

Vejez y depresión: una visión sociocultural

Inmaculada Jauregui Balenciaga

Ese artículo aborda la cuestión de la vejez y el envejecimiento, cuestionando el concepto desde su vertiente histórica, cultural y socioeconómica, para tratar de mostrar cómo, con el surgimiento de la ciencia moderna, se ha llegado a asociar este proceso 'natural' de la vida a la idea de enfermedad y, específicamente, a patologías mentales como la depresión. Si bien la ciencia, en sentido estricto, no aclara la veracidad de esta co-relación, el cientifismo ideológico ha hecho valer este criterio contra preceptos culturales, de manera que la ciencia se ha mostrado como una cuestión política, económica, social e ideológica, pero escasamente científica. Para ello, este artículo trata de discernir el significado de este criterio diagnóstico, desde una perspectiva fenomenológica que ayude a evitar el sesgo entre lo que pertenece al ámbito de lo cultural y de lo patológico. En última instancia, lo que está en juego es la propia concepción de la vida y de la muerte.

1. ¿Qué es la vejez?

La vejez designa un término por el cual se hace referencia a una etapa de la vida particular y, al parecer compleja, porque es la última y precede a la muerte (Arquiola, 1995). Ahora bien, como cualquier concepto, éste está sujeto a ambigüedades y contradicciones que se han reflejado a lo largo de toda la historia de Occidente (ibíd.). Para su comprensión, se hace necesario situarlo en el contexto cultural y social en que nace y, en este sentido, lo primero que hay que mencionar respecto a la vejez es la determinación de los factores culturales, históricos, socioeconómicos y políticos en la acuñación de dicho concepto (Beauvoir, 1970; Minois, 1987).

En el plano cultural, debemos especificar que 'la vejez' se ha convertido en un fenómeno social importante en nuestras sociedades occidentales modernas, pero no ha sido así en todas las sociedades desde la antigüedad más remota (Sokolovsky, 1997). Es más, las variadas y diferentes formas de tratar a los viejos en las distintas sociedades (Kinsella, 1997; Cattell, 1997; Yee, 1997) muestran que el contexto cultural es determinante. Así, en ciertos pueblos, se ha considerado a los ancianos como seres despreciables y, como tales, han sido marginados, mientras que, en otros, se les ha considerado como semidioses, venerándoseles y dándoseles cargos políticos y gubernamentales de vital importancia (Simmons, 1945).

Históricamente, podemos decir que la vejez no ha sido considerada de la misma manera según las diferentes etapas de la historia (Granjel, 1991). Así, las sociedades de tradición oral han considerado el papel fundamental que los viejos juegan en la sociedad como memoria colectiva (Minois, 1987). La vejez formaba parte de la esfera sagrada y, como tal, los viejos eran el lazo de unión entre la vida terrenal y la

vida del más allá, por lo que constituían un grupo especial de personas, a medio camino entre dioses y humanos.

El factor socioeconómico es quizás el que más ha marcado el destino de la vejez. En otras palabras, la suerte de los viejos dependía, ya desde la antigüedad más remota y primitiva, del nivel de recursos de la comunidad, además del estatus social que se le concedía a estas personas (Philibert, 1984). Los viejos, en determinadas sociedades, tenían un estatus particular por el saber acumulado que se les atribuía, y tenían el cometido de transmitir dicho saber. Se trataba de una sabiduría ligada a la experiencia de vida, estimada como un valor digno de ser transmitido. Por ello, jugaban un papel político importante. Dentro de una misma sociedad, los viejos con estatus, es decir, ricos, ocupaban cargos públicos, mientras que los viejos cuya condición económica estaba determinada por la pobreza eran marginados: “[...] de manera que los viejos ricos ocupaban con frecuencia puestos de importancia social, mientras que quienes siendo pobres habían alcanzado la vejez eran considerados inútiles” (Alba, citado en Arquiola, 1995: 33). Pero, a pesar de ser considerados los viejos como fuente de sabiduría, prestigio y experiencia –y ello no por todos los pueblos– la pobreza y el desabastecimiento podían, determinar ciertas prácticas de tratamiento hacia este sector de población, prácticas que iban desde el abandono hasta el asesinato o el suicidio, por muy bien que esta población fuera considerada. Actualmente, en nuestras sociedades, si esta parte de la vida interesa tanto es porque, de alguna manera, se ha constatado que los viejos “son muchos y votan” (García, 2000: 62). De alguna manera, la vejez tiene más que ver con los medios de producción y con la efectividad de la sociedad de consumo de las sociedades modernas (ibíd.) que con factores tales como la edad.

Podemos concluir afirmando que la vejez como realidad no existe, porque “es una abstracción; realmente, nadie ha visto a la vejez” (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1999) Sólo existe en tanto que construcción social de una realidad del ser humano. Como tal construcción, está constituida por una serie de características, en cierto modo, sesgadas por toda una serie de factores que poco o nada tienen que ver con la naturaleza humana, sino con su cultura. En este sentido, la vejez es un concepto ante todo cultural y, por ende, relativo a las sociedades que lo han construido.

Al habernos quedado sin sujeto de estudio, podemos afirmar que la realidad humana está condicionada por dos acontecimientos fundamentales: la vida y la muerte. En ello, podemos afirmar que la única realidad es el proceso de envejecimiento, el cual “empieza cuando empieza la vida, de forma tal que no hay vida orgánica sin envejecimiento” (ibíd.: 16).

1.1. El proceso de envejecimiento

Toda persona humana está sujeta a cambios durante su vida. Ahora bien, existen cambios irreversibles, es decir, que se producen con el tiempo, y cambios provocados por afecciones específicas o por enfermedades. Así como los cambios irreversibles no pueden evitarse, los cambios por enfermedades son evitables y pueden remediarse. Los primeros entrarán dentro de la categoría de envejecimiento primario, mientras que los segundos forman parte de la categoría de envejecimiento secundario (ibíd.). Desde esta perspectiva, se podría definir la vejez como “el resultado de un proceso que se caracteriza por una serie de cambios o modificaciones de instauración lenta y progresiva” (Arquiola, 1995: 71-72).

El factor socioeconómico es quizás el que más ha marcado el destino de la vejez

El proceso de envejecimiento viene marcado por un declive fisiológico, que afecta a nuestra manera de funcionar en lo cotidiano (Belsky, 1996). El proceso de envejecimiento, bien que gradual, es decir, extensible a toda la vida, viene marcado por cambios cualitativos, fundamentalmente fisiológicos y biológicos, que ayudan a acuñar el concepto de vejez. Dichos cambios afectan fundamentalmente a la fisiología –alteraciones hormonales, alteración general de la estatura, silueta, peso corporal (debidos a cambios en las articulaciones y en los huesos), canicie, cambios en la piel–, a los órganos de los sentidos –la vista y el oído, fundamentalmente–, al intelecto en el procesamiento de la información –registro sensorial, memoria a corto y a largo plazo, procesos de control– y al cerebro –peso y volumen (debido fundamentalmente a la muerte de neuronas)– (ibíd.; Stassen y Thompson, 2000).

Ahora bien, estos cambios sólo tienen significado dentro de una sociedad o cultura dada. Es decir, que estos cambios en sí no son ni buenos ni malos; dependerá de una serie de factores socioculturales el que sean valorados de una manera u otra. Por ejemplo, si se tiene una concepción negativa de la vejez, se subrayarán los cambios y el deterioro negativo, olvidando sus factores positivos. Así, por ejemplo, teóricos del desarrollo humano, como Erik H. Erikson (Erikson *et al.*, 1986), han puesto de relieve ciertos cambios cognitivos en esta etapa de la vida, y subrayado un interés creciente por el arte y la experiencia humana en su conjunto, lo que permite un mayor desarrollo de la parte izquierda del cerebro, relacionada con la creatividad y la visión global. Abraham Maslow (1970) sostiene que la persona mayor tiene más facilidad para alcanzar la autorrealización.

2. Vejez y enfermedad

A lo largo de la historia de Occidente, se han hecho extensivas una serie de opiniones, teóricamente fundamentadas sobre estudios, que asocian la vejez a la enfermedad. Si bien es cierto que la vejez ha sido reconocida por muchos autores como una etapa natural de la vida del ser humano, rechazando explícitamente tal asociación (Arquiola, 1995), el hecho de que se haya enfatizado el estudio de las enfermedades en esta etapa nos permite deducir una corriente de pensamiento subyacente que asocia, de manera indirecta, la vejez a la enfermedad. Un factor importante que ha ayudado a desarrollar dicha relación en las sociedades modernas ha sido la pobreza. En otras palabras, lo que ha constituido un problema a lo largo de toda la modernidad desde sus comienzos no ha sido tanto la vejez en sí misma, sino los ancianos sin recursos económicos, los cuales, por falta de espacio, han sido ‘amontonados’ en los hospitales, hospicios y asilos, en su mayoría asociados a la labor de acogida de los pobres (ibíd.). Las personas mayores con recursos económicos no constituían un problema, porque pagaban o legaban parte de sus riquezas acumuladas a la familia, para asegurarse el cuidado y la manutención hasta el final de sus días: “en líneas generales seguía siendo la posición económica, más que la propia edad, la que determinaba la situación y la consideración social del anciano” (ibíd.: 32). En términos estadísticos, podríamos decir que la variable que ‘covaría’ (covarianza) con la vejez y la enfermedad es fundamentalmente el origen o estatus socioeconómico.

La patologización social de la vejez es un fenómeno moderno, que llega con el desarrollo y el progreso de la ciencia a partir la Ilustración (siglo XVIII) y cristaliza fundamentalmente a lo largo de todo el siglo XIX. Sin embargo, el debate sobre la vejez y la enfermedad ha estado, desde la antigüedad clásica, polarizado –sobre todo, por parte de los médicos– en dos vertientes: aquélla en la que la vejez es considerada como una fase más de la vida, en donde los cambios no constituyen en sí una enfermedad, y aquélla según la cual la vejez es considerada como una enfermedad, y, como tal, se deben buscar medios para combatirla (ibíd.).

Numerosos estudios han demostrado que vejez y enfermedad no son sinónimos. Es más, la mayoría de las personas ‘mayores’ parece, en general, gozar de una buena salud (Stassen y Thompson, 2000). Sin embargo, no puede negarse que la incidencia de enfermedades crónicas y el riesgo de padecer ciertas enfermedades agudas aumentan considerablemente con la edad (ibíd.). Ahora bien, la edad no deja de ser un factor más, que, en el caso de la enfermedad, no reviste, ni mucho menos, tanta importancia como se le ha dado. En este sentido, el medio cultural representa un factor de riesgo importante en ciertas enfermedades, de tal manera que hay enfermedades

que son propias de una cultura. Es sabido, por múltiples referencias, que las enfermedades venéreas occidentales fueron exportadas con la conquista de los españoles a América (Galeano, 1993); eran, pues, enfermedades que no existían en ese continente. La antropología de la medicina ha desarrollado toda una corriente sobre las dimensiones culturales de la enfermedad (*illness*) [Comelles y Martínez, 1993]. Siguiendo esta misma línea de investigación, el término de ‘síndrome delimitado culturalmente’ (*culture-bound syndrom*) [Rubel *et al.*, 1984], fue acuñado en la década de los ochenta para designar “aquellas alteraciones y trastornos de tipo sindrómico y, por tanto, no totalmente definidos desde el punto de vista orgánico, que aparecen en contextos culturales específicos y no fuera de ellos” (Comelles y Martínez, 1993: 87). En otras palabras, determinados factores socioculturales influyen en la incidencia de determinadas enfermedades, como la esquizofrenia (Mishler y Scotch, 1963) o la hipertensión (Scotch, 1963). Esto mismo es lo que ha sucedido con enfermedades, tales como la anorexia y la bulimia, las cuales, en determinadas partes del globo, no han existido hasta que se ha empezado a imitar el modelo capitalista, como es el caso de Japón, hoy día con la tasa de incidencia más alta (Efron, 2002). Vivir en una sociedad moderna capitalista representa un factor de riesgo importante para determinadas enfermedades, sobre todo aquellas relacionadas con el estrés (Leal Maldonado, 1988), la depresión y la polución, así como algunos tipos de cáncer, anomalías genéticas e incluso el mal de Parkinson (Farmer, 1996). También representa un factor de riesgo socioeconómico (Marmot, 1994) y, por supuesto, también hay factores de riesgo geográficos: no es lo mismo vivir en el hemisferio norte del planeta que en el hemisferio sur (Haggett, 1994); vivir en el medio urbano representa un riesgo de cara a la incidencia de ciertas enfermedades (Leal Maldonado, 1988).

Concluiremos este punto citando a Francisco F. García, cuyos comentarios nos parecen altamente reveladores y pertinentes en la temática que nos ocupa:

“Si la vejez se ha convertido en una enfermedad, es porque todo el sistema de lo morboso se ha erigido en función del paradigma de salud –véase en Susan Sontag la potencia metafórico/real de la enfermedad: el drama del significado, sobre todo social, es muchísimo más trágico que el drama real del enfermo/enfermedad, y por ello los infundados principios de estigmatización y de exclusión son la muy real metáfora del principio necesario de la división social: pues el primer sentido y función del todo social es su principio de indiferencia: tu sí, tú no, tú sólo a medias, tú tan sólo ahora, etc.–. Y como la sociedad ya es eterna (negación de la revolución y asunción de la historia en el tiempo real), excluye a la muerte de su seno (geográfico, sentimen-

tal, icónico); como es eterno movimiento, excluye lo lento, lo paralizado [...]. La vejez nunca fue un misterio hasta que se enunció su carácter problemático, y devino problemático en el instante en que la muerte había desaparecido del horizonte social” (García, 2000: 66-67).

2.1. Vejez y depresión

La modernidad, proceso iniciado a finales de la Edad Media, ha ido dibujando progresivamente las características del ser humano moderno, entre las cuales figuran la depresión, ‘enfermedad’ que expresa de manera sintomática el vacío interior del ser humano (Lasch, 1999), al haber hecho desaparecer los grandes bastiones que sostenían la civilización (Lasch, 1996). La depresión se ha convertido, así, en la forma más corriente de expresión de la “locura de nuestro tiempo” (Lowen, 2000): “un individuo de cada cuatro conocerá en el transcurso de su vida una depresión nerviosa profunda” (Lipovetsky, 1983: 150). La depresión ha llegado a ser tan común que incluso un psiquiatra la ha descrito como una reacción “perfectamente normal”, con tal que “no interfiera en las tareas diarias” (Cammer, 1969: 9). Ahora bien, no debemos confundir la normalidad estadística, o norma, con lo que debería ser un estado saludable. En este sentido, si la depresión está de moda en estos tiempos, también afecta a la vejez. Así, si la vejez es considerada por muchos autores, aún hoy día, como sinónimo de enfermedad, dentro de las enfermedades comúnmente más asociadas con dicha etapa de la vida figura la depresión (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 1999). Pocos son los autores que han osado matizar estos supuestos hallazgos. Para empezar, la depresión en la vejez “[...] es un trastorno escasamente diagnosticado y poco tratado” (Lovestone y Howard, 1996: vii). Estos mismos autores reconocen la existencia, aún hoy día, de poca información sobre dicho ‘trastorno’.

Ahora bien, si la depresión es una de las ‘enfermedades psíquicas o neuróticas’ que mayor relevancia ha adquirido en el mundo moderno (ibíd.), es hasta cierto punto comprensible que dicha prevalencia se encuentre también en los ancianos, siguiendo las leyes de la estadística y la campana de Gauss. Esto muestra, en cierto modo, que la depresión no es una parte normal del envejecimiento: “la depresión no es un problema necesariamente asociado, en sí mismo, a la vejez, sino que es un trastorno que se da en otras poblaciones, incluso con mayor frecuencia que en la población mayor en situaciones comunitarias” (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 1999: 164). La psiquiatría moderna, inspirada unidimensionalmente –y, por lo tanto, sesgada– en el modelo médico y en los métodos científicos de corte hipotético-deductivo, ha aceptado, de manera consensuada y, por lo tanto, democrática, que la depresión es fundamentalmente un trastorno del ánimo (DSM-IV).

La pregunta que nos asalta es: ¿desde cuándo la ciencia es un asunto político? Michel Foucault responde a esta pregunta a través de su ensayo *El nacimiento de la clínica* (1999). Bien que esta asociación nace con la modernidad del siglo XVI, será a partir del período conocido con el nombre de Ilustración el que se encargará de sentar las bases políticas e ideológicas de la medicina, que se extenderá durante todo el siglo XIX y XX.

Sin decir, explicar, ni mucho menos comprender qué significa la ‘enfermedad’ de la depresión, buena parte de la psiquiatría y de la psicología modernas han basado dicha definición en la enumeración de una serie de síntomas, a partir de los cuales ha precedido a una clasificación de dicha patología, precisando que algunos factores, como la cultura, la edad y el sexo pueden influenciar tanto la experiencia como la comunicación de los síntomas (DSM-IV).

Con los numerosos sesgos ideológicos, políticos y económicos que la generalización de la depresión ha ocasionado, parece normal, y hasta cierto punto comprensible, que los datos recogidos en amplias investigaciones se contradigan. Así, por ejemplo, encontramos estudios que establecen que la frecuencia de la depresión aumenta con la edad (Ruiz Navarro, 1994), mientras que otros “sugieren que los más mayores son relativamente resistentes a las enfermedades depresivas” (Lovestone y Howard, 1997: 3). La imprecisión que algunos ‘resultados’ dejan es que éstos no reflejan la sistematicidad que caracteriza al método científico positivista y, sin embargo, son aceptados sin reserva alguna. Así, leemos frases como éstas: “[...] sí es cierto que las personas mayores presentan con cierta frecuencia algunas manifestaciones típicas de la depresión” (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 1999: 165), seguidas de una lista de comportamientos depresivos motivo de consulta a los médicos, como insomnio, pérdida de concentración, fatiga, ansiedad, quejas somáticas y pensamientos suicidas. Todas estas manifestaciones forman parte de diferentes cuadros nosológicos, como la dependencia a sustancias tóxicas, la anorexia, la bulimia, los trastornos de ansiedad y algunas enfermedades orgánicas, que pueden ir desde un simple dolor de cabeza o una gripe hasta enfermedades graves, como el cáncer.

Todas estas conclusiones instauran en el lector muchas dudas y preguntas sin respuestas. Vamos a apuntalar algunos resultados que pueden esclarecernos algunos de los factores ‘covariantes’ que pueden estar jugando en esta relación entre vejez y depresión. El primer dato que nos llama la atención es que “las tasas evaluadas de depresión en los ancianos [...] dependen tanto de las poblaciones estudiadas como de las definiciones de la depresión utilizadas” (Lovestone y Howard, 1997: 3). En otras palabras, no existe una definición clara, objetiva y científica de qué es la depresión. Otro dato

que nos llama la atención es el siguiente: “Cuando se realizan estudios de prevalencia de la depresión en situaciones institucionales (en residencias asistidas), las tasas se incrementan de manera extraordinaria llegando al 30 por 100 e incluso al 50 por 100” (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1999). De alguna manera, la depresión está relacionada con el entorno, y si a una persona vieja se la saca fuera de su entorno, aumenta el riesgo de depresión. Cabría preguntarse si esta particularidad es sólo propia de los viejos, o también de las personas de otras edades. En este sentido, estudios sobre la migración y la salud mental (depresión) han mostrado en qué medida ambos factores se muestran altamente correlacionados (Murray, 1990).

Si la medicina hegemónica se ha jactado de su cientificidad, es decir, de su objetividad, para aculturizar muchas prácticas valoradas y juzgadas como primitivas, no son entendibles entonces resultados como éstos: “La comparación entre los diferentes estudios es difícil ya que no hay criterios con un consenso general para el diagnóstico de depresión en los ancianos” (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1999: 3). En este sentido, la medicina no debería ser fruto de un consenso, sino de la aplicación de un método científico. Se supone que la ciencia establece relaciones, explicaciones y causas, pero en ningún momento consenso. Hablar de consenso es hacer política e ideología, pero no ciencia. Este tipo de teorías y explicaciones pseudocientíficas nos muestra que temas como el de la vejez son, ante todo, una cuestión política, económica, social e ideológica, pero escasamente científica.

Para poder explicar en profundidad la depresión en la vejez, los estudiosos de estos temas deberían suspender (dejar a un lado), en la medida de lo posible, aquellos prejuicios e ideologías comúnmente extendidas con la finalidad de entender la depresión en su sentido más idiosincrásico, amplio y diferencial del término, de manera que se pueda proporcionar una definición, si no objetiva, porque nada es objetivo ni está fuera de la realidad cultural que lo define, sí al menos científica y sistematizada. Lo mismo debería hacerse con ‘la vejez’, si es que dicha realidad existe. Una vez bien definidos estos dos términos, deberían realizarse estudios para averiguar si la depresión adquiere una expresión particular en la vejez. Pero la principal cuestión y pregunta ha quedado sin respuesta por parte de la ciencia moderna y de todas aquellas disciplinas que la componen: ¿qué es la depresión?

3. La depresión: diferencia entre concepto y síntoma

Gran parte de la psiquiatría y de la psicología moderna han confundido, a lo largo de su relativamente corta historia, el significado de una enferme-

dad con sus síntomas, sin entender que los síntomas son simplemente la expresión de algo más profundo. Desde esta perspectiva moderna y sintomática, el término depresión puede tener tres significados: la depresión como síntoma, es decir, con carácter exclusivo o casi exclusivo, que a veces acompaña a otros síntomas que pueden o no relacionarse con la depresión; la depresión como síndrome, cuyo núcleo central tiene a la tristeza, a la cual se enlazan otros síntomas; y finalmente, la depresión en tanto que enfermedad, “cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo” (Castilla del Pino, 1966: 11).

No existe una definición clara, objetiva y científica de qué es la depresión

En función de los síntomas y signos, la depresión puede tomar diferentes formas clínicas: depresión reactiva, depresión bipolar o melancolía, o trastorno depresivo distímico (Strock, 1994). A pesar de conocer estos síntomas, seguimos sin entender qué le pasa a la persona para llegar a estos estados patológicos del ánimo. La depresión se expresa a través de una serie de síntomas más o menos observables, pero que no definen la depresión, es decir, no responden a la pregunta de qué es la depresión. Este fenómeno no es un conjunto de síntomas, sino que éstos constituyen solamente la expresión de algo que subyace en el sujeto y socava su realidad. De alguna manera, la psiquiatría, al igual que la psicología moderna, en general, ha descuidado y dejado escapar el valor humano de estos síntomas, así como su significado en el contexto de la persona, lo cual ha perjudicado grandemente la comprensión del fenómeno de la depresión.

Todo el esfuerzo de estas dos disciplinas ha sido enfocado hacia la realidad, es decir, la ‘enfermedad mental’ ha sido entendida hasta ahora en relación con el mayor o menor alejamiento de la realidad. Si dicho contacto se rompe, la condición de la persona es diagnosticada como psicótica. Si el contacto con la realidad es defectuoso, la condición del individuo será diagnosticada de neurótica, como en el caso de la depresión (Lowen, 2001). Lo difícil en estos casos es determinar las creencias ilusorias ‘defectuosas’. Ahora bien, considerar una enfermedad como la depresión como mental es, en sí, una ilusión, es decir, una idea defectuosa y, por lo tanto, neurótica, porque toda la existencia de una persona es, ante todo, física y corporal: “Hay una realidad innegable en la vida de toda persona, y es su existencia física y corporal. Su ser, su individualidad, su personalidad están determinadas por su cuerpo” (ibíd.: 8). Es decir, todo en la persona humana pasa por el cuerpo humano. De alguna manera, el cuerpo representa la morada del ser humano, a través de la cual se comunica con los demás, con el entorno. En otras pala-

bras, toda enfermedad mental es también corporal, puesto que el cuerpo no está separado de la mente. Si el movimiento se da en el plano físico, la percepción tiene lugar en la esfera mental, y la motivación, en la esfera espiritual.

En este sentido, la depresión afecta a estas tres esferas de la vida humana y, por lo tanto, no puede ser calificada solamente de enfermedad mental, como tampoco puede hablarse de ella solamente en la esfera fisiológica. Si reconocemos que la depresión es fundamentalmente psíquica, estamos reconociendo su relación con la psique, que no es otra cosa que el alma o el principio, que dirían los griegos (Rhode, 1973), es decir, aquello que pone en movimiento y que origina la condición humana. Pero el alma (*psique*) se encarna en un cuerpo que alberga un cerebro. Aquello que permite moverse hacia el exterior de un ser humano son sus emociones (*ex-movere*) [Corominas, 1987]. Aquello que nos toca, que nos mueve, que nos conmueve, en definitiva, que suscita un sentimiento, son las emociones, a caballo entre lo físico, lo mental y lo afectivo.

Toda enfermedad mental es también corporal, puesto que el cuerpo no está separado de la mente

Desde esta perspectiva, podemos situar la depresión dentro de la categoría de trastorno emocional, es decir, el defecto fundamental de la depresión no se encuentra ni en la mente ni el cerebro, sino en el afecto, en las emociones, y ello es vivido por la persona tanto en el plano mental –afecta a la cognición (creencias, memoria), a la percepción y al sistema nervioso central a escala de los neurotransmisores–, en el plano corporal –aparecen síntomas como la pérdida de apetito, trastornos del sueño (insomnio), fatiga–, y, finalmente, en el plano espiritual –puesto que la persona pierde la fe y la esperanza de que su ‘problema’ pueda arreglarse, por lo que emergen las ideas suicidas–.

Pero, ¿qué es lo que pasa realmente en la depresión? ¿Qué pasa con las emociones? En la depresión, las emociones se han perdido, lo que ocasiona una “[...] pérdida de sentimiento, con la correspondiente disminución de la vitalidad” (Lowen, 2001: 14). Los síntomas del deprimido nos hablan justamente de una desconexión con las emociones y sentimientos que éstas producen. De ahí el término de alexitimia, que alude a “la incapacidad o dificultad para expresar con palabras los sentimientos” (Morandé, 1999: 130). La persona deprimida ni actúa ni habla. Su discurso es monocorde y repetitivo, lo que nos imbuje en un blanco imposible de simbolizar en una representación psíquica.

Llegados a este punto, trataré de hacer comprender la depresión siguiendo la perspectiva metodológica de la fenomenología, ya utilizada de cara a poder conceptualizarla, es decir, llegar a comprender el significado de la depresión, para así poder evaluar mejor y entender los síntomas dentro de un contexto. Ahora bien, es imposible entender qué es la enfermedad si antes no definimos qué es la salud. Tomando como punto de partida esta premisa, nos será imposible entender la depresión si no entendemos qué significa una persona sana. De manera muy general y tosca, una persona sana se siente bien la mayor parte del tiempo en aquello que es y hace, en sus relaciones personales, en su trabajo, en sus aficiones, en su descanso y en su movimiento (Lowen, 2001). El placer en la persona que se siente bien se expresará por la alegría y un profundo sentimiento de felicidad, que puede llegar al éxtasis. Ocasionalmente, dicha persona experimentará sentimientos como tristeza, dolor, frustración, decepción, pesar. En cualquier caso, no llegará a deprimirse. Su ‘organismo’ está dispuesto a emitir una respuesta en cualquier momento, respuesta adecuada a la situación. Para ilustrar dicha diferencia, utilizaré la metáfora de una persona con una guitarra. Cuando las cuerdas están bien afinadas, el instrumento vibra y emite sonidos, de tal manera que uno puede entonces interpretar una melodía triste o alegre, una oda, una balada u otra pieza. Cuando las cuerdas no están afinadas, es decir, con una cierta tensión, la guitarra sonará desafinada (cacofonía). De alguna manera, el instrumento no responde, está como muerto. Pues bien, ésta es la condición que más se asemeja a la depresión. En otras palabras: la incapacidad para responder es lo que distingue la situación del deprimido de cualquier otra condición emocional: “[...] nada es capaz de evocar una respuesta en la persona deprimida” (ibíd.: 11). Esta incapacidad de respuesta la ha mencionado también Julia Kristeva (1987). Para esta autora, la persona afectada de depresión es “incapaz de asegurar una autoestimulación necesaria para iniciar ciertas respuestas” (ibíd.: 19).

Bien que la modernidad se ha empeñado en catalogar lo antiguo como obsoleto, nos parece pertinente, de cara a la comprensión de un fenómeno como la depresión, establecer un diálogo con los autores primigenios que se dedicaron a su estudio. Así, Freud (1968) fue el primero que profundizó en el estudio de la depresión, y encontró grandes similitudes entre ésta y el duelo, como la tristeza, la inhibición, la ausencia de interés (exterior), el retraimiento. Sin extendernos en ellas, este autor encontró una diferencia fundamental entre ambos fenómenos: mientras que la persona en duelo ha perdido a un ser querido y, por ello, se siente vacía, sin ganas de hacer nada, esta gran pérdida no afecta a la concepción que tiene la persona de sí misma. En cambio, en la persona deprimida, a

pesar de no haber perdido a nadie en concreto, existe una pérdida de autoestima: “El melancólico presenta un trazo ausente en el duelo, a saber, una disminución extraordinaria de su sentimiento de autoestima [...]. El enfermo se describe como sin valor [...] se hace reproches, se injuria y espera ser [...] castigado” (ibíd., 150).

Freud bautizó a este síntoma como el delirio de pequeñez, el cual se completa con otros síntomas, como el insomnio, el rechazo a la comida y, en definitiva, a todo aquello que permita aferrarse a la vida. A partir de este hecho, no sólo Freud, sino otros autores que han seguido su línea de investigación, han encontrado que la pérdida no era de alguien, sino de algo: las personas depresivas habían perdido algo (Kristeva, 1987). De alguna manera, han perdido un ideal. Es como si la persona deprimida hubiera vivido durante más o menos tiempo en un castillo construido en el aire y dicho ideal irreal se hubiera roto, se hubiera deshecho, y se hubiera producido una gran caída. De ahí el profundo parecido de este fenómeno con el duelo fruto de la pérdida de un ser querido. De ahí esa profunda tristeza abismal tan característica de la depresión, manifestación que traduce la profunda desesperación en la que la persona está sumergida. Cualquier excitación, tensión o conflicto desencadena la tristeza, humor que ni responde ni corresponde a dichos estímulos.

La depresión se presenta, así, como una defensa contra ese hacerse añicos que provoca el desprendimiento, el cual ha provocado esa falta de sentido de la vida en general y de las cosas en particular. Algo se ha roto en el interior de la persona, y el caos es tal que la depresión aparece así como un mecanismo de defensa contra esos pedacitos que quedan. La depresión es “ese derrumbamiento interior” (Lowen, 2001: 71) para el cual no hay palabras. Todo ha sido bloqueado: al igual que el afecto, el lenguaje y la acción han sido bloqueados. Es como si la persona estuviera congelada.

La depresión ha sido catalogada, por gran parte de la psiquiatría y de la psicología modernas, como la enfermedad moderna por excelencia. Ello implica toda una actitud y una concepción ante la vida y ante la muerte. Efectivamente, en una sociedad que se defiende contra el sentimiento trágico de la vida, la depresión sólo puede ser concebida como una “enfermedad irredimible” (Moore, 1998). Sin embargo debemos reconocer que en todo lo negativo hay algo de positivo y viceversa. En este sentido, si la depresión puede considerarse como un fenómeno patológico, no es menos cierto su gran potencial recuperativo: “el derrumbamiento es como la vuelta a un estado infantil, y, con el tiempo, la mayoría de la gente se recupera espontáneamente” (Lowen, 2001: 26). De alguna manera, la depresión permite desandar el camino andado para coger algo que se

cayó. Desde esta perspectiva diferente de la cual hemos partido, podemos entender la depresión como una etapa en la que el vacío y la tristeza pueden movilizar a la consciencia de tal forma que la expresión humana tome un nuevo rumbo, abandonando así la obligación de vivir solamente la cara alegre. Podríamos así “aprender sus cualidades y seguir su liderazgo, volviéndonos más pacientes en presencia de ella, disminuyendo expectativas exageradas” (Moore, 1998: 191). Podemos aprovechar la condición depresiva para cambiar de rumbo.

La depresión permite desandar el camino andado para coger algo que cayó

En este caso, la depresión nos habla y nos indica hasta qué punto nuestro apego a ciertos valores y creencias nos ha restringido el abanico de posibilidades que se manifestaban antes de escoger una de ellas. A menudo, este paquete da la sensación de estar tan bien atado y dejar “poco margen para el misterio” (ibíd.: 192). La depresión, en estos casos, está ahí para rompernos estos esquemas obsoletos y, tal vez, algo estrechos: la depresión “agujerea nuestras teorías y suposiciones” (ibíd.). Estos podrían ser los efectos beneficiosos de la depresión y de la melancolía, es decir la construcción de un nuevo y sólido interior que despeja aquello que no nos sirve para seguir avanzando. Ya Freud (1968) hizo hincapié en esta idea de que el trabajo interior de duelo en la melancolía, que provoca un retraimiento de la vida exterior, nos ayudaría a comprender esa profunda sensación de vacío que siente la persona depresiva. De esta manera, al eliminar la depresión al tratarla con drogas legales químicas, estamos también destruyendo esta importante función facilitadora del cambio: “Si convirtimos la depresión en algo patológico y la tratamos como un síndrome que es preciso curar, entonces a las emociones saturninas no les queda otro lugar adonde ir” (Moore, 1998: 197). En este sentido, la manera de abordarla sería escucharla y, cual invitada, hacerla pasar y darle un espacio adecuado en donde la persona pueda explorar sin miedo.

La modernidad, influenciada por la ciencia y la tecnología, nos ha hecho odiar –y negar– el vacío, llenándolo con toda clase de objetos. Pero, al intentar llenarlo, quizás estemos obligando al ser humano a desarrollar todo un conjunto de síntomas, y a alojarse en clínicas y hospitales como si de una plaga se tratara, en vez de hacer de su aparición una oportunidad para sanar, es decir, cambiar. El dolor y el sufrimiento –angustia y ansiedad– que la depresión ‘causa’ pueden dar sus frutos si dejamos que esta ‘enfermedad’ siga su curso natural. Al fin y al cabo, “la depresión es uno de los rostros del alma” (ibíd.: 199). Al negar esta realidad, estamos cayendo en la

ilusión –irrealidad– de un mundo feliz e ideal, aunque fuera del mundo terrenal, lo que los griegos llamaron *u-topos* (Held, 1996), es decir, utopía, con lo cual nos impedimos estar plenamente presentes con los demás. En el propio pensamiento moderno, en la propia cultura occidental, se halla inscrito, pues, el germen de la depresión. Si aceptamos los valores que la sociedad moderna nos propone, estamos apostando por la depresión.

En el tratamiento de la depresión, no sería cuestión de alejarla o evitarla, sino de escucharla y de integrarla en la vida cotidiana, para poder así digerir aquello que se ha quedado en la sombra y que, aunque luchemos para que no salga, de todas formas emergerá. Con todo esto no pretendemos decir que haya que regodearse en este estado, sino aprender, a partir de él, sobre aquello que deseamos y a lo que no le hemos dado un lugar y una salida. Por poner una imagen, se trata de abrir el grifo para que el agua fluya naturalmente. La depresión, de alguna manera, nos indica que algo está estancado y requiere ver lo que pasa en la persona y no permite que fluya.

Bibliografía

- ARQUIOLA, E. (1995) *La vejez a debate*. Madrid, CSIC.
- BEAUVOIR, S. (1970) *La vieillesse*. París, Gallimard.
- BELSKY, J. (1996) *Psicología del envejecimiento*. Barcelona, Masson.
- CAMMER, L. (1969) *Up from Depression*. Nueva York, Simon & Schuster.
- CATTELL, M. G. (1997) "African widows, culture and social change: Case studies from Kenya". En: Sokolovsky (ed.) *Cultural Context of Aging*. Londres, Greenwood Press.
- COMELLES, J. M.; MARTÍNEZ, A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad*. Salamanca, Eudema.
- COROMINAS, J. (1987) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid, Gredos.
- EFFRON, S. (2002) *Eating Disorders on the Increase in Asia*. Disponible en Internet: <<http://www.dimensionsmagazine.com/news/asia.html>>.
- ERIKSON, E. H.; ERIKSON, J. M.; KIVNICK, H. Q. (1986) *Vital Involvement in Old Age*. Nueva York, Norton.
- FARMER, P. (1996) "Social inequalities and emerging infectious diseases", *Emerging Infectious Diseases Journal*, vol. 2, nº 4.
- FOUCAULT, M. (1999) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid, Siglo XXI.
- FREUD, S. (1968) "Deuil et mélancolie". En: Gallimard (ed.) *Métapsychologie*. París, Gallimard, pp. 145-185.
- GALEANO, E. (1993) *Las venas abiertas de América Latina*. Madrid, Siglo XXI.
- GARCÍA, F. (2000) "Morir la vida / Matar la muerte". *Archipiélago*, nº 44, pp. 62-67.
- GRANJEL, L. S. (1991) *Historia de la vejez. Gerontología. Gerocultura. Geriatria*. Salamanca, Universidad de Salamanca.
- HAGGET, P. (1994) "Geographical aspects of the emergence of infectious diseases", *Geographical Annals*, nº 76, pp. 104-132.
- HARRIET, G. R. (1997) "Complaint discourse, aging and caregiving among the Ju'hoansi of Botswana". En: Sokolovsky (ed.) *Cultural Context of Aging*. Londres, Greenwood Press.
- HELD, K. (1996) *Rendez-vous chez Platon*. París, Brepols.
- KRISTEVA, J. (1987) *Soleil noir*. París, Gallimard.
- LASCH, C. (1999) *La cultura del narcisismo*. Barcelona, Andrés Bello.
- (1996) *Refugio en un mundo despiadado*. Barcelona, Gedisa.
- LEAL MALDONADO, J. (1988) *La ciudad y lo urbano*. En: Reyes, R. (dir.) *Terminología científico-social*. Barcelona, Anthropos, pp. 123-125.
- LOWEN, A. (2001) *La depresión y el cuerpo*. Madrid: Alianza Editorial.
- (2000) *El narcisismo. La enfermedad de nuestro tiempo*. Barcelona, Paidós.
- LYPOVETSKY, G. (1983) *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*. París, Gallimard.
- MARMOT, M. (1994) "Social differentials in health within and between populations", *Daedalus*, nº 123, pp. 197-216.
- MASLOW, A. (1970) *Motivation and Personality*. Nueva York, Harper & Row.

- MINOIS, G. (1987) *Histoire de la vieillesse*, París, Fayard.
- MISHLER, E. G.; SCOTCH, N. A. (1963) "Sociocultural factors in the epidemiology of schizophrenia", *Psychiatry*, nº 26, pp. 315-351.
- MOORE, T. (1998) *El cuidado del alma*. Barcelona, Urano.
- MORANDÉ, G. (1999) *La anorexia*. Madrid, Temas de Hoy.
- MURRAY, B. (1990) "Australia's new refugee policies: A practitioner's point of view", *International Journal of Refugee Law*, nº 2, pp. 620-624.
- PHILIBERT, M. (1984) "Le statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et préindustrielles", *Sociologie et Sociétés*, vol. 16, nº 2, pp. 15-27.
- ROHDE, E. (1973) *Psiqué*. Madrid, Labor.
- RUBEL, A. J. et al., (1984) *Susto: una enfermedad popular*. México, FCE.
- RUIZ NAVARRO, J. (1994) "Trastornos depresivos en el anciano". *Monografías de psiquiatría*, 6: 3-14.
- SCOTCH, N. (1963) "Sociocultural factors in the epidemiology of Zulu hipertensión", *American Journal of Public Health*, nº 22, pp. 304-311.
- SIMMONS, L. (1945) *The Role of the Aged in Primitive Society*. Yale University Press.
- SOKOLOVSKY, J. (1997) "A global, cross-cultural view of aging". En: Sokolovsky (ed.) *Cultural Context of Aging*. Londres, Greenwood Press.
- STROCK, M. (1994) *Plain Talk about Depression*. National Institute of Mental Health.
- YEE, B. (1997) "The social and cultural context of adaptive aging by Southeast Asian elders". En: Sokolovsky (ed.) *Cultural Context of Aging*. Londres, Greenwood Press.