con la aflicción y es especialmente dura para con los solitarios y un enemigo fuerte y peligroso para los que moran en el desierto, siendo especialmente perturbadora para el monje en la hora sexta, como una fiebre que le ataca en las horas regulares, produciendo el ardiente calor de sus ataques en el hombre enfermo, a horas fijas. Por último, alguno de los antiguos dicen que eso es el ‘demonio meridiano’ del que habla el salmo noventa. Produce disgusto con el lugar, con la celda y desdén y desprecio por los hermanos (...) También hace al hombre perezoso y negligente en cualquier tipo de trabajo que haya que hacer dentro de la clausura de su dormitorio²⁹

Es importante que en sus **Collationes**, vuelve a enumerar los “ocho vicios principales”:

Ocho son los vicios principales que afligen al género humano. El primero es la gula o la glotonería; el segundo, la lujuria; el tercero, la avaricia o el amor al dinero; el cuarto, la ira; el quinto, la tristeza; el sexto, la acedia, esto es, el desabrimiento o tedio del corazón; el séptimo, la jactancia o vanagloria; el octavo, la soberbia.

Dos cuestiones, pues, aparecen con claridad en la obra de Casiano, la definición de “acedia” como “tedio del corazón” (una especie de “tedio vital”), y la enumeración de los “pecados principales” que dará lugar a la posterior lista de los “pecados capitales”.

Después de Casiano, será S. Gregorio Magno, el que reforma la lista de los pecados principales, poniendo (en su libro, **Moralia in Job**) la soberbia como raíz de todos los demás y reemplazan-

do la acedia por la envidia. Esto significa que, según los autores posteriores se inspiraran en Casiano o en S. Gregorio Magno, apareciera o no la acedia en la lista, aunque Rábano Mauro intenta conciliar ambas posturas³⁰. Será, sin embargo, Hugo de S. Víctor el que en el siglo XII, inicia la teoría de los siete pecados capitales, con esta enumeración: soberbia, envidia, ira, acedia, avaricia, gula y lujuria.

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

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

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

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

La tercera clase es el fastidio sólo por todo lo que pertenece a Dios, mientras que en el resto de actividades conserva su actividad y buen humor. La persona sufre esto sin devoción, rehuye los rezos siempre que puede

hacerlo y se atreve a ello, se apresura a terminar las oraciones que no tiene más remedio que decir y piensa en otras cosas mientras lo hace, para que no le aburra demasiado la plegaria³¹.

Como subraya Jackson, los autores espirituales de la Baja Edad Media que se ocupan de la acedia, tienden a distinguir los aspectos “mentales” de los “manuales”, en el fondo porque se refieren a la doble actividad de los monjes (“ora et labora”). Hasta el siglo X, la acedia de los monjes es considerada como una tentación diabólica; en el siglo XI se la describe como ociosidad y a partir del siglo XII como pereza y falta de fervor espiritual.

Por una parte, a los “monjes piadosos” se les aplicaba una doble “terapia”: a los que eran tentados con la sequedad espiritual (“noche oscura del alma”) se les recomendaba la confesión frecuente y la oración. En este sentido, la confesión y la dirección espiritual tenían para los afectados de la tristeza (acedia) un efecto de terapia psicológico-espiritual. Cuando, sin embargo, se les diagnosticaba, por el galeno, el origen “melancólico” de la tristeza, se recomendaba el ayuno purgativo de las grasas y bilis negra.

Sin embargo, cuando los autores de los Libros Penitenciales se dieron cuenta de que el principal fruto de la acedia era la ociosidad, acuñaron la consigna de “contra pereza diligencia”. Hay, pues, una doble perspectiva al considerar la acedia como “tristeza” o como “pereza”. Ya no se dirige el discurso a los “monjes piadosos”, sino que se recrimina a los ociosos y mendicantes vagabundos, así como a la plebe ociosa. Contra estos “perezosos”, la confesión era más un remedio de control, de imposición de disciplina y de castigo contra el “pecado mortal y capital de la ociosidad”.³²

En segundo lugar, la acedia fue considerada como un “pecado capital”. Ya J. Casiano había reconocido como los “ocho principales vicios”, la gula, la lujuria, la avaricia, la ira, la tristeza, la acedia, la vanagloria y el orgullo. (“nuestro sexto combate (...) es la acedia”). Gregorio Magno fusiona tristeza y acedia, vanagloria y orgullo, añadiendo la envidia. Casiano daba prevalencia a la acedia como fuente de todos los vicios, mientras que Gregorio Magno lo hacía con el orgullo.

Ya hemos anotado, cómo los diversos autores se afilian a una u otra lista (S. Isidoro reproduce las dos), cómo R. Mauro no aprecia diferencias sustanciales entre ambas listas, y cómo Hugo de S. Víctor establece la lista (“definitiva”) de los siete pecados capitales: orgullo, envidia, cólera, acedia, avaricia, gula y lujuria.

Estos listados de los Libros Penitenciales, utilizados como guía para los confesores, dejan de un lado el concepto de acedia como “tristitia”, “taedium”, “anxietas cordis” etc., que nosotros traduciríamos con el lenguajes de S. Juan de la Cruz, como “noche oscura del alma”, “sequedad espiritual”, “ausencia de Dios” etc., poniendo “de cara a la práctica penitencial” del pueblo, el concepto de acedia como “pigritya”, al que contraponen la “diligencia” (actividad del amor).

Durante la Edad Media, pues, coexistían los dos diagnósticos sobre la acedia: el diagnóstico “melancólico” de la tristeza, eximía de culpa, pues se trataba de una enfermedad corporal; mientras que el diagnóstico “diabólico” de la acedia era un pecado al que había que combatir con confesión, oración y trabajo manual.

La influencia de las ideas teológicas de la acedia sobre el pueblo llano fue grande. Casi no existen, hasta nuestros días, curanderos que aborden la curación de la depresión, ya que era un tema reservado a los clérigos.

2.3. Depresión

El Renacimiento supuso una “vuelta” a las ideas de Rufo de Éfeso y de Galeno de Pérgamo. Así, Paracelso (1567) habla de cuatro clases de melancólicos; Th. Elyot (1530) hace referencia al temperamento melancólico y T. Bright (1586) publica un **Tratado sobre la melancolía**, en el que se desmarca de la etiología pecaminosa de la depresión, constituyendo este libro la primera monografía específica sobre la depresión. En la misma línea están, el médico español F. Vallés (1524-1592), A. du Laurens (1560-1601) y F. Platter (1536-1614). Pero es el “depresivo” clérigo y filósofo inglés R. Burton, el que publica, en 1621, **La anatomía de la melancolía**, dando un paso adelante respecto a la teoría humoral, teniendo en cuenta los factores psicológicos y distinguiendo entre los estados de hipertimia y distimia.

En el Renacimiento se recupera, pues, la terminología clásica de la **melancolía**, junto con otros términos similares, como **atra bilis** (estado atrabiliario, cólera negra), pero se introduce, más allá de la teoría humoral, el concepto psicológico de “temperamento melancólico”, concepto que dará lugar, sobre todo en el Romanticismo, a toda una gama de expresiones literarias y populares sobre la melancolía: descontento, abatimiento, soledad, desesperanza, malhumor etc³³.

Se puede decir, pues, que es a partir de la obra de R. Burton cuando comienza la nueva concepción “nerviosa” o “mental” de la depresión. El término “depresión” se fragua a partir de la Ilustración. R. Blackmore habla ya en 1725 de “depresión”, R. Whytt (1764) habla de “depresión mental” al referirse a la melancolía, Ph. Pinel (1801) alude a la “depresión de espíritu” (*abattement*), S. Tuke (1813) se refiere a la “depresión de la mente” y G. M. Beard (1869) habla de “agotamiento del sistema nervioso”.

A mediados del siglo XIX, W. Griesinger introduce la expresión “*die psychischen Depressionzustände*” como sinónimo de melancolía, E. Kraepelin habla de “*depressive Wahnsinn*” y Esquirol propone el término “*lipemanie*” en lugar de malancolía.

Conceptualmente, el término se transforma al tener que expresar la bipolaridad de euforia-disforia. Así J.P. Falret (1854) tematiza esta bipolaridad depresiva hablando de “*folie circulaire*” y Baillarguer alude a la “*folie à double forme*”, mientras E. Kraepelin (1896) habla ya de “locura maniaco-depresiva” como entidad nosológica independiente³⁴.

Hoy, el término “depresión”, utilizado por geógrafos, economistas, sociólogos, psicoanalistas etc., se refiere predominantemente, al síndrome de “hundimiento vital” que estamos estudiando, debido a la grave incidencia epidemiológica de esta enfermedad que padece una gran parte de la humanidad. Es tal su importancia que infunde enorme respeto³⁵, porque comporta un enorme sufrimiento y porque se la ubica como en el fondo de un enorme pozo o en la oscuridad de un túnel del que no se alcanza a ver la salida.

La depresión ha tenido pues, a lo largo del tiempo, tres principales nombres, melancolía, acedia y depresión, que significaban una misma realidad: el abatimiento, la postración, el hundimiento, la distonía, el descenso a la oscuridad vital y a la muerte.

3. El origen de la depresión

Al abordar el análisis de la depresión en un enfermo es preciso comenzar por construir un diagnóstico etiológico³⁶. La primera dificultad proviene de una distinción, que ya se ha hecho “clásica”, pero que a nuestro entender es incorrecta, entre depresiones endógenas y exógenas o reactivas³⁷.

Ya hemos polemizado, al comienzo, sobre la existencia misma de las depresiones “endógenas”. De momento, constate-mos que “ningún psiquiatra emplea prueba biológica alguna para hacer un diagnóstico de depresión. (...) Se destinan millones de euros a investigaciones que demuestren un origen biológico de la depresión, y no hay un solo test biológico eficaz que haya resultado de esos estudios desde que empezaron”.³⁸ Llamen la atención afirmaciones como esta:

Si se trata de efectuar la validación empírica de cualquier prueba diagnóstica para la depresión endógena no hay más remedio que referirse al diagnóstico clínico basado en los **antecedentes personales de hipertimia** y/o en la presencia de **parientes de primer grado con depresión bipolar**.³⁹

Es patente la falta de rigor al afirmar, sin más pruebas, que la depresión endógena se da en situaciones de “herencia” y de “trastorno bipolar”.

Seguimos, pues, cuestionando la existencia de la distinción entre endógeno y exógeno, para hablar de una sola forma fundamental de depresión que es la que se define como “hundimiento vital”, cuyo origen puede ser triple:

a) Las depresiones procedentes de “quiebras biográficas” (pérdidas, sucesos estresantes etc.), que suponen una “ruptura vital” del individuo, el cual precisa de una “reconstrucción biográfica”.

b) Las depresiones procedentes de “estados de ansiedad”, producidos por trastornos neuróticos de la personalidad.

c) Las depresiones “secundarias”, procedentes de alguna enfermedad somática o de la ingesta de sustancias (medicamentos, drogas etc.) que alteran el ritmo vital de la persona.

3.1. Depresiones “biográficas”

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

F. Alonso las denomina “situacionales”, ya que el estrés exterior traumatizante no genera una respuesta meramente puntual de “reacción”, sino que el sujeto cambia a una “nueva situación” de duración prolongada. Aquí la “situación” viene a significar “reorientación”, “nueva posición”.

Otros, sobre todo en el ámbito anglosajón, prefieren el término de “acontecimientos vitales” (*life events*), ya que representan un cambio intenso y brusco del curso vital del individuo, lo que produce un grave estrés traumático al que sigue una depresión postraumática.

Hemos preferido llamarlas “depresiones biográficas”, ya que es el *continuum* biográfico del individuo o de la comunidad lo que se quiebra (a causa de las “pérdidas” o de “sucesos vitales”). No se trata de un “estresor exterior” ajeno al sujeto, ya que la pérdida se refiere a un objeto afectivo “relacional” que se considera como “propio” (muerte de un ser querido, separación etc.). Es verdad que el sujeto queda, después del “brusco acontecimiento vital”, en posición de “resituado”, pero en toda quiebra biográfica se rompe, al menos parcialmente, el “hilo conductor” de la vida del sujeto, lo que genera depresión, y cuya curación (como en el caso de la elaboración del duelo por la pérdida) requiere una “restauración biográfica”.

La depresión biográfica “por pérdida” hace referencia a la pérdida de un “objeto amado”, considerado relacionalmente como parte del sujeto. El sujeto ha quedado mutilado en su yo y en su perimundo (*Umwelt*).

Los tipos de pérdidas más usuales son:

Pérdida de la vida: muerte o separación de la pareja o persona amada, muerte de otras personas en una experiencia común (terremoto, incendio, guerra, accidente, campo de concentración

etc.), desarraigo, emigración, “nido vacío” al abandonar los hijos el hogar parental etc.

Pérdida de espacios: de la casa (donde nació, vivió,..), del barrio o pueblo de la infancia, derrumbes, traslados, migraciones etc.

Pérdida del estatus: paro laboral, pérdida de nivel económico o de influencia social, jubilación, marginación, etc.

Al definir la “pérdida” nos encontramos con una cuestión importante, y es si la pérdida produce sólo “tristeza” o además “depresión”.

S. Freud, en su conocido trabajo, **La aflicción y la melancolía** (1917) dice que la aflicción es la tristeza por la pérdida de un ser querido, la cual no se considera patológica; mientras que el “melancólico” “sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido”. “En la aflicción, el mundo aparece desierto y empobrecido a los ojos del sujeto. En la melancolía, es el yo el que ofrece esos rasgos a la consideración del paciente”.

En la aflicción “duele la muerte”, la “pérdida”. La muerte o la pérdida, por mucho que se esperen, siempre son una sorpresa. La elaboración del duelo suele realizarse mediante el “luto”, que es una manera de “com-padecer” con el difunto, de “morir” (socialmente) con él. La elaboración del duelo, cuando más exterior y grupalmente compartida, es menos dolorosa; cuanto más inhibida e individual, es mucho más lacerante⁴⁰.

La **melancolía depresiva** y la aflicción comparten síntomas. En el duelo y la melancolía coexisten el ánimo dolorido, la tristeza, el desánimo, el llanto etc., pero se diferencian en una cosa: en la melancolía el sujeto habla de sí mismo como de otra persona (“psicosis depresiva”). El melancólico ha incorporado a su interior la persona muerta, por lo cual se autoacusa, se autodevalúa, se autocolpa.

Cuando la “pérdida” genera tristeza, es posible elaborarla a través de un proceso y tiempo prudencial (tiempo del duelo y el luto). Pero, cuando está dominada por la autodevaluación y la autocolpa, tenemos ya depresión o melancolía⁴¹.

Los temas de “pérdida” más comunes son los de muerte y separación, accidente grave que cambia la vida, pérdida de estatus económico y social etc. Pero, quizá uno de los más actuales

y menos estudiados sea el de la “pérdida del espacio y tiempo vitales”, que afecta, sobre todo, a los inmigrantes. Desde que en 1569 se certificó la muerte de un soldado por nostalgia (*gestorben von Heimwe*), hasta que en 1688 se acuña la palabra **nostalgia**⁴², comienza una preocupación por el tema que se ha incrementado en nuestros días. Muchos inmigrantes son capaces de elaborar el duelo por la lejanía, pero otros sufren graves depresiones. En este sentido, vemos que, mientras la posición del muerto es la de “enterrado”, la del inmigrante es la de “desterrado”, sin mundo⁴³.

3.2. Depresiones “neuróticas”

Las depresiones “neuróticas” aparecen en los individuos, generalmente, con personalidad neurótica, que a causa de la reactivación de un conflicto psíquico, sufren un agravamiento de los estados de ansiedad. La personalidad neurótica (en sus tres principales manifestaciones: histérica, fóbica y obsesiva) activa estados de ansiedad, por lo que a veces, se la denomina, “depresión ansiosa”, y muchos psiquiatras la denominan inadecuadamente, “depresión atípica”, sobre todo cuando se dan elementos histéricos (en la psiquiatría biológica no suele reconocerse la existencia de la histeria y por ello centran, casi siempre, sus análisis en las “depresiones anancásticas” u obsesivas).

Resulta notoria la distancia de análisis sobre las “depresiones neuróticas” entre los psiquiatras biólogos y los psicoanalistas, siendo los segundos los que las analizan con competencia. En primer lugar, no tiene mucho sentido definir la depresión neurótica como contraposición a la depresión psicótica, y en segundo lugar, sin tener un concepto claro de neurosis, difícilmente puede entenderse el concepto de “depresiones neuróticas”.

En la neurosis, el conflicto interno que genera ansiedad proviene de la deficiente manera en que se ha construido la personalidad del individuo (generalmente en la interacción con los padres en la infancia). Algunos autores afirman que las neurosis no son categoriales sino dimensionales, es decir, que todos los individuos tienen un alto o bajo nivel de neuroticismo, con la consiguiente presencia de una menor o mayor nivel de ansiedad.

La ansiedad tiene como principales manifestaciones somáticas, los vértigos angustiosos, la opresión precordial y epigástrica,

parestesias en las extremidades, ahogo respiratorio etc.; mientras que el cuadro psíquico viene dominado por la ansiedad generalizada (estados tímicos que pueden llegar al pánico, inseguridad, hipocondría, irritabilidad, sentimientos de culpa etc.).

Es muy conveniente diferenciar, en la depresión neurótica, si ésta está dominada por estados de ansiedad histéricos (en los cuales, la extroversión y la teatralidad colocan al sujeto depresivo en el centro del grupo de referencia, y cuya tendencia al suicidio es muy baja, aunque se presente como “llamada de atención”); o si, por el contrario, está dominada por estados de ansiedad obsesivos (en los cuales, la culpabilidad, la inhibición, el autocastigo, la ambivalencia sado-masoquista etc, producen mayor tendencia hacia el suicidio).

3.3. Depresiones “secundarias”

Llamadas por F. Alonso, “sintomáticas”, están producidas por alguna enfermedad física o por la ingesta de medicamentos o drogas.

La “secundariedad”⁴⁴ es manifiesta al proceder de afecciones primarias, tanto cerebrales como extracerebrales, así como por causa de la ingesta de drogas medicamentosas o estimulantes. Sin entrar a considerar aquí las depresiones secundarias producidas por enfermedades físicas, la acción del médico en la prescripción farmacológica, hace que algunos autores llamen a las procedentes de la ingesta medicamentosa, **depresión yatrógena**. Hay que distinguir, sin embargo, entre una depresión procedente de la acción médica como el “hospitalismo”, o las “amputaciones” (que son casos típicos de “pérdida”), de la acción farmacógena propiamente dicha. Capítulo aparte merecería el creciente autoconsumo de drogas estimulantes que provocan dependencia⁴⁵, y que, evidentemente, no son prescritas por los médicos.

La vulnerabilidad a la depresión, unida a la ingesta de estas sustancias, suele tener un efecto depresiígeno, sobre todo con los fármacos neurolépticos, en los que se aprecia, incluso, una tasa mayor de inducción al suicidio.

No vamos a detenernos, sino brevemente, en las sustancias drogodependientes (cafeína, nicotina, alcohol, cocaína, heroína

etc.), las cuales, después de producir un efecto euforizante puntual (“subidón”), vuelven a hundir al individuo que las toma, en una postración depresiógena.

El exceso de consumo de medicamentos y drogas dependientes constituye uno de los problemas sanitarios más importantes de nuestro tiempo, a la vez que producen un efecto depresiógeno.

4. El síndrome depresivo

Concluiremos este trabajo sobre la dimensión antropológica de la depresión, tratando de “definir” y “demarkar” el síndrome (conjunto de síntomas) que identifican a la depresión, sobre todo, desde una perspectiva sociocultural.

4.1. La construcción de la vivencia depresiva

El comienzo de la depresión suele ser, en un 80% gradual. generalmente durante algunas semanas de “gestación” de la depresión, con síntomas prodrómicos que avisan que llega el estado depresivo, aunque, tanto la rapidez como la aparición de determinados síntomas previos y no otros, varía mucho, según los individuos.

Generalmente, los primeros síntomas que aparecen son, la “ruptura del sueño”, el malestar al despertarse y durante toda la mañana, el entecimiento físico y mental, el llanto etc. Junto a estos elementos “objetivos”, aparecen las vivencias “subjetivas”, como la tristeza, la baja autoestima, la hipocondría, el aburrimiento, las dudas obsesivas, la inhibición y falta de interés para comunicarse, el abandono personal etc.

El comienzo rápido, alrededor del 20%, se da en las pérdidas súbitas (accidentes, muertes, intentos de suicidio fallidos, un diagnóstico de enfermedad grave como sida, cáncer etc.) lo que comporta que el individuo “se viene abajo” de golpe.

Después de esos comienzos, progresivos o súbitos, se alcanza el “cuadro completo” que define que un individuo está deprimido, es decir, que ha caído en un “hundimiento vital”, tan doloroso, que prefiere cualquier otra enfermedad e incluso, que le hace desear la muerte, se trata de “un mundo saturado de sufrimiento de vivir” (F. Alonso).

No es fácil encontrar descripciones de “cuadros sintomáticos completos” de la depresión. Un primer intento entre nosotros lo constituyó la edición del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, del libro **Las depresiones en la clínica cotidiana**⁴⁶. Más recientemente (1988), F. Alonso ha presentado un “cuadro completo tetradimensional” a base de: humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía, que seguimos en líneas generales.

4.2. Tetradimensionalidad de la depresión

Podemos agrupar los síntomas que construyen el síndrome depresivo en cuatro dimensiones que facilitarán, tanto la construcción del diagnóstico de la depresión, así como una didáctica analítica de los rasgos interiores del hecho depresivo.

4.2.1. El “humor depresivo”

No nos referimos a la “bilis negra” (melancolía), sino al “humor que ve todo negro”, a la “desvinculación” con el mundo, al “desapego a la vida”. La metáforas vivenciales de “estar en el fondo de un pozo”, de “estar en un túnel oscuro”, de “estar en un lugar que se va estrechando”, son expresivas de esta amargura existencial. El depresivo piensa que “muriendo se acabaría el sufrimiento de vivir”, que “muriendo se arreglarían todos los problemas”, que “muriendo pagaría la culpa por algo”.

El “humor depresivo” sustituye el narcisismo egocéntrico por el “vaciamiento del yo”, sin proyectos de futuro, sin posibilidad de gozar de la vida; por el contrario, se siente devaluado en su autoestima, tiene ideas de ruina respecto al mundo exterior y, sobre todo, se siente culpable, lo que puede llevarle al suicidio.

4.2.2. La “anergia”

La depresión se caracteriza por la falta de “pulsión vital”, por el vaciamiento y enlentecimiento somático y psíquico de la vitalidad.

Esta falta de energía vital comienza con apatía, aburrimiento, pasotismo, desmotivación, alejamiento e inhibición; le siguen amnesias anestésicas, rigidez e inmovilismo, insensibilidad y as-tenia. No son extraños, en este estado de anergia depresiva, la

total desmotivación sexual, la inapetencia alimentaria, la desmotivación laboral etc.

Podríamos distinguir, para una mayor claridad, entre un enlentecimiento físico (fatiga, movimientos lentos, descoordinación motriz, sensación de sentirse cansado aunque no se haya hecho nada etc.), y un enlentecimiento cognitivo (déficit de memoria, falta de concentración, desconexión comunicativa tanto emisora como receptiva, sensación de “me cuesta trabajo pensar” etc.).

4.2.3. La “discomunicación”

En la depresión hay un notable descenso de la comunicación (escrita, hablada, gestual, ritual, de indumentaria, proxémica, protésica, estética, ornamental etc.). El depresivo emite poca comunicación personal (pocas palabras, gestos aversivos y hostiles, mirada perdida y facies depresiva etc.), y se expresa sobre todo a través de los síntomas (humor depresivo, anergia, llanto, quejas etc.); pero, tampoco admite suficiente comunicación exterior ya que se inhibe del mundo que le rodea (incapacidad de sintonizar, empobrecimiento en la recepción de mensajes, introversión etc.).

La discomunicación depresiva es baja, cualitativa y cuantitativamente, tanto en la emisión como en la recepción de mensajes (descenso en los niveles de abstracción, racionalización y conceptualización de los contenidos), pero sobre todo, en la urdimbre afectiva y emocional (inhibición afectiva para con los otros, incluidas las personas queridas; incapacidad de compartir emociones placenteras y hasta displacenteras), por lo que parece comportarse como un “autista”. Esta discomunicación se quiebra a veces por excesivas demandas de cuidado (sobreprotección y dependencia), por la irritabilidad y hasta la agresividad.

4.2.4. La ritmopatía

Los trastornos en el ritmo circadiano (sueño roto, mañanas inhibidas y mejora por las tardes, alteración de los horarios alimentarios etc.), de los ritmos estacionales (mayor incidencia depresiva en otoño y primavera), la especial percepción del tiempo en el depresivo (mayor interés por el pasado, aislamiento de la realidad presente y negación del futuro), el enlentecimiento anérgico del “pasar las horas” de la “lenta duración de la actividad” etc.).

Uno de los trastornos más importantes del depresivo lo constituyen las roturas de los tiempos del sueño y la vigilia. El depresivo suele tener un insomnio tardío (se acuesta y duerme tarde), sueño fragmentado y con frecuentes pesadillas, pocas horas de sueño y sentimiento de no haber descansado. Tras un despertar precoz, queda postrado en la cama con ausencia de luz (persianas bajadas) hasta, más o menos, al mediodía: Por la tarde, suelen experimentar una cierta mejoría. Son escasos los depresivos con hipersomnia y empeoramiento por las tardes. La ritmopatía puede verse acrecentada por los cambios de turnos laborales (turnos de día y de noche), por los vuelos transmeridianos (de este a oeste y viceversa).

También son considerables los cambios de ritmo, no sólo transmeridianos, sino de latitud (de norte a sur y viceversa), las horas de luz y sol, los efectos de la temperatura ambiental etc.

4.3. Diagnóstico clínico

Las depresiones pueden ser unipolares y bipolares. Las primeras se manifiestan como episodios disfóricos (en la población occidental) o como episodios maníacos (en no pocas poblaciones “primitivas”); las depresiones bipolares alternan los episodios maníacos con los episodios disfóricos. Como apuntábamos al principio, no está demostrado que las depresiones bipolares sean endógenas, mientras que a todas las demás se las considera unipolares. A menudo se han confundido los episodios maníacos con manifestaciones esquizofrénicas. Puede afirmarse que el 90% de los depresivos son unipolares.

La duración media de las depresiones es de menos seis meses, siendo en el 70% de los casos inferior a cuatro meses. El riesgo de suicidio se concentra en los comienzos de la depresión y en las semanas siguientes a la “curación” (alta terapéutica), así como en las depresiones secundarias (ingesta de neurolépticos, alcoholismo, drogadicción, sensación de fracaso etc.).

Las depresiones se cronifican cuando se obtiene un beneficio primario (una madre guarda luto depresivo por la muerte de su hijo en accidente con la moto que ella le compró, de lo cual se siente culpable. No puede dejar de “expiar la culpa” a través de la depresión), cuando hay una “resistencia” a los antidepresivos (resistencia objetiva y “subjetiva”). La cronicidad alcanza al 20% de los depresivos.

La demarcación del síndrome depresivo suele hacerse a través de un conjunto de síntomas, de los cuales, un tercio pertenece al humor depresivo, otro tercio a la anergia y otro tercio se lo reparte la discomunicación y la ritmopatía. Pero, generalmente, estos listados de síntomas varían con las culturas⁴⁷.

5. Conclusión

La dimensión antropológica de la depresión se caracteriza por constituir una “quiebra biográfica”, en la que se estanca el “impulso vital”, olvidando el pasado, viviendo al margen del presente y negando la posibilidad de futuro.

Antropológicamente, la depresión afecta a todo el ser humano, el soma y la psique, pudiéndola definir como una “vivencia existencial de la muerte”, en la que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir. El depresivo va entregándose lentamente a la muerte desde el “hundimiento vital” en que se encuentra.

Como patología, la depresión es un síndrome multiaxial que se manifiesta a través de grupos de síntomas (ritmopatía, discomunicación, anergia, humor depresivo). Sin embargo, esta sintomática depresiva se manifiesta de diferente manera en las diversas culturas, pudiéndose, por lo tanto, realizar un análisis transcultural del síndrome depresivo.

El organicismo biologista ha pretendido definir, reductivamente, la depresión como una “enfermedad endógena”, relegando a la categoría de “trastorno reactivo o exógeno” las demás formas depresivas. Defendemos, sin embargo, que la depresión no es inteligible al margen de la cultura y de las culturas en concreto, y que la conducta normal y patológica no pueden alcanzar pleno sentido al margen de la perspectiva cultural. Hay que recordar constantemente que el ser humano se organiza socialmente (y se desorganiza y enferma) en el marco de una cultura.

La depresión constituye, en Occidente, el fenómeno epidemiológico número uno, de ahí que hayamos considerado oportuno abordar su estudio, siendo a la vez el síndrome donde se encuentran más implicaciones antropológicas. Recordando una vez más a C. Ballús, “si un trastorno humano merece ser calificado de ‘antropológico’, aquel es la depresión”.

La depresión, como “hundimiento vital” nos traslada al estudio del hombre desde su cara oculta, la del deseo de morir a causa del sufrimiento por vivir.

Notas

1. C. Ballús, “Depresión, realidad humana”, en **Anthropologica**, 5/6, 1989:9.
2. F. Alonso, *La depresión y su diagnóstico*, Barcelona: Labor, 1988:2.; “El estudio de la depresión aporta muchos datos positivos para el conocimiento del ser humano. La visión del ser humano a través de la depresión nos permite captar cualidades humanas profundas e insondables, difícilmente cognoscibles por otras vías” (Ibid, 1988:14).
3. “Lo que podríamos llamar error norteamericano actual consiste en haber clasificado la depresión en el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como un trastorno afectivo. Anteriormente, muchos clínicos participábamos de un error análogo. Por mi parte, había sucumbido a esa postura equivocada, proponiendo incluso, para los cuadros depresivos e hipertímicos, la denominación de fasodistimia, que significa ‘trastorno afectivo de evolución fásica’. Si podemos hablar hoy de error norteamericano es por haber mantenido esta postura, institucionalizándola, en cierto sentido, como el corpus representativo de la psiquiatría de este país” (F. Alonso, 1988:2-3).
4. Cfr. La sugerente página de F. Alonso sobre la antropología de la depresión (Ibid. 1988:14-15).
5. “La palabra enfermedad hace referencia al cuerpo, al soma y no a la psique”, “Las neurosis no son enfermedades. El criterio médico de enfermedad es indefendible en este caso, ya que en los trastornos neuróticos no existe una causa orgánica subyacente que actúe como tal, provocando el espectro clínico típico de estos cuadros. Por el contrario, sin olvidar la implicación de los factores de orden somático en la comprensión holística de las neurosis, el peso etiológico del trastorno recae sobre contingencias fundamentalmente psicológicas” (J. Vallejo, **Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría**, 1985:410).

El biologismo reduccionista de tales afirmaciones resulta patente en este libro que tomamos como ejemplo, porque se ha convertido en uno de los principales manuales introductorios para psiquiatras y psicólogos. Este libro constituye una muestra del biologismo imperante en las facultades de medicina, donde se afirman como “trastornos” y no como enfermedades a las depresiones exógenas, llamadas “reactivas”.

6. Desde que apareció la imipramina (1957) como primer antidepresivo, otros psicotrópicos (neurolépticos, antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos, principalmente) cambiaron el mundo de la psiquiatría. Los primeros antidepresivos tenían la desventaja de las graves contraindicaciones. Con la introducción de los ISRS y su mejor tolerancia, el uso de antidepresivos se ha extendido a gran número de pacientes, dentro de la estrategia de ampliación del consumo de antidepresivos, propugnada por los laboratorios, los cuales, en sus propagandas, los presentan como el talismán de la eficacia. La aparición del Prozac (1987), saludado como “la aspirina de la depresión”, fue el comienzo del consumo masivo de antidepresivos, mayormente recetados por los médicos de familia. Un estudio del 2005, publicado por el Ministerio francés de Salud, habla de un crecimiento del 6’7 del consumo de depresivos en Francia, entre 1980 y 2001, con una factura que creció, de los 84 millones a los 543 millones de euros, en los últimos veinte años. Todo el mundo sabe que los laboratorios farmacéuticos controlan estadísticamente la venta de los fármacos y de los que los recetan, como práctica habitual.
7. La psiquiatra Sylvia Simpson, del Johns Hopkins Hospital afirmó: “si parece una depresión, trátelo como una depresión” (cit. por F. Calvillo, 2003:132). Sin comentarios. El psiquiatra biólogo, desde su lógica, no se interesa por los “relatos” del paciente que van más allá de la descripción de los síntomas corporales. ¿Cómo se va a interesar, si los aspectos reactivos no son biológicos?. A veces, mientras “escucha breves minutos” al paciente, escribe simultáneamente la receta farmacológica.
8. “A principios de siglo [s. XX], aparece en psiquiatría el concepto de endógeno. Junto al soma y a la psique, pues, se presenta el ‘endon’ como tercer ‘campo de causas’. Su caracterización es, en

principio, extremadamente incierta. Parece pertenecer a la región del soma (...), parece desplegar en lo somático procesos muy determinados, si bien aún no demostrables, de los que proceden aquellas notables alteraciones de lo psíquico que se designan como psicosis endógenas (...) Hasta ahora, lo endógeno viene a ser lo criptógeno, propiamente dicho” (H. Tellembach, 1976:38). D. Barcia (1982) defiende que lo endógeno no debe entenderse como “etiológico”, sino como el “marco interno”, donde puede desarrollarse el proceso. Lo mismo opina N. Andreasen: “A la vista de estos hechos, hay una corriente de opinión, cada vez más fuerte, que tiende a definir el carácter de endogeneidad de la depresión, desde el punto de vista fenomenológico, es decir, por los rasgos clínicos, y a ignorar, en la definición, el papel de los factores precipitantes” (N. Andreasen, 1985:74). De todas las maneras, los que admiten las depresiones “endógenas” les otorgan, como mucho, un volumen del 6% de la totalidad de las depresiones, lo cual dejaría a la depresión, en un altísimo tanto por ciento, “fuera de la psiquiatría biológica”.

9. F. Calvillo, 2003:61. “Sorprende que la inexistencia de pruebas que demuestren el origen biológico de la depresión no lleve a renunciar a tal creencia, y no podemos pensar que se trate de una cuestión de inteligencia y racionalidad mermadas lo que determina tan injustificada como firme convicción. Definitivamente, quienes así lo piensan no pueden considerarse incultos ni tontos. La creencia no tiene que ver con la inteligencia, sino con los ideales. Buscamos, en el cuerpo, la disfunción bioquímica causal, sostenidos por la ideología de nuestros tiempos. El cientifismo nos promete que, aunque todavía no la hayamos encontrado, la encontraremos y, mientras tanto, cualquier resultado obtenido al administrar un tratamiento químico o físico será interpretado como probatorio del origen orgánico de la depresión” (F. Calviño, 2003:85).
10. De ahí que por algunos autores sea considerada la depresión como una “psicosis”.
11. F. Alonso, 1988:9. “La depresión acredita, una vez más por tanto, su filiación vital al no ser habitualmente un trastorno psíquico puro, sino un trastorno psicofísico. Su cuadro

clínico, suficientemente desarrollado, en forma más o menos completa, comprende rasgos psicopatológicos y alteraciones corporales funcionales. La depresión es, a la vez, psicomorfa y somatomorfa. Y desde del principio suele surgir con este carácter”. (Ibid., 1988:9).

12. “Si al mono se le provoca un traumatismo psíquico apartándolo del grupo y manteniéndolo aislado, los niveles de serotonina descienden hasta un 50%, y desarrolla entonces conductas agresivas, tanto hetero como autodestructivas. Otros estudios demuestran que esas conductas se ven suavizadas si al mono se le administran antidepresivos. (...) Cualquiera puede deducir que un ser humano sufriría semejantes modificaciones ante una situación similar, y efectivamente, es algo que sucede con frecuencia. (...) Pero la perversión del pensamiento está en que, tras tamaña demostración de que los niveles de serotonina cambian cuando hay modificaciones en la vida de relación, se haga caso omiso de ello y se siga extendiendo el rumor de que es la vida de relación la que cambia cuando cambian los niveles del neurotransmisor” (F. Calviño: 2003: 55-56).
13. F. Alonso, 1988:6.
14. “Las diferencias en la depresión según las culturas y los momentos históricos son muy importantes cuantitativa y cualitativamente. Los datos que poseemos nos permiten afirmar que la sociedad occidental actual es profundamente depresiógena. La depresión alcanza en ella su vértice epidemiológico, como si fuera un fenómeno social propio” (F. Alonso, 1988: 16).
15. En verdad, para poder manejar el concepto de ‘transcultural’ en la depresión, en primer lugar, deberíamos tener previamente, un depurado concepto de lo qué es depresión y de lo qué es cultura. Para no caer en equívocos, definiremos la cultura como un conjunto de elementos interactivos fundamentales, generados y compartidos por los miembros de una organización, al tratar de conseguir la misión que da sentido a su existencia (Á. Aguirre, 2004:159); y, definiremos la depresión como, hundimiento vital, en el que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir (Cfr. F. Alonso, 1988:14).

16. Cfr. Á. Aguirre, *Estudios de etnopsicología y etnopsiquiatría*, Barcelona: Marcombo (1994); Cfr. también, R. F. Fouraste, *Introduction a l'éthnopsychiatrie*, Paris: Privat (1985); G. Devereux, *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Barcelona: Barral ([1970]1973); A. Polaino, "Factores sociales, cultura y depresión", *Anthropologica*, 5/6, 1989:47-66.
17. En la introducción del DSM IV hay un apartado dedicado a "Consideraciones étnicas y culturales" donde se afirma: "Se ha hecho un importante esfuerzo en la preparación del DSM IV para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de los EE.UU.). Los médicos visitan diariamente a personas de diferentes grupos étnicos y culturales (incluidos inmigrantes). La valoración diagnóstica puede constituir un reto cuando un clínico de un grupo étnico determinado usa el DSM IV para evaluar a un paciente de otro grupo étnico. Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia que son habituales en su cultura" (DSM IV, pág. xxiii).
18. G. Devereux, *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Barcelona: Barral (1973); G. Roheim, *Psicoanálisis y antropología*, Buenos Aires: Ed. Sudamericana; F. Laplantine, *Introducción a la etnopsiquiatría*, Barcelona: Gedisa (1977).
19. F. Laplantine, 1977:129-130.
20. Cfr. A. Cunqueiro, *Escola de menciñeiros*, Vigo:Galaxia (1986); D. García Sabell, *Análise existencial do home galego enfermo*, Vigo: Galaxia (1991); A. Rodríguez López, "Depresión y cultura en la medicina popular gallega", *Anthropologica*, 5/6, 1989: 133-141.
21. Cfr. M. de Noronha, "Trastornos mentales específicos de la cultura", en *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25, 1998:131-138
22. Los estudios de E. Kraepelin (1904) en Java; los de H. van Lom (1928) en Malaya; los de J. Coeoper (1934) en los Ojibas; los de M. Opler (1956), H. Collomb (1965, 1972), J. Bustamante (1959, 1975), E.D. Wittkower (1959, 1975) etc; las revistas:

- Curare (Alemania), Trascultural Psychiatric Research (Canadá) etc., han puesto de manifiesto la realidad de la transculturalidad en psiquiatría.
23. F. Alonso, 1988: 16.
24. R. Bastide, **La réve, le transe y la folie**, Paris (1972: 237-238).
25. Cfr. L.V. Thomas, **Antropología de la muerte**, México:FCE, (1983).
26. Cfr., el sabio libro de M. Buber, *¿Qué es el hombre?*, (1942 en hebreo). “El sistema de Hegel representa, dentro del pensamiento occidental, la tercera gran tentativa de seguridad: después de la cosmológica de Aristóteles y la teológica de Sto Tomás, tenemos la logológica de Hegel” (edición, México: FCE, 1964: 44).
27. Cfr. La importante obra, S. W. Jackson, **Historia de la melancolía y la depresión**. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna., Madrid:Turner (1989), a quien seguimos frecuentemente en este apartado.
28. El término acedia y su significación moral proviene de autores orientales, como Orígenes y Evagrio Póntico. Orígenes ya habla de la tentación del espíritu cercana a la lasitud. Por su parte, Evagrio Póntico (+399) en su obra, **De octo viciosis cogitationibus**, habla de “ocho demonios”: “El demonio de la acidia, llamado también demonio meridiano, es el más grave o peligroso de todos: ataca al monje hacia la hora cuarta y asedia al alma hasta la hora octava...” le llama demonio del mediodía en alusión al Salmo 90,6 (mal traducido por los Setenta). S. Juan Climaco (+600) por su parte, dice: “*Acedia est animi remissio, mentis enervatio, neglectus religiosae exercitationis...Languida est in psalmodia, ad preces infirma...Coenobium repugnat acediae...Acedia et ignavia totum virtutis thesaureum dissipat*” (Enchir.Ascéticum). S. Juan Damasceno (+749) en su libro, **De spiritibus nequitiae**, enumera ya los ocho “espíritus de malicia”: gula, lujuria, avaricia, tristeza, ira, acedia, vanagloria, soberbia. Algunos autores intentan presentar a Sto. Tomás de Aquino como el gran tratadista de la acedia: “Opino que fue S.T., el primer escritor que ofreció una explicación clara y precisa del vicio de la acidia. Esta explicación perdura hasta nuestros días, aunque no sea siempre bien entendida” (Manzanedo, 2007:288).

- Pero, es más acertado el juicio de Llinarès cuando dice: “Pour clore cette liste, non exhaustive, des précurseurs de Lull, citons Thomas d’Aquin et Bonaventure. Rien de nouveau chez ces deux auteurs. Pour Thomas d’Aquin, l’acédie n’est rien d’autre qu’une certaine tristesse”. (A. Llinarès, 1989:50).
29. J. Casiano, *Instituciones de los Cenobios*, X,1. Reproducimos parte del famoso texto latino se Casiano: “Sextum nobis certamen est, quod Graeci akedian vocant, quod nos taedium sive anxietatem cordis possumus nuncupare. Adfinis haec tristitiae ac solitariis magis experta et in heremo commorantibus infestior hostis ac frequens, maxime circa horam sextam monachum inquietans” (ibid, X,1.).
30. “Acediam autem unde Gregorius in supra dicta principalium vitiorum dinumeratione nihil dixit, aiunt eam sub tristitiae nomine intelligere voluisse, unde et Cassianus: Accedia quam nos inquit, taedium sive anxietatem cordis possumus nuncupare affinis est tristitiae. His autem sententiis manifeste probatura quia Gregorius et Cassianus de octo principalibus vitiis uniformiter senserunt” (R. Maurus, *De vitiis et virtutibus*).
31. S. Jackson, 1989:73.
32. La pereza era la madre de todos los vicios: “Homo accidiosus ad agendum bonum est piger, sed ad agendum malum est velox et sollicitus” (R. Lulius, *Ars generalis ultima*, IX,9,25). “Accidia, peccatum mortale ...,cum quo accidiosus dolet de bonis proximi, sed gaudet de malis illius” (ibid. IX, 9).
33. Cfr. C. Gurméndez, **La melancolía**, Madrid: Espasa Calpe (1994).
34. Cfr. S. W. Jackson, **Historia de la melancolía y la depresión**, Madrid: Turner, 1989.
35. “Depresión es una de las muy pocas palabras que, usadas por la psiquiatría, no se emplean en la calle para el agravio. Prácticamente. La totalidad de las patologías mentales consideradas por la psiquiatría han prestado sus nombres para la afrenta de los ciudadanos entre sí. Todas menos esa: depresión”. (F. Calviño, 2003:24). Se insulta con términos como: histérico, paranoico, psicópata, obsesivo-compulsivo, ninfómana, etc.,

pero no motejando a alguien como “depresivo”.

36. “El diagnóstico nosológico cursa fundamentalmente, siempre que ello sea posible, por la vía etiológica, mediante el estudio de los datos familiares, la personalidad previa, la situación, los acontecimientos de vida, las sustancias administradas (medicamentos y drogas) y los trastornos somáticos, con el concurso de los datos semiológicos y evolutivos que mantengan una cierta correspondencia con alguna clase etiológica de la depresión” (F. Alonso, 1988:110).
37. Si a esto se añade la asimilación de lo endógeno a lo psicótico y de lo reactivo (exógeno) a lo neurótico, las dificultades para evaluar con propiedad el hecho depresivo se multiplican.
38. F. Calviño, 2003:57. La escala de Newcastle, la más citada y seguida, que distingue entre endógeno y exógeno con cierta rotundidad, no puede darse por validada para la depresión endógena (Cfr. F. Alonso, 1988:127).
39. F. Alonso, 1988:126.
40. Cfr. L.V. Thomas, **Antropología de la muerte**, México: FCE, 1983; J.L. Tizón, **Pérdida, pena, duelo**, Barcelona: Paidós, 2004.
41. “Si oímos pacientemente las múltiples acusaciones del melancólico, acabamos por experimentar la impresión de que las más violentas resultan con frecuencia muy poco adecuadas a la personalidad del sujeto, y, en cambio, pueden adaptarse, con pequeñas modificaciones, a la otra persona, a la que el enfermo ama, ha amado o debía amar. Siempre que investigamos estos casos, queda confirmada la hipótesis, que nos da la clave del cuadro patológico, haciéndonos reconocer que los reproches con los que el enfermo se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio yo” (S. Freud, 1917). Un ejemplo nos lo aclarará: “Cada vez que lo pienso, pareceme que no debo estar aquí. Manolo tenía los mismos años que yo; los dos teníamos 34. ¿Por qué tuvo que morir él y no yo?. Yo no tengo por qué ser distinta, no tengo derecho a tener algo que él no tiene. Siento, aquí dentro, como si yo tuviera también, algo de culpa por esto. Es que soy cobarde y no tengo fuerza para hacerlo, pero mi deber

era estar con él. Es algo que sientes y que no puedes decir a todo el mundo, pero ahora callo; tengo que desfogar esto” (M. Gondar, Mulleres de mortos, Vigo: Xerais, 1991:88). Esta “culpa” sólo solía encontrar remedio en la autoculpación en la confesión religiosa o en el diálogo con el terapeuta.

42. Cfr. J. Hofen, *Disertatio medica über Nostalgia oder Heimwe*, (1688); Zimmerman, *Der nostalgische Phänomen in zur Psuchologie du Lebenskrise*, Frankfurt: Adad Verlag (1962)
43. Cfr. J.L. Tizón (Coord.) *Migraciones y salud mental*, Barcelona: PPU, 1993; J.L. Tizón, *Pérdida, pena y duelo*, Barcelona: Paidós (2004); I. Badillo, “Psicopatologías en la migración. Duelo y depresión en la población migrante”, en F. Herrera (Coord.) *Inmigración, interculturalidad y convivencia*, Ceuta: IEC (2002) pp.153-168; A. Aguirre, “La identidad cultural en la migración” en F. Herrera (Coord.), *Inmigración, interculturalidad y convivencia*, Ceuta: 2002, p. 119-138.
44. Somos conscientes de las discusiones sobre el concepto de depresiones primarias y secundarias. Aquí, utilizamos el concepto de depresión secundaria, en el sentido de que estas depresiones proceden de otras enfermedades o de la ingesta de medicamentos o drogas dependientes.
45. Vale la pena reproducir el listado de las sustancias farmacológicas con efecto depresiógeno, que cita F. Alonso (1988: 175):
 - a) Psicofármacos: Psicorrelajantes y ansiolíticos (benzodicepinas); Betabloqueantes (propanolol, pindolol etc.); Sedantes e hipnóticos (barbitúricos); Psicoestimulantes (anfetaminas, metilfenidato); Antipsicóticos incisivos y mixtos (perfenacina, haloperidol, productos retardados etc.); Antimorfinicos (pentazozina, que es un agonista-antagonista morfínico y naltrexona, que es un antagonista morfínico cada vez más empleado en la terapia de los drogadictos); Antialcohólicos (disulfirán); Antimaniacos (alfametilparatiroxina).
 - b) Diversos medicamentos: Inhibidores del apetito o anorexígenos (fenfluramina, fenmetrazina y otros); Tónicos cardíacos (digitálicos); Antihipertensores (reserpina, alfametildopa, clonidina, guanetidina, betadinina, hidralazina, diuréticos derivados de la tiazida); Productos

colinérgicos (colina, fisostigmina y otros anticolinesterásicos); Substancias antiparkinsonianas (levodopa, carbidopa, amantadina); Contraceptivos orales (estrógenos, progesterona); Corticosteroides (ACTH, cortisona, glucocorticoides); Antibióticos (cicloserina); Antimicóticos; Antiartríticos o antirreumáticos (fenilbutazona, indo metazina); Antitumorales (vinblastina, vincristina); Nutrición parental total y prolongada; Curas de adelgazamiento; Diversos (baclofén, cimetidina).

- c) Substancias dependígenas sin acción terapéutica: Alcohol étílico; Productos cannábicos; Lisérgida; Mescalina (peyotl); Tabaco.
46. C. Ballús y otros, **Las depresiones en la clínica cotidiana**, Madrid: MSC, 1981, texto redactado para ayudar a un correcto diagnóstico de las depresiones, por un comité de psiquiatras.
47. “Los esfuerzos norteamericanos por mejorar el diagnóstico con arreglo a un procedimiento estrictamente descriptivo y lineal condujeron al DSM III. ‘Ninguna de las series de criterios han alcanzado aceptación general o se han mostrado más útiles que otros’ (Zisook et al., 1980, 1981). ‘Aunque parece legítimo el empleo de sistemas de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales, apoyándose sobre criterios semiológicos definidos, como los del DSM III, surge la duda de si estos criterios concebidos para los EE.UU. son válidos en otras muestras culturales’ (Delile y Bourgeois, 1986). ‘Con las nosologías ‘oficiales’ actuales se ha ganado en rigor, pero se ha perdido en riqueza potencial para el pensamiento psiquiátrico” (De Praingy et al., 1984). (cits, por F. Alonso, 1988:99).

Referencias

- Aguirre, A. (1989). Dimensión antropológica de la depresión. *Anthropologica*, (5/6), 27-44
- Aguirre, A. (1994). *Estudios de etnopsicología y etnopsiquiatría*. Barcelona, España: Marcombo.
- Aguirre, A. (1996). Depresión y religión: Acedia, luto y nostalgia. In J. A. González Alcantud, & S. Rodríguez Becerra (Eds.), *Crear y curar: La medicina popular* (pp. 361-380). Granada, España: DPG.

- Aguirre, A. (1997a). Aspectos antropológicos de la depresión. In X. M. González Reboredo (Coord.), *Medicina popular e antropología da saúde* (pp.181-196). Santiago, Chile: CCG.
- Aguirre, A. (1997b). Depresión y cultura infantil. In I. Badillo (Ed.), *La depresión infantil* (pp. 31-46). Barcelona, España: Bardenas.
- Aguirre, A. (2002). La identidad cultural en la migración. In F. Herrera Clavero, J. M. Roa Venegas, M. I. Ramírez Salguero, F. M. Claros, & S. Ramírez Fernández (Coords.), *Inmigración, interculturalidad y convivencia* (pp. 119-138). Ceuta, España : IEC.
- Alonso Fernández, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico*. Barcelona, España: Labor.
- Badillo, I. (1989). Factores psicosociales de la depresión. *Anthropologica*, (5/6), 85-113.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV*. Barcelona, España: Masson.
- Badillo, I. (2002). Psicopatologías en la migración: Duelo y depresión en la población migrante. In F. Herrera Clavero, J. M. Roa Venegas, M. I. Ramírez Salguero, F. M. Claros, & S. Ramírez Fernández (Coords.), *Inmigración, interculturalidad y convivencia* (pp. 153-168). Ceuta, España: IEC.
- Ballús, C. (1981). *Las depresiones en la clínica cotidiana*. Madrid, España: MSC.
- Ballús, C. (1989). Depresión, realidad humana. *Anthropologica*, (5/6), 9-12.
- Bastide, R.(1972). *La réve, le transe et la folie*. Paris: Flammarion.
- Bleichmar, H. B. (2002). *La depresión: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Calvillo, F. (2003). *La depresión, entre mitos y rumores*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Conde, V. (2003). *Clasificación de las depresiones*. Mesa redonda: El DSM IV y las enfermedades del estado de ánimo. Presentado en el Congreso Nacional de Psiquiatría, Palma de Mallorca, España.

- Cunqueiro, A. (1986). *Escola de menciñeiros*. Vigo, España: Galaxia.
- Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona, España: Barral.
- Freud, S. (1917). *La aflicción y la melancolía*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- García Sabell, D. (1991). *Análise existencial do home galego enfermo*. Vigo, España: Galaxia.
- Gurméndez, C. (1994). *La melancolía*. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Houlbert, A. (2006). *Des alternatives aux antidépreseurs*. Vannes, France: Sully.
- Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid, España: Turner.
- Laplantine, F. (1977). *Introducción a la etnopsiquiatría*. Barcelona, España: Gedisa.
- Llinarès, A. (1989). Accidia: Remarques sur un mot du vocabulaire lullien. *Studia Lullistica*, 47-54.
- Manzanedo, M. F. (2007). La acidia y la depresión psíquica. *Studium*, 47 (2), 283-306.
- Noronha, M. de. (1998). Trastornos mentales específicos de la cultura. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25, 131-138.
- Polaino, A. (1989). Factores sociales, cultura y depresión. *Anthropologica*, (5/6), 47-66.
- Rodríguez López, A. (1989). Depresión y cultura en la medicina popular gallega. *Anthropologica*, (5/6), 133-141.
- Roheim, G. *Psicoanálisis y antropología*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.
- Tellenbach, H. (1976). *La melancolía*. Madrid, España: Morata.
- Thomas, L. V. (1983). *Antropología de la muerte*. Mexico: FCE.
- Tizón, J. L. (Coord.). (1993). *Migraciones y salud mental*. Barcelona, España: PPU.

Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona, España: Paidós.

Winograd, B. (2005). *Depresión, ¿Enfermedad o crisis?* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Recebido em 27 de março de 2008

Aceito em 21 de agosto de 2008

Revisado em 5 de setembro de 2008