



en Estudios Avanzados en Antropología Social y Cultural

Máster

Departamento de Antropología Social
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
Universidad Complutense de Madrid



Celia Galán Arroyo

La articulación y gestión del padecimiento depresivo en la cotidianidad de los individuos

Máster en Estudios Avanzados en Antropología Social y Cultural

Año de lectura: 2011

Director: Fernando Villaamil Pérez



Máster

Departamento de Antropología Social
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
Universidad Complutense de Madrid



ÍNDICE

I. RESUMEN.....	3
II. INTRODUCCIÓN.....	4
2. Determinismo cultural/determinismo biológico. Cultura, sociedad y biología.....	6
III. PRINCIPALES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	11
3. Teorías interpretativas.....	12
3.1. Teorías sociales.....	15
3.2. Teorías críticas.....	14
3.3. Integración de diferentes enfoques.....	17
IV. FÁRMACOS Y ANTROPOLOGÍA.....	22
V. DEPRESIÓN Y SALUD PÚBLICA.....	25
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	28
VII. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	31
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	35



I. RESUMEN

El fenómeno de la depresión constituye una problemática escasamente tratada por parte de las investigaciones etnográficas, y de las ciencias sociales en general. Como veremos a continuación, pocos son los estudios que se acercan a los propios sujetos con el fin de comprender la manera en que se vivencia esta enfermedad y los procesos que hay detrás de ella por medio de estudios empíricos. En el caso concreto de la antropología, ello se debe en parte a su propio desarrollo como disciplina, en este caso, al desarrollo de la antropología médica, donde determinados objetos de estudios, tales como las llamadas enfermedades biomédicas se mantenían fuera de su alcance. En cuanto a la depresión, han sido las ciencias de la salud y la psicología la que se han encargado de la mayoría de los estudios.

En la actualidad se constata un aumento tanto del diagnóstico de la depresión, como de la venta de antidepresivos y ansiolíticos, a raíz de lo cual nos encontramos con diferentes estudios marcadamente críticos que relacionan estos hechos con los nuevos modelos de atención en psiquiatría (biomedicalización de la depresión) y esto a su vez con el desarrollo de la industria farmacéutica y la revolución farmacológica. Sin embargo, apenas se ha tomado en consideración la perspectiva de los propios individuos que viven en si mismos estos y otros procesos. Asimismo aparecen nuevos discursos procedentes de diferentes instituciones y organismos sanitarios, como el ministerio de sanidad o la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) que se pronuncian sobre la depresión considerándola un auténtico problema de salud pública.

Lo que aquí nos proponemos investigar, por medio de técnicas etnográficas, es la manera en que estos fenómenos acerca de la problemática de la depresión y el consumo de antidepresivos, cobran realidad en el individuo, en su manera de experimentar el sufrimiento, el dolor y la enfermedad.



II. INTRODUCCIÓN

En su breve repaso de la historia de la disciplina Antropología médica en la obra Ángel Martínez Hernández (2008) señala el gran crecimiento que ésta ha experimentado en los últimos años. Un crecimiento que va unido a ciertos hechos relevantes para el tema que nos interesa, tal es el caso de la incorporación de determinados temas u objetos de investigación a la mirada antropológica, a saber: tecnologías médicas, ingeniería genética, enfermedades biomédicas, etc. Estos temas anteriormente no formaban parte de la investigación antropológica y ello debido a diversas razones, entre ellas la demarcación tan señalada entre ciencia y creencia. Demarcación que guarda estrecha relación con la idea que señala Eduardo Menéndez acerca del sesgo antropológico que gira en torno al uso de la categoría “factores culturales”, pues parece que unos factores culturales son más culturales que otros o bien sólo se reconocen en determinados espacios sociales; la biomedicina parecía escapar a toda interrogación antropológica (Menéndez, en Perdiguero y Comelles, 2000).

Dentro de la denominación enfermedades biomédicas encontramos las llamadas enfermedades mentales (entre ellas, la depresión), estudiadas por la psiquiatría. La biomedicina, constituida como el modelo médico dominante en nuestra sociedad, está en proceso de expansión debido a «la investigación biomédica, la producción farmacológica y la medicalización no sólo de los padecimientos sino de los comportamientos» (Menéndez, 2005, p. 46); en la medida en que también hablamos de comportamientos, estamos aludiendo a una de las ramas específicas de la biomedicina, a saber, la psiquiatría y los trastornos de los que se ocupa. De esta manera la psiquiatría, debido a la tendencia de biologización que está siguiendo, se está acercando al modelo dominante.

Los trastornos mentales se explican cada vez más por causalidades biológicas, dejando de lado factores sociales, culturales, etc. (Martínez, en Perdiguero y Comelles, 2000). Esta tendencia de la psiquiatría contemporánea va ligada a diversos procesos, siendo uno de



los más relevantes el desarrollo y la revolución psicofarmacológica. Si el trastorno mental tiene una causalidad biológica o bien se debe a un desequilibrio químico, hormonal, etc. los fármacos actuarán directamente hacia esa irregularidad, corrigiéndola.

La depresión se constituye de esta manera como una enfermedad biomédica más, teniendo lugar una medicalización del sufrimiento. Sobre este hecho se han pronunciado algunos psiquiatras desde posturas realmente críticas, como es el caso de Iván de la Mata Ruiz y Alberto Ortiz Lobo. Señalan que anteriormente a la revolución psicofarmacológica, el discurso de la depresión era bien distinto, siendo explicado como un producto de conflictos psicológicos que podrían deberse a determinados factores sociales y, además, la medicación no se consideraba tan relevante. Pero hechos como el desarrollo de la psicofarmacología, la aparición de hipótesis biológicas y la publicación del DSM III (1980), que retoma el modelo biomédico, contribuyen de manera decisiva a la biomedicalización de la depresión y por tanto, a un nuevo discurso en torno a ella. Las posturas de estos psiquiatras es de absoluto escepticismo ante estos nuevos fenómenos, al considerarlos un constructo comercial ligado al desarrollo y marketing de las industrias farmacéuticas (expansión en el mercado; pharmaceuticalización), así como señalan la no verificación de las hipótesis biológicas (Mata y Ortiz, 2002).

Tal y como señala Josep M. Comelles (2007) fue Michel Foucault (1998), quien abrió la puerta a diferentes análisis en torno a la psiquiatría y las enfermedades mentales. Foucault lleva a cabo una arqueología de la figura mental de la locura, estableciéndola como producto de una serie de procesos institucionales, sociales, culturales, políticos, económicos, etc. Da cuenta de cómo las diferentes prácticas sociales y discursos en torno a la locura han llegado a formar parte de un determinado saber, de un conocimiento experto: la psiquiatría. En definitiva, la locura se presenta como un producto social e histórico, y no como entidad natural (Foucault, 1998).

El abordaje de las enfermedades mentales por parte de la antropología, así como la relación de ésta con la psiquiatría está marcada por no pocas controversias, perspectivas y enfoques. En el caso de España esta relación es muy modesta y escasa, fundamentalmente en



el estudio de la depresión, aunque ha sido poco estudiada por la antropología en general. Por ello veremos a continuación la bibliografía considerada más relevante en torno al estudio de las enfermedades mentales desde las ciencias sociales, tratando de señalar sus respectivas aportaciones y limitaciones.

Antes de exponer la bibliografía a la que hago referencia, quisiera plantear una de las problemáticas que se plantean en el seno de la antropología en lo referente a los trastornos mentales, una problemática que tiene que ver con uno de los debates más característicos de esta disciplina: el debate naturaleza/ cultura, o como apunta Comelles, un debate en torno a la relación sociedad, cultura y biología.

2. Determinismo cultural/determinismo biológico. Cultura, sociedad y biología

Como ya menciono en el párrafo anterior, uno de los principales debates que giran en torno al estudio sobre las enfermedades mentales tiene que ver con el papel que desempeñan la dimensión biológica, la social y la cultural, ¿qué peso le otorgamos a cada una de ellas? Desde la psiquiatría ha ido perdiendo peso la dimensión social y cultural y ganando la biológica, rozando prácticamente el determinismo biológico. Menéndez señala la cada vez mayor exclusión de los factores culturales y de la dimensión histórica en la biomedicina. Si bien es cierto, los procesos sociales se suelen tomar más en cuenta, como en el caso del SIDA (Menéndez, 2004).

Tal posicionamiento no siempre ha asumido esta forma por parte de la medicina, pues no podemos olvidar, por ejemplo, el caso de la medicina social, que bien de forma teórica o práctica reconoce la influencia de determinados factores sociales y culturales en los procesos de salud/enfermedad/atención (aunque como apunta Menéndez se tienen en cuenta fundamentalmente los procesos sociales).

El posicionamiento de la antropología que es el que aquí nos ocupa, es un posicionamiento complejo, aunque su tendencia general, en buena medida en oposición y respuesta al reduccionismo biológico, ha sido el determinismo cultural, o por lo menos su



posición más firmemente elaborada. Veamos a continuación diversos posicionamientos y soluciones que determinados autores han proporcionado:

Las ciencias sociales han rivalizado contra las explicaciones proporcionadas desde el determinismo biológico a ciertas conductas o aspectos de la vida social, tal es el caso de la conducta criminal, a través del estudio de los cromosomas, estructura del cráneo, etc., aunque en la actualidad son posturas que raramente encontramos vigentes. Según la postura del determinismo biológico, son los procesos biológicos los factores fundamentales que explican la conducta individual y psicológica, la producción cultural, las relaciones sociales, etc. La relación entre todos estos factores es de total dependencia de éstos últimos respecto a los primeros (Martínez, 2008). Una de estas posturas la ejemplifica claramente la sociobiología, según la cual los comportamientos sociales tienen una base genética y vienen determinados por la selección natural, en la medida en que desarrollamos conductas que garantizan nuestra supervivencia como especie.

Ante este posicionamiento se pronuncia la antropología proporcionando una visión más holística y defendiendo el papel de los factores sociales y culturales en los procesos biológicos y en la naturaleza en sí misma (las nuevas tecnologías en torno al ADN, las células madre, etc. podrían ser un caso paroxístico), un papel que puede ser visto como determinante/condicionante o bien como influyente. Martínez (2008) nos muestra dos posturas basadas en el determinismo cultural que tratan de explicar la esquizofrenia. La primera de ellas afirma que la esquizofrenia es una mera construcción cultural, situada en el mismo grado que el parentesco, los mitos o el derecho consuetudinario. La segunda postura es más matizada, pues lo considera construido social y culturalmente en la medida en que todo está «tamizado por el lenguaje y por nuestros hábitos culturales de conocimiento» (Martínez, 2008, p.23). Esta postura coloca en un nivel diferente la locura de los mitos, pues la primera ahora se torna independiente de interpretaciones culturales, como podría ser el caso de los terremotos.

Tras traer a colación la teoría de Jaques Lacan acerca de lo real (lo anterior al lenguaje) y lo simbólico y su relación dialéctica, afirma que las formas de lo real, tales como



el terremoto, también puedan sacudir “el velo del lenguaje”: «esa dialéctica es la que permite que lo simbólico pueda materializarse en una realidad objetiva a partir de la imbricación de lo social y lo natural» (Martínez, 2008, p.24). La postura de Martínez trata de alejarse de cualquier reduccionismo, tanto biológico como cultural: afirma la influencia de los procesos sociales, culturales, económicos y políticos en la enfermedad, pero no los reduce a una mera representación; otorga importancia a la dimensión biológico, pero no de forma determinante y considerando que ésta existe en la medida en que tomada en consideración socialmente.

Una postura similar a la de Martínez es la que nos expone Didier Fassin (2004) en la que nos habla sobre el peligro de la postura positivista (reduccionismo biológico), según la cual la salud, o enfermedad, ya están ahí y la labor consiste en descubrirlo, mientras que el relativismo (determinismo cultural) reduce la salud, o enfermedad, a un mero efecto de convención entre determinados agentes, quedando la realidad material a un lado. Al igual que en el planteamiento de Fassin, aquí naturaleza y cultura aparecen ligadas, mantienen una relación dialéctica, o bien podríamos decir de retroalimentación: «el constructivismo aquí empleado pretende ligar los hechos biológicos y los sociológicos, estableciendo en particular cómo el trabajo de objetivación es indisociable del trabajo simultáneo de subjetivación» (Fassin, 2004, p.300).

Esta discusión genera múltiples debates en el seno de la antropología médica, pero se vuelve más controvertida al hablar sobre enfermedades mentales, un tema que en la propia psiquiatría, debido a ser una de las ramas menos asentadas en el modelo biomédico, también se encuentran diferentes posicionamientos.

En torno a la idea de constructivismo social, Ian Hacking (2001) ha reflexionado, desde la filosofía de las ciencias sociales. En el plantea que esta idea de construcción social es confusa y además está siendo excesivamente utilizada, por ello su pregunta acerca de ¿la construcción social de qué? ¿Qué es lo que está construido socialmente? ¿Todo? Nos habla de diferentes cuestiones que han sido planteadas como constructos sociales (objetos, ideas y palabras ascensor), de diferentes tipos de constructivismo, etc. pero lo que aquí nos interesa es el apartado que dedica exclusivamente a las enfermedades mentales, ¿biológicas o



construidas? En el abordaje de estas cuestiones se plantea una tensión constante en lo que denominamos real y lo construido, pues ambas se suelen presentar como contrapuestas, apareciendo la siguiente afirmación: x no es real, x es construido. Pero, ¿qué se entiende por real y por construido?, entonces... ¿lo construido no es real? Quizás el significado de real sea como el visto anteriormente con Lacan en relación a lo simbólico: anterior al lenguaje. En su planteamiento y en lo referente a las psicopatologías es fundamental referirnos a sus conceptos sobre clase interactiva y clase indiferente. Entiende que clase interactiva hace referencia a aquellas clasificaciones que siendo conocidas por los individuos o las instituciones pueden llevar a una modificación de conductas y sentimientos (son conscientes y autoconscientes, como puede ser una persona clasificada como “enferma”); la clase indiferente es aquella clasificación, cuyo conocimiento puede modificar lo clasificado, pero no porque sea consciente de ello (lo ejemplifica con los quarks o el plutonio) sino por lo que podamos hacer nosotros con ese conocimiento. Lo relevante de estos dos conceptos es que Hacking considera que las psicopatologías participan de ambas, si bien señala que desde el campo biológico se las considera clase indiferente y desde el construccionismo clase interactiva.

Hacking parece mostrar cierta distancia ante el construccionismo y tal como señalaba anteriormente muestra cierta actitud de crítica; su postura la define de la siguiente manera: «me pienso como un “nominalista dinámico” interesado en cómo nuestras prácticas de nombrar interactúan con las cosas que nombramos, pero también podría decirse que soy un “realista dialéctico” preocupado por las interacciones entre lo que existe (y lo que viene a ser) y nuestras concepciones de ello» (Hacking, 2002, p.3). Nuevamente encontramos esa idea de relación dialéctica e interacción. La aportación de Hacking es crucial en lo referente, entre otras cuestiones, al desarrollo de diferentes conceptos de gran utilidad analítica en cuanto al estudio de las enfermedades mentales y de las interacciones que él menciona: efecto bucle clasificatorio, biobucle, clases interactivas, etc.

Finalmente, referirme a la contribución de Allan Young al debate que venimos manejando en torno a la relación naturaleza/ cultura, real/ construido, pues me parece de gran



interés una de sus afirmaciones en relación a esta idea de realidad. En su estudio sobre el síndrome de estrés postraumático, Young afirma que se trata de un producto histórico, no es un trastorno eterno ni posee una unidad intrínseca, lo cual no niega su realidad, más bien al contrario: «On the contrary, the reality of PTSD is confirmed empirically by its place in people's lives, by their experiences and convictions, and by the personal and collective investments that have been made in it» (Young, 1995, p.5).

Que sea construido no significa que no sea real... Y es esto lo que como antropólogos nos interesa, más allá de si existe o no una base biológica.

De cualquier manera, optar por un determinismo, sea el que sea, siempre puede resultar peligroso, de ahí que actualmente encontremos diferentes grados (como acabamos de ver) y en muy pocas ocasiones un determinismo extremo.



III. PRINCIPALES LÍNEAS DE INVESTIGACION

El debate que acabamos de presentar en torno a la relación naturaleza/cultura es fundamental en el desarrollo de la antropología médica, pues la concepción que poseamos en torno a esta relación nos conducirá a una determinada manera de abordar la salud y la enfermedad y los trastornos mentales en particular. Dicha concepción marca, en cierta manera, los diferentes modelos presentes en antropología médica, partiendo de una omisión total de la enfermedad en las etnografías (la enfermedad forma parte de las condiciones naturales, la cultura permanece alejada), pasando por otro modelo en el que se reconoce cierto papel de los factores culturales (aumento de estudios etnomédicos; se asume el papel del antropólogo como mediador entre el conocimiento científico y las prácticas médicas de determinadas sociedades) y finalizando con lo que podríamos considerar el modelo actual: deconstrucción de los límites entre ciencia y creencia, naturaleza/cultura, como hemos visto anteriormente (Martínez, 2008).

Ante de referirnos a las corrientes más actuales y la manera en que se está abordando la enfermedad mental desde la antropología, es imprescindible señalar, a modo de antecedentes, determinadas corrientes que empezaron a tomar en cuenta los factores culturales en el abordaje de los padecimientos mentales. Estas corrientes formarían parte del segundo modelo establecido en la clasificación del párrafo anterior. La principal es la llamada escuela de Cultura y Personalidad.

Es notable la influencia de Franz Boas y su concepción de cultura en esta corriente. Boas rechazó el universalismo presente en las teorías evolucionistas y propuso una teoría denominada particularismo histórico, según la cual, la cultura no depende de la naturaleza sino de lo histórico y específico, por tanto, los rasgos culturales de una comunidad se deben a un contexto determinado (relativismo). Estas mismas concepciones están presentes en la escuela de Cultura y Personalidad, representada fundamentalmente por Ruth Benedict y Margaret Mead, quienes estudian la relación entre individuo y cultura haciendo uso de principios culturales y términos psicológicos. Las principales aportaciones que supuso esta corriente son: el debate que se generó en torno a la universalidad o no de las categorías que la



psiquiatría o psicología habían propuesto acerca de lo considerado normal o anormal, en la medida en que su propuesta hacia hincapié en la especificidad de cada fenómeno (postura relativista); y la importancia de tomar en consideración el papel de lo cultural en la configuración de los síntomas de las enfermedades mentales.

3. Teorías interpretativas

Aunque todos los enfoques o corrientes aparecen ligados unos a otros en su desarrollo, con fines expositivos trataré de exponerlos en diferentes apartados. Por ello, veremos a continuación el enfoque interpretativo, representado principalmente por Arthur Kleinman y Byron Good.

Ambos editaron en 1985 un libro compuesto por diferentes estudios sobre la depresión en diversas partes del mundo, tratando de rebatir la asunción de la biomedicina acerca de que la depresión es universal en todo el mundo, mientras que la antropología nos muestra diferencias culturales, bien de estados de ánimo, síntomas, concepciones sobre lo normal y patológico, etc. El principal objetivo del libro es ofrecer una visión transcultural al fenómeno de la depresión, para lo cual apuestan por la interdisciplinariedad entre antropología, psiquiatría y psicología, teniendo en cuenta también la perspectiva de la sociolingüística. Los objetivos principales del libro que acabamos de exponer aparecen vinculados estrechamente a algunas de las concepciones básicas y debates que se generaron a raíz de los estudios de la escuela de Cultura y Personalidad, tal es el caso de la universalidad o no de los presupuestos de la psiquiatría. Las cuestiones que se plantean tienen que ver con la validez del concepto de depresión como concepto intercultural; si las diferencias en los significados culturales alteran la experiencia de la enfermedad; cómo traducir entre nuestro mundo emocional y los de otras sociedades, etc.

Kleinman expone de forma breve un estudio sobre la depresión en China, que formaría parte de otra publicación (1986). Estas primeras obras de Kleinman son clave en cuanto al estudio comparativo de los diferentes sistemas médicos, unos estudios que solían ir acompañados de críticas al sistema biomédico por ignorar lo cultural en el desarrollo de



enfermedades, tal es la crítica que aparece en su obra arriba citada en cuanto al desarrollo de test estándar para la medición de trastornos mentales o la pretendida universalidad de la biomedicina. La principal aportación es la consideración del sistema biomédico como otro sistema más, y todos ellos como sistemas culturales.

Por medio de estas y otras obras, Kleinman contribuyó al estudio de los *Culture-Bound Syndromes* o *síndromes culturalmente delimitados*. Se entiende por estos síndromes, enfermedades psicosomáticas ligadas a una cultura específica. Este término ha sido incorporado por el DSM-IV, en la que se catalogan como tal, enfermedades como la anorexia mirabilis, neurastenia, susto, etc. Esta perspectiva es utilizada por Susan James en su estudio sobre la “agonía” en los inmigrantes azorianos que están en Estados Unidos. Entiende la agonía como un fenómeno específico de la cultura somática que sufren estos inmigrantes, aunque es clasificado por la biomedicina como un trastorno mental. La biomedicina, sostiene, no capta los múltiples significados que aparecen ligados a este padecimiento. A pesar de considerarlo un fenómeno específico de la cultura, reconoce como un error y reduccionista ligar este fenómeno únicamente a un *culture-bound syndrome*. A tal efecto, y citando a Kleinman y Becker (1998), propone una visión más integradora de la salud, siendo una de las principales aportaciones de su estudio: «In this integrative view of health, the political, the economic, the moral, and the medical are inextricably linked» (James, S., 2002, p.89), a pesar de las distinciones que trata de hacer la medicina.

Retomemos nuevamente las aportaciones de Kleinman y Good respecto al enfoque interpretativo, ya que ambos desarrollan en una mayor complejidad sus teorías en obras posteriores, aunque Kleinman esboza su enfoque sobre el estudio de la enfermedad, pues su análisis en China oscila entre el mundo interior, la experiencia subjetiva del individuo chino y el arraigo del individuo en un determinado sistema local.

Una de sus principales aportaciones de este autor lo constituye su teoría sobre los Modelos Explicativos, un modelo que pretende explorar la experiencia que tienen los individuos sobre su enfermedad, captando sus percepciones, significados y actitudes ante ésta



(es notable la influencia de Clifford Geertz). Sitúa la perspectiva de éstos en el mismo nivel que la perspectiva de los profesionales de la salud y además sitúa a ambas en un sistema de atención y en un marco social determinado. Su teoría acerca de los modelos explicativos corre pareja a su distinción entre *disease*: anomalías en los órganos, estados patológicos estudiados por la biomedicina; *illness*: percepciones y experiencias de los individuos; y *sickness*: eventos que envuelven a *disease* e *illness*.

Junto a Kleinman, la otra figura principal de esta perspectiva es Byron Good (2003), quien lo desarrolla en toda su complejidad. Se centra fundamentalmente en la relación entre subjetividad y cultura, considerando la subjetividad producto a la vez que agente de la historia. Sostiene la necesidad de llevar a cabo un análisis de la enfermedad a través de su significación, la experiencia y el lenguaje (redes semánticas). Es preciso desnaturalizar la enfermedad, el sufrimiento y el tratamiento, constituyéndolos en un ámbito cultural y así sucede con el lenguaje de la biomedicina, considerado igualmente un rico lenguaje cultural. Para nuestra investigación, supone una mirada bien interesante acerca del lenguaje psiquiátrico y la forma de desvelar la dimensión cultural que hay en el, así como su relación con el poder y el sufrimiento humano, especialmente relevante en un llamado trastorno afectivo como la depresión.

En definitiva, Good promueve un enfoque hermenéutico para el estudio de la enfermedad, en nuestro caso hablaríamos de enfermedad o padecimiento mental, entendiendo ésta, al igual que el sufrimiento, como una forma de experiencia experimentada desde el cuerpo y que se revela en una estructura narrativa. En este punto señala que el cuerpo no puede ser diferenciado de los “estados de consciencia” (diferencia que si lleva a cabo la biomedicina), sino que debe ser tomado como la «base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo» (Good, 2003, p.214).

Aunque declarado totalmente ligado a este enfoque interpretativo centrado en el significado, dice estar familiarizado con la teoría crítica, pues en esa idea de significado también se condensan relaciones de poder y desigualdades.



Este enfoque ha sido ampliamente utilizado en la antropología médica, así como en el caso concreto de las enfermedades mentales. Ying YW (1990), analiza los modelos explicativos de cuarenta mujeres chino-americanas y «demuestra la relación significativa entre la conceptualización de problemas y la búsqueda de ayuda» (Ying, 1990, p.1), preguntando a por las causas, impacto y las fuentes de ayuda.

Desde este enfoque y más actuales también encontramos los artículos de M^a Isabel Márquez Romero (2010) o el artículo de Eroza y Álvarez Gordillo (2008), si bien éste último tiene en cuenta un marco sociocultural más amplio en su análisis que el primero, ya que relaciona las narrativas con otras esferas, ideas y prácticas sociales, como la brujería o concepciones acerca de lo sobrenatural, mientras que la primera sólo tiene en cuenta, en su análisis de las narrativas, la Unidad de Salud en las que las recoge.

El enfoque interpretativo no sólo ha sido ampliamente utilizado y retomado en los análisis de antropología médica, sino que también ha sido criticado por centrarse en un contexto muy local y obviar cuestiones sociales más estructurales que también influyen en los procesos de salud/enfermedad/atención y en la experiencia subjetiva de éstos.

3.1. Teorías sociales

Uno de los autores que ha criticado duramente esta perspectiva es Allan Young (Good, 2003; Martínez, 2008), afirmando que se está obviando la dimensión social de la enfermedad en la que tiene lugar la narrativa, la experiencia del individuo, etc. de la que Kleinman habla. La antropología no debe dar cuenta exclusivamente de la *illness*, entendida como la dimensión subjetiva y experiencial culturalmente mediada del sufrimiento, sino también de la *sickness*: contexto socio-político de la salud. Esta perspectiva que él propone la utiliza en su investigación sobre el síndrome del estrés postraumático (1995), afirmando que tanto la memoria traumática como la ciencia psiquiátrica son productos históricos. El trastorno de memoria traumática va unido a las prácticas, tecnologías y narrativas en las que se diagnostica, estudia, etc. y está representado por los intereses, instituciones y argumentos morales que han movilizad los diferentes esfuerzos y recursos. Young da cuenta de cómo la



concepción sobre la memoria ha cambiado y se ha añadido esa idea de traumático (antes aludía a daño físico), lo cual ha justificado la intervención de un experto: el psiquiatra, quien debe acceder a esa parte de la memoria oculta. El trastorno de estrés postraumático, sostiene, se constituye a través de tecno-fenómenos y estilo de razonamiento científico (Young, 1995). Su teoría sobre la intervención de un experto, que trata de llegar a lo más hondo de la memoria guarda bastante relación con la teoría del biopoder de Foucault sobre el régimen de saber/poder y la puesta en discurso de los pormenores y detalles de la vida del individuo por medio de la confesión.

En esta línea de tomar en consideración la dimensión social nos encontramos diversos autores, principalmente sociólogos, que tratan de explicar la enfermedad, y en concreto la enfermedad mental recurriendo a las fuerzas sociales que influyen sobre el individuo.

Una de los autores clásicos que tiene en cuenta lo social es Emile Durkheim (1998) en su estudio sobre el suicidio. Ante las frecuentes explicaciones psicológicas e individualizadoras, Durkheim nos explica el suicidio a través de un análisis sociológico, y constata como en las sociedades industrializadas el índice de suicidios es más alto. En este análisis sociológico nos habla sobre diversos factores, como la religión, nacionalidad, edad, estado civil, lugar de residencia, tamaño de la familia, etc. y en función a tales datos establece una tipología de suicidios, a saber, suicidio anómico, suicidio egoísta y suicidio altruista. Para Durkheim, lo social recae fuertemente sobre el individuo. Desde su corriente, el funcionalismo, el suicidio y también la enfermedad suponen una desviación.

Martínez (2008) señala dos principales aportaciones a la antropología médica por parte del funcionalismo: el concepto de rol del enfermo y el concepto de la carrera del enfermo o enfermedad.

En torno a estos conceptos no podemos dejar de referirnos a la obra de Erving Goffman, encuadrada dentro del interaccionismo simbólico, quien desarrolla estos conceptos aplicados a una institución psiquiátrica y por tanto, al rol y carrera de un enfermo mental. Tal y como afirmábamos con Durkheim, Goffman también considera la enfermedad mental como



una desviación (moral y social), aunque su postura presenta ciertas matizaciones, puesto que su análisis es más microscópico.

En su análisis sobre el rol del enfermo mental, resalta la gran influencia del marco institucional del centro psiquiátrico, definido por Goffman como una “institución total”, en la cual los enfermos se adaptan a la vida y desarrollo diario del centro adquiriendo un determinado rol y respondiendo a las expectativas que recaen sobre ellos. Según Goffman, se atiende más a estas cuestiones desde el propio centro que a la psicopatología en sí.

La perspectiva sociológica de Goffman a pesar de obviar cuestiones, tales como factores más macroestructurales que van más allá de la propia institución, o bien tener en cuenta la capacidad de acción de los agentes implicados, proporciona múltiples aportaciones en el análisis de la enfermedad, como su idea sobre rol del enfermo, en torno a los papeles socialmente asignados, expectativas sociales y el efecto del etiquetamiento (o lo que llama Hacking: clase interactiva), el concepto de carrera del enfermo, utilizado en investigaciones para analizar la carrera del paciente desde diversas temáticas u ópticas (véase Menéndez 2005) o bien su teoría sobre las instituciones totales y cómo el marco institucional determina al enfermo. Más adelante veremos otro análisis de una institución psiquiátrica (Vita) desde una perspectiva totalmente diferente.

3.2. Teorías críticas

Aparte de tener en cuenta los factores sociales, nos encontramos con las teorías más críticas que además hacen referencia a otros factores más macroestructurales y políticos, explicando la enfermedad como productos de las desigualdades sociales, condiciones de explotación, violencia estructural, etc. Generalmente estas teorías están inspiradas en la teoría marxista de la lucha de clases, la concepción sobre hegemonía y subalternidad de Antonio Gramsci e incluso las teorías de Foucault sobre las nuevas tecnologías de poder.

En el caso de las enfermedades mentales, hay diversos estudios que correlacionan una mayor presencia en las clases más desfavorecidas o también podemos hablar de los simples



datos acerca de la esperanza de vida, los cuales reflejan una clara desigualdad entre países ricos y países pobres.

Una investigación más actual nos ofrece una explicación a la depresión como una patología social propia de la *New Economy*, por tanto, estrechamente ligada al mercado de trabajo actual y a cuestiones estructurales. Me estoy refiriendo a Franco Berardi Bifo (2003), quien afirma que la depresión constituye una patología con un fuerte contenido social y aparece vinculada a la nueva ideología felicista del modelo productivo actual, que exige al trabajador unas determinadas características, como la flexibilidad, polivalencia, etc. Este mercado de trabajo es extremadamente competitivo e individualista, y en esta situación el trabajador debe triunfar y autorrealizarse, sin embargo, sostiene Berardi, «muchos son los llamados y pocos los elegidos» (Berardi, 2003, p.81). De esta manera, el consumo de psicotrópicos y estimulantes se convierte en “la otra cara de la new economy”. Berardi habla incluso de una depresión de masas, en la medida en que la norma es la competitividad y muchos son los que fracasan. El sujeto había centrado toda su atención en conseguir tal objetivo y al fracasar siente que nada tiene sentido. Según Berardi, las drogas, tanto las legales como las ilegales, constituyen un elemento fundamental de la sociedad competitiva en la que vivimos.

Esta lectura de la depresión aporta unos planteamientos novedosos en cuanto a su explicación y por consiguiente, a la forma de abordarlo. El mercado laboral actual, fruto del nuevo capitalismo, demanda un individuo con una serie de características, así como es partícipe de una determinada ideología en la que el fracaso no está bien visto, de hecho suele ser vergonzoso, y aquel que fracasa suele culparse a sí mismo por ello. Ante esta situación, es muy probable pensar que ya nada tiene sentido...

Richard Sennet (2000) se preocupa por las consecuencias personales y emocionales que derivan de la nueva organización del trabajo, estando entre ellas el fracaso y lo que ello supone en el individuo.

Aparte de la originalidad, debemos señalar que esta ideología acerca del fracaso, la autorrealización o la independencia del individuo no es una ideología que aparezca vinculada



únicamente al mercado laboral¹ ni es la única a la que se enfrenta el individuo, por tanto, no sólo sufren sus consecuencias los trabajadores de la *new economy*, siendo así, ¿cómo explicaría Berardi la depresión en otros sectores de la población no ligadas al mercado laboral? La tesis defendida por este autor requiere de una contrastación etnográfica que de cuenta de los mecanismos que median entre el desarrollo de la *new economy* y el padecimiento de la depresión.

En la problemática actual de la depresión y el consumo de antidepresivos entran en juego más factores, aparte de las exigencias y características del nuevo capitalismo, como pueden ser los cambios en los modelos de atención de la psiquiatría, el desarrollo de la industria farmacéutica, las diversas concepciones sobre el sufrimiento, la medicalización de éste, etc.

3.3 Integración de diferentes enfoques

Por último, hacer referencia a aquellos estudios que han tratado de unir las dimensiones más estructurales con otras dimensiones más microsociales de la enfermedad.

En este punto, es inevitable hablar de la fascinante obra de Nancy Scheper-Hughes (1997) acerca de la realidad del nordeste brasileño, si bien ella se encuadra dentro de la antropología médica crítica. En su declarada posición de antropóloga comprometida políticamente, nos revela una realidad de hambre y sufrimiento, sin perder detalle de la cotidianidad de los principales protagonistas y a la vez vinculándolo con la situación social y política de Brasil, en general, y de Bom Jesus Da Mata en particular (relaciones de género, entre clases, intromisión de empresas privadas, el papel de la biomedicina, etc.).

¹ Danilo Martucelli (2007) en su teoría sobre los soportes nos habla sobre esta idea moderna, propia de sociedades occidentales, donde se presenta el individuo como un ser soberano capaz de sostenerse a sí mismo desde el interior, de ahí que la dependencia genere vergüenza. En esta misma línea, Dubar (2000) en su análisis sobre la sociedad francesa, hace referencia a las nuevas condiciones de vida actuales (cambios en lo laboral, en la religión, política, relaciones de género, etc.), propias de la modernidad, donde las antiguas formas identitarias están carecen de legitimidad pero las “nuevas” aún no están consolidadas, lo cual genera en el individuo continuas crisis existenciales.



En torno a la problemática que nos interesa dos son las principales aportaciones de la obra de Scheper-Hughes, a saber, la medicalización del hambre a través del discurso sobre los nervios (*Nervoso*) y la idea sobre la construcción sociocultural del sufrimiento, en este caso relacionado con el duelo de una madre ante la pérdida de su hijo o hijos.

En cuanto a la medicalización del hambre, Scheper-Hughes en el capítulo *Nervoso* analiza como el discurso de las mujeres del Alto sobre los nervios se corresponde con expresiones sobre la pobreza y la consecuente falta de alimentación que sufren (problemas estructurales), sin embargo, este discurso se ve mediado a través de las instituciones sanitarias que lo catalogan como un problema de nervios, como un “trastorno psiquiátrico”, susceptible de ser curado por medio de medicamentos. El hambre no se cura con pastillas, pues haría falta un cambio socio-político para ello, mientras que “los nervios” sí.

Por otro lado, también nos presenta la realidad a la que se enfrentan estas mujeres: la elevadísima tasa de mortalidad infantil. Un hecho que favorece una relación entre madre e hijo, y un apego diferenciado de aquello que se considera “normal” entre familias de clase media. Esto nos muestra como esa idea de amor maternal, la propia idea de maternidad y el sufrimiento que sentimos o no, son productos históricos y requieren de un análisis de contexto y estructural más amplio para comprenderlos.

Nancy Scheper-Hughes nos permite ver como la dimensión más macro de los fenómenos sociales va estrechamente vinculado a los individuos y sus cotidianidades, así como a la propia subjetividad. Un análisis de la subjetividad no puede dejar de lado aquellos procesos sociales y estructurales más amplios en los que el individuo está inserto, ya que éste no vive aislado.

Uno de los autores que centra su estudio etnográfico en la subjetividad es Joao Biehl (2005), donde lleva a cabo un análisis centrado en Catarina, una de las internas de Vita. Trata de analizar a través de Catarina el proceso por el que una persona es internada allí y cómo ha llegado a estar en la situación en la que está, calificada de enferma mental, y de loca, finalmente. Vita es considerado un vertedero de personas, un lugar al que se va a morir: el punto final. La subjetividad de Catarina, afirma, nos permite vislumbrar diversos procesos,



tanto referentes a la situación de Brasil, el Estado, la economía, la medicina (desinstitucionalización de la psiquiatría) como procesos más locales, relacionados con la familia, el desarrollo de la propia institución, la manera en la que influyen los procesos biológicos en la biología y la propia muerte... y finalmente su propia transformación, mediada por los procesos anteriores y el consumo de fármacos: *Catrina*, que es así como ella se autodenomina en diversas ocasiones en su diccionario. Muestra del efecto que producen los fármacos en la subjetividad y percepción de uno mismo.

En definitiva, el cuerpo y el lenguaje de Catarina tienen la impronta de todos estos procesos. Es ésta la principal aportación de su obra, la manera en que todos estos procesos se reflejan en el individuo y lo constituyen, y concretamente, como las propias instituciones inciden en la creación de subjetividades, y en procesos de inclusión y exclusión, siendo éste un caso realmente paroxístico de la exclusión. Si bien es cierto, Biehl también nos habla de la capacidad de agencia de Catarina, quien a partir de su diccionario ha creado su propio mundo de significados.

A pesar de integrar ambos, Scheper-Hughes y Biehl, perspectiva macro y micro, ambas etnografías difieren bastante. Quizás la principal limitación de Biehl tenga que ver con la metodología, centrado casi exclusivamente en ese diccionario de Catarina, que analiza de una forma prácticamente psicoanalítica.



IV. FÁRMACOS Y ANTROPOLOGÍA

El uso de fármacos constituye uno de los principales pilares del sistema biomédico actual, considerados fundamentales en la cura de diversas dolencias y enfermedades. Los medicamentos actúan directamente sobre la irregularidad biológica; tal es el paradigma actual, como ya hemos mencionado anteriormente, de la psiquiatría (neokrapelinianos). Desde este paradigma, los trastornos mentales y en concreto la depresión, tienen una base biológica, por tanto, los medicamentos actúan sobre ella para restablecer su “curso normal”. Esta concepción empieza a dominar fundamentalmente a partir de la década de los ochenta tras la reforma psiquiátrica y la revolución psicofarmacológica, con la aparición de los inhibidores de recaptación de serotonina y tras la crisis de las benzodiacepinas.

A partir de estos años se produce un aumento tanto del diagnóstico de la depresión como del consumo de antidepresivos.

Estos hechos y la gran relevancia que está adquiriendo el consumo de fármacos no podían ser obviados por la antropología, pues constituye un fenómeno social en el que están insertos diversos procesos que tienen que ver tanto con aspectos como el desarrollo de la industria farmacéutica, la reforma psiquiátrica, la atención primaria, etc., como aspectos relacionados con la producción de significados y de sentido, las prácticas, la concepción del sufrimiento, las experiencias y la propia subjetividad.

No obstante, la literatura sobre esta temática no es muy abundante y se presenta de forma un tanto fragmentaria, de ahí la necesidad de plantear investigaciones que tomen en consideración esta problemática presente en nuestra sociedad.

Oriol Romani y Comelles (1999), nos hablan sobre la implantación del modelo hospitalario y su estrecha vinculación con las nuevas políticas medicinales, un modelo que según ellos consolida la hegemonía médico-farmacéutica: «ninguna dispensación gratuita sin prescripción médica» (Romani y Comelles, 1999)², aunque a pesar de ello la automedicación empieza a entrar en juego. En este artículo sobre la automedicación, hacen referencia al

² Fuente electrónica, páginas no numeradas.



triumfo de las benzodiacepinas, las cuales evitaban la práctica de terapias psicoterapéuticas, para las cuales no había recursos y no gozaba de total legitimidad en el modelo médico hegemónico, suponiendo un aumento de “productividad” en la visita del paciente al médico. El uso de estos psicotrópicos y su consecuente aprendizaje estableció redes de negociación entre otros médicos, farmacéuticos, etc.

Desde esta perspectiva el nuevo modelo hegemónico basado en la medicación se explica a través del desarrollo del modelo actual de la biomedicina, a saber, el modelo hospitalario que instituye al hospital como el lugar legítimo de la curación, el cuidado y la administración de medicamentos, ligado al Estado, que controla todos y cada uno de los gastos.

Sin embargo, en este marco de análisis se obvia uno de los agentes primordiales en cuanto a la prescripción y la administración de medicamentos: las industrias farmacéuticas. Este agente se toma en consideración fundamentalmente desde perspectivas críticas, ya veíamos en la introducción la postura de varios psiquiatras (Mata y Ortiz) al respecto.

Desde estas posturas más críticas (Lakoff, 2003; Martínez, 2006; Mata y Ortiz, 2002) el aumento de diagnósticos de trastornos mentales comunes, entre ellos, la depresión, se vincula a la venta de antidepresivos y la intromisión de las empresas farmacéuticas, por medio del marketing y establecimiento de relaciones de reciprocidad, en su prescripción. Se habla, de esta manera, de una pharmaceuticalización de la salud, así como de un proceso de mercantilización en torno a los malestares de los individuos. Como afirma Nichter (1996), citado en Sjaak van der Geest, Susan Reynolds Whyte y Anita Hardon (1996, p.164), «there is a growing tendency to see health as something one can obtain through the consumption of pharmaceuticals».

Señalar varias cuestiones en cuanto al estudio de Andrew Lakoff. Éste lleva a cabo su investigación en Argentina durante la época de gran crisis económica, en la que constata múltiples noticias asociando ésta con el aumento de desórdenes de ansiedad. Esto le lleva a investigar dicho fenómeno tratando de captar la lógica que hay detrás de todo ello, concluyendo que las industrias farmacéuticas juegan un rol clave. Si bien en el caso de



Europa, como ya hemos expuesto en reiteradas ocasiones, y en Norteamérica, la venta de antidepresivos se corresponde con la biologización de los trastornos mentales, en el caso de Argentina las empresas farmacéuticas se han valido de los discursos acerca de la crisis y cómo ésta ha repercutido en el individuo generando vulnerabilidad, sufrimiento, inseguridad y ansiedad.

Nos muestra la especificidad de los fenómenos, en la medida en que cada contexto socio-cultural presenta una serie de peculiaridades, como es el caso del profundo arraigo de la psiquiatría psicoanalítica en Argentina, que no ha permitido la biomedicalización de los trastornos afectivos, constatando de esta manera que los trastornos mentales son fenómenos locales.

Como complemento a estos estudios que tienen en cuenta aspectos más estructurales no podemos dejar de referirnos a aquellos que se han referido a la subjetividad del individuo y la consecuente transformación a la que lleva el consumo de fármacos. Una problemática que todavía no ha sido lo suficientemente investigada, fundamentalmente en el caso español.

Ya hablábamos anteriormente del estudio de Biehl (2005), que como ya señalábamos se centra fundamentalmente en la subjetividad y cómo está se transforma y configura, en el caso de Catarina, a través de diferentes procesos (la atención sanitaria, desinstitucionalización de la psiquiatría, etc.) y actores que forman parte de su vida, así como su propia trayectoria biográfica. En esta reconfiguración juega un papel clave los fármacos, de ahí la propia autodenominación como *Catkina* (Catarina y Atkina, medicamento que toma) y su idea de los fármacos como camisa de fuerza química. El consumo y dependencia de drogas va unido a la emergencia de nuevos tipos de subjetividad, y así también lo afirma Asha Persson (2004) en su estudio sobre el tratamiento en personas con VIH, utilizando, al igual que Biehl, la palabra griega *pharmakon* como una herramienta de análisis.



V. DEPRESIÓN Y SALUD PÚBLICA

Cada vez escuchamos con más frecuencia, desde el discurso médico, que la depresión es un asunto de salud pública. Estas afirmaciones guardan relación con el aumento de su diagnóstico y su mayor prevalencia en las consultas de Atención Primaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también se ha referido a este fenómeno, señalando que estamos ante una epidemia de desórdenes mentales a nivel mundial. Los datos que apuntan nos hablan acerca de un 10 por ciento de la población, que tendrá depresión en algún momento de su vida.

Así es como definen la magnitud del problema: 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta; Alrededor de un millón de personas se suicidan cada año; Cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar); Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, es dable afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar; Amén de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas” (OMS).

Estos datos han sido extraídos de un programa de la OMS cuyo principal objetivo tiene que ver con la promoción de la salud mental, destinado igualmente a la eliminación de la estigmatización que rodea a estas enfermedades.

Es importante referirnos a la definición de salud mental, pues no es entendida como la mera ausencia de trastornos mentales, sino que se refiere a un bienestar completo del individuo, en todos y cada uno de los ámbitos. Al tratarse de un concepto positivo, la actuación de los profesionales de la salud no se dirige a la curación de enfermedades sin más,



sino que también se da pie a su actuación en la vida de los individuos a través de, por ejemplo, la promoción de la salud o la educación, lo cual abre las puertas a la medicalización de un mayor número de ámbitos sociales.

En el caso concreto de España, el aumento de casos relacionados con la ansiedad y la depresión tratados en Atención Primaria ha llevado a la elaboración de una guía de “Buenas prácticas” por parte de la Organización Médica Colegial (OMC). Esta guía es bien interesante, pues refleja las ambigüedades que rodean a los denominados trastornos afectivos, entre ellos, la depresión. Se considera que se hace un uso indistinto de la depresión, utilizado para referirse tanto a un estado de ánimo no patológico, a un síntoma o a una enfermedad. La distinción que establece entre patológico y no patológica (tristeza considerada normal) no es muy esclarecedora... Por otro lado, se habla de un infradiagnóstico de la depresión.

Desde el punto de vista antropológico, lo fundamental de estos programas, campañas, etc., es su puesta en práctica por parte de los diferentes agentes implicados así como su influencia en los individuos, ya que entra en juego su sufrimiento y la gestión que se hace en torno a ello. También cómo llega a constituirse en un problema social (recuerda a Hacking y a Fassin)

Ya he mencionado en reiteradas ocasiones la poca abundancia de literatura que nos encontramos respecto a la problemática que me viene ocupando: la depresión. Ello se refleja igualmente en la escasez de grupos de investigación que poseen esta línea. En el ámbito nacional encontramos un proyecto llevado a cabo por Ángel Martínez Hernández, de la Universidad Rovira i Virgili, cuyo objetivo general es “analizar los perfiles sociales, y los procesos de uso / evitación de los servicios de atención en salud y salud mental de los adolescentes que muestran trastorno depresivo, ansioso o afín y / o malestar subclínico de este espectro”. Centrado en este mismo colectivo, los adolescentes, nos encontramos con un grupo de investigación internacional, el departamento de Antropología de la Universidad de Durham, quienes trabajan, en este caso, sobre salud mental en sentido general.



Por otro lado, la Universidad de Los Andes también cuenta con una línea de investigación sobre antropología médica, siendo uno de sus focos las enfermedades mentales, y además cuenta con una Red de Etnopsiquiatría, cuyo coordinador es Alberto Uribe Tobón. Finalmente, hacer referencia a unos enfoques que está tomando la Universidad de Oxford, en este caso respecto a los medicamentos, como es el caso del impacto que tiene el mercado comercializado de la salud, dentro de ellos los productos farmacéuticos, en el exterior.

La revisión bibliográfica llevada a cabo supone la principal base para el desarrollo posterior de la investigación, en la medida en que nos proporciona tanto perspectivas teóricas como conceptos y herramientas de carácter analítico.

Lo que aquí me propongo investigar hace referencia a parte de los fenómenos actuales que vengo señalando, pero a cuestiones apenas tratadas o simplemente señaladas de una manera tangencial, tal es el caso de la gestión cotidiana de la medicalización del sufrimiento.

Se trata de llevar a cabo un estudio antropológico, con metodología cualitativa, de cómo se articula y gestiona en la cotidianeidad (la familia, relaciones sociales, en el trabajo, etc.) el padecimiento de la depresión, tal y como la define la biomedicina; cómo influye en ello los fenómenos que hemos venido abordando: la biomedicalización de la depresión (biologización de la psiquiatría), pharmaceuticalización de la salud o la crisis económica actual, en definitiva, aspectos coyunturales que han sido más considerados desde otras investigaciones, pero que apenas han tomado en consideración la propia vivencia y percepción de los sujetos. Por ello proponemos esta investigación, con el fin de estudiar desde la subjetividad de los individuos y de sus prácticas cotidianas, cómo estos procesos cobran realidad, tal y como afirma Young y Hacking.



VI. BIBLIOGRAFÍA

Berardi, F. (2003). *La fábrica de la infelicidad. Nuevas formas de trabajo y movimiento global*. Madrid: Traficantes de sueños.

Biehl, J. (2005). *Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley: University of California Press.

Biehl, J., Good, B., y Kleinman, A. (2007). *Subjectivity*. Ethnographic Investigations. Berkeley: University of California Press.

Comelles, J. M. y Martínez, A. (1993): *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema, S.A.

Comelles, J. M. (2007). Cultura, sociedad y psiquiatras en España. *Frenia*, VII, 7-24.

De la Mata, I., Ortiz, A. (2002). Industria farmacéutica y psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35, 35-74

Dongen, E.V. (2005). Hablando y haciendo. El modelo pólder de la atención holandesa en salud mental. *Revista de Antropología Social*, 14, 173-193.

Dubar, C., 2002(2000). *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*. Barcelona: Bellaterra.

Durkheim, E. (1998). *El suicidio*. Madrid: Akal

Eroza, E., Álvarez, G. Del C. (2008). Narrativas del padecimiento “mental”: arenas de debate en torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México. *Revista de Antropología Social*, 17, 377-410.

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, enero-diciembre, 283-318.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Colombia: FCE.

Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad, I La voluntad de saber*. Madrid: Siglo Veintiuno editores.



Departamento de Antropología Social
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
Universidad Complutense de Madrid

Foucault, M. (2009). *La vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina: Ed. Altamira

Geertz, C. (1999). *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?*. Barcelona: Paidós.

Hacking, I. (2002). *Historical Ontology*. London: Harvard University Press.

James, S. (2002). Agonias: the social and sacred suffering of azorean immigrant. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26, 87-110.

Kleinman, A., Good, B. (Ed.). (1985). *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California.

Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease : depression, neurasthenia, and pain in modern China*. New Haven and London: Yale University Press.

Lakoff, A. (2003). Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina. *Cuadernos de Antropología Social*, 18, 35-66.

Márquez Romero, M. I. (2010). De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximaciones a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Revista de recerca i formació en antropologia*, 12.

Martínez Hernández, A. (1998). *¿Has visto como llora un cerezo? : pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i d'Àfrica.

Martínez Hernández, A. (2006). La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad* vol. 43, 3, 43-56.

Martínez Hernández, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.



Martuccelli D. (2007). *Cambio de rumbo. La sociedad a escala del individuo*. Chile: LOM ediciones.

Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Suiza.

España. Ministerio de Sanidad y consumo .Organización Médica Colegial. (2003). *Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en Depresión y Ansiedad*. Madrid: International Marketing & Communications, S.A.

Perdiguero, E., Comelles, J. M. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.

Persson, A. (2004). Incorporating Pharmakon: HIV, Medicine, and Body Shape Change. *Body & Society*, vol. 10, 4, 45-67.

Romani, O., Comelles, J. M. (1999, Noviembre-Diciembre). Automedicación y dependencia. Contradicciones ligadas al uso de psicotrópicos en las sociedades contemporáneas. *LiberAddictus*, 33-34.
http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=361
http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=369

Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

Van Der Geest, S., Reynolds, S., Hardon, A. (1996). The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.

Ying, Y-W. (1990). Explanatory models of major depression and implications for help-seeking among immigrant Chinese-American women. *Culture, medicine and psychiatry* vol. 14, 3, 393-408.

Young, A. (1995). *The armony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press



VII. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general:

Conocer la manera en que se articula y gestiona el padecimiento de la depresión en el transcurrir cotidiano de los individuos, así como los procesos que median en ello, haciendo especial hincapié en el consumo de fármacos

Objetivos específicos:

- Conocer la manera en que se construye la depresión como enfermedad en los individuos diagnosticados y su entorno social, así como la posible influencia que dicho diagnóstico y la medicación asociada genera en estas redes sociales (amigos, familia, entorno laboral, etc.)

Hipótesis: La depresión como enfermedad se construye principalmente en el seno del microgrupo en el que está inmerso determinado sujeto. En este entorno más inmediato se construyen diferentes discursos y racionalidades en torno al padecimiento de la depresión, diversos y diferenciados en función del encuadramiento social del sujeto deprimido. Por otro lado, el diagnóstico de depresión y la medicación asociada influye en la relación del individuo con su entorno social en la medida en que ésta se modifica al tener lugar un etiquetamiento o clasificación de enfermo/a (añadiendo la idea de medicado con antidepresivos y similares). Múltiples investigaciones han puesto de manifiesto esta modificación, tanto de autopercepción como la percepción que el entorno tiene del enfermo, lo cual modifica, de tal manera, las relaciones sociales, teniendo especial relevancia el papel que cumple la familia en cuanto a la toma de la medicación asignada. La familia adquiere un papel clave en la medicación del enfermo y, por tanto, las relaciones dentro de ella se modifican, sobre todo respecto a éste último. Los roles se reconfiguran y desempeñan, en su mayoría, un rol de cuidadores, velando por la salud del enfermo y tratando de conseguir que el tratamiento se lleve a cabo de forma completa, produciéndose conflictos en caso de no ser así. El enfermo ahora posee nuevas expectativas en cuanto a su familia, principalmente en lo



referente al mencionado rol de cuidadores, y la familia espera del enfermo que sea lo que se denomina un “buen paciente”.

- Analizar el proceso mediante el cual un individuo es diagnosticado de depresión, por el que acude al sistema biomédico y los factores que entran en juego; asimismo identificar las estrategias desplegadas por los individuos y diferentes agentes sociales implicados a partir de dicho diagnóstico.

Hipótesis: El proceso de diagnóstico viene determinado fundamentalmente por el modelo de atención tanto presente en la psiquiatría y psicología como en la atención primaria, caracterizado este último por diversas campañas actuales dirigidas a un “buen diagnóstico” y a la no infravaloración y a la no estigmatización de este tipo de trastornos (la depresión está adquiriendo una posición de extrema relevancia en la salud pública). El modelo biomédico es un modelo centrado en la enfermedad, abordada como conjunto de signos propios del cuerpo biológico, en un intento de separación del resto del individuo y de diferenciación entre una entidad nosológica y lo que el sujeto percibe subjetivamente como continuos malestares. En cuanto a estrategias desplegadas por el individuo, es vital su agencialidad, el papel que cumple el conjunto social al que pertenece y la manera en que reconstruye su propio self en torno al diagnóstico y los cursos de acción que se ven posibilitados. Dichas estrategias comprenden múltiples sistemas, en los que, como apunta Menéndez, las técnicas diagnósticas, el tratamiento y los criterios de curación son diversos. Las estrategias son múltiples: desde la auto-atención, auto-medicación hasta la recurrencia a diversos modelos de atención, lo cual vendrá influenciado por las características concretas del individuo: sociales, religiosas, económicas, etc., y las representaciones sociales e ideológicas asignadas a cada modelo. Sin embargo, la medicación adquiere especial relevancia en el proceso, ya que los fármacos suponen uno de los principales pilares del actual sistema médico hegemónico occidental y su consumo está adquiriendo una magnitud realmente significativa. La recurrencia a los fármacos se ha constituido como un hecho cotidiano y habitual en prácticamente todos los hogares de nuestra sociedad, por ello, atraviesa y está presente en todo el proceso.



- Conocer las representaciones sociales en torno al consumo de fármacos y su posible influencia en la definición y auto-definición del individuo.

Hipótesis: Las representaciones sociales en torno al consumo de fármacos son generalmente ambiguas y confusas. En el caso particular de la biomedicina el medicamento se torna como el “agente” capaz de restablecer el curso normal de nuestro organismo. Esta manera de contemplar el fármaco se ha trasladado a los trastornos mentales. En el caso de la depresión, se considera que el fármaco pondrá fin al desequilibrio químico (es esta una de las hipótesis que se barajan en cuanto a su causa) que la genera. Esta narrativa junto a otras inciden en la definición que el individuo hace de si mismo y en su rol de enfermo o no, así como en la manera en que otros le perciben y definen.

- Identificar el papel que desempeñan diferentes actores sociales y la sociedad, entendida como ente normalizador, en la articulación cotidiana de este padecimiento y el consumo de fármacos.

Hipótesis: Determinados actores sociales: grupos de autoapoyo, trabajadores sociales, ONG, profesionales sanitarios, asociaciones y sociedades de salud mental, etc. y el Estado, en participar el sistema de atención sanitaria y las instituciones de salud pública, intervienen en la articulación de este padecimiento por medio de diferentes concepciones de sufrimiento, dolor, de la enfermedad en sí, y por medio de discursos, prácticas y actuaciones en ese ámbito de la realidad social. En muchos casos se transmiten concepciones ambiguas que generan tensión y conflicto en el individuo, tal es el caso del consumo de fármacos, que a pesar de que su uso está muy generalizado en nuestra sociedad, nos encontramos con discursos totalmente contradictorios que nos alertan sobre los posibles peligros que conllevan.

- Dar cuenta de los posibles cambios que están teniendo lugar en nuestra sociedad en cuanto a la configuración de la depresión como trastorno mental y el consumo de fármacos a ella asociado.

Hipótesis: Están teniendo lugar cambios en nuestra sociedad que están definiendo la depresión como enfermedad y el consumo de fármacos vinculado. Entre estos cambios cabe destacar el propio término de depresión, actualmente establecido por la psiquiatría y la



biomedicina en su conjunto como una enfermedad como tal, recogida por el DSM-IV. Estamos asistiendo a un aumento en su diagnóstico, aumento en la venta y consumo de antidepresivos y ansiolíticos, así como la constitución de esta enfermedad como un problema social. No obstante y en vinculación con la primera afirmación, el principal cambio que se nos presenta en nuestra sociedad es la medicalización de dicho padecimiento, debido a una biomedicalización de la depresión.

- Analizar en profundidad la posible influencia de los siguientes procesos en la reconfiguración de los diferentes discursos y prácticas en torno a la depresión y la toma de medicamentos: desarrollo de la industria farmacéutica (farmaceuticalización de la salud), biomedicalización de la depresión, implementación de políticas públicas, los discursos mediáticos y la crisis económica actual.

Hipótesis: Todos y cada uno de estos procesos inciden en la problemática de la depresión y en la manera en que los individuos experimentan en sus vidas cotidianas su padecimiento y la toma de medicación.



VII. DISEÑO METODOLÓGICO

El universo de investigación lo constituyen aquellas personas diagnosticadas de depresión por el sistema biomédico público. Nos centraremos principalmente en mujeres con edades comprendidas entre treinta y cincuenta años, pues según revelan los datos constituyen el grupo en el que más incidencia tiene la depresión. Sin embargo, la investigación queda abierta en función de la realidad que ésta nos vaya mostrando.

En cuanto a ámbito geográfico, la investigación se llevará a cabo, en un principio, en la Comunidad de Madrid, por disponer de mayor cantidad de centros sanitarios e instituciones de diversa índole.

Se desarrollará empleando fundamentalmente metodología cualitativa, característica de la investigación etnográfica, principalmente observación participante, entrevistas en profundidad y grupos de discusión. Por medio de estas técnicas trataremos de cubrir los objetivos propuestos.

No obstante, también nos serviremos de datos cuantitativos, referentes a datos sobre personas diagnosticadas de depresión (en comparación con demás enfermedades y trastornos), características socio-económicas de éstas, duración del trastorno, comparación de datos entre ámbitos geográficos, datos sobre consumo, venta y prescripción de fármacos, tipo de fármacos, etc.

Analizaremos igualmente programas y campañas de salud pública en lo referente a la problemática que nos ocupa, para ver en qué manera afecta a los individuos inmersos en ella. Y por último, atenderemos a diferentes foros (o similares) que nos encontramos en Internet, tanto pertenecientes a ámbitos de la medicina como a otros ámbitos, en los que se comparte información, experiencias, consejos y opiniones.

La observación participante tendrá lugar en los diferentes espacios a los que acuden, tanto las personas diagnosticadas de depresión como aquellas más cercanas, en todo el proceso de la enfermedad, siempre que guarde relación con dicho proceso: instituciones sanitarias, el propio hogar, farmacias, entorno laboral, y demás lugares a los que acuda.



Las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión se harán a todos aquellos inmiscuidos en el proceso: personas diagnosticadas, familia, amigos, compañeros de trabajo, personal sanitario, farmacéuticos/as, personas pertenecientes a las denominadas medicinas alternativas, trabajadores sociales, etc.