

Psiquiatría transcultural y depresión en China. Un relato clínico

Nicole Moreno

Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

El siguiente trabajo presenta la historia de una paciente de 19 años oriunda de China, que cursó una internación en una sala de psiquiatría de un hospital general por un cuadro de características depresivas. El caso es notable por el polimorfismo en la sintomatología clínica que presentó. El objetivo es analizar, a partir de él, la necesidad de un enfoque interdisciplinario que trate a la cultura como una variable significativa en la construcción de una enfermedad, entendiendo que los modelos fisiopatológicos resultan necesarios pero no suficientes para comprender de qué modo se constituye. Para dicho fin se hará un breve recorrido por los estudios efectuados en la década del 80 en China por el psiquiatra y antropólogo Arthur Kleiman y se desarrollará la perspectiva de la psicoanalista Helena Lunazzi, quien en su libro *Alexitimia* desarrolla cómo la cultura influye en la expresión verbal de las emociones.

Palabras clave: psiquiatría, cultura, depresión, China, alexitimia, neurastenia.

Cross-cultural psychiatry and depression in the eastern population

ABSTRACT

The following work presents the history of a 19-year-old patient from China who was hospitalized in a psychiatric ward of a general hospital due to a depressive illness, being the case remarkable for the polymorphism in the clinical symptoms that she presented. The objective is to analyze the need for an interdisciplinary approach that treats culture as a significant variable in the construction of a disease, understanding that pathophysiological models are necessary but not sufficient to comprehend how they are constituted. For this purpose, a brief review will be made of the studies carried out in the 1980s in China by the psychiatrist and anthropologist Arthur Kleiman and the perspective of the psychoanalyst Lunazzi Helena, who in her book "Alexithymia" develops how culture influences the verbal expression of emotions.

Key words: psychiatry, culture, depression, China, alexithymia, neurasthenia.

INTRODUCCIÓN

La definición de salud como estado de completo bienestar físico, mental y social es un concepto ampliamente difundido y aceptado por la sociedad en

general. Sin embargo, cuando de bienestar se trata, lo que cada cultura interpreta por esto puede ser radicalmente diferente. Comprender esta divergencia es fundamental a la hora de garantizar una buena atención médica.

Autor para correspondencia: nicole.moreno@hospitalitaliano.org.ar, Moreno N.

Recibido: 23/08/22 Aceptado: 12/09/22 En línea: 30/09/2022

DOI: <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v42i3.211>.

Cómo citar: Moreno N. Psiquiatría transcultural y depresión en la población oriental. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2022;42(3):163-167.

En esta línea, la médica antropóloga Ann Galanti afirma en su guía de Sensibilidad Cultural y Religiosa¹ que tres requisitos son indispensables para que esto se cumpla: *sensibilidad*, que implica una correcta interpretación de las necesidades individuales de cada paciente; *conciencia*, entendida como el conocimiento necesario para comprenderlas, y *responsabilidad*, es decir, el uso consciente de estas herramientas para asegurar la calidad de la atención.

Acompañar a un paciente en Salud Mental y Psiquiatría, lejos de tratarse meramente de explorar un conjunto de signos y síntomas, es comprometerse con su historia, con sus valores y creencias, con su forma de percibir el mundo. Y es el conjunto de estos factores los que determinarán no solo el modo en que cada individuo habitará el lugar de enfermo sino también la adherencia que tendrá al tratamiento, siendo este uno de los principales predictores del éxito o fracaso terapéutico.

En este marco se presenta la historia de una paciente de 19 años oriunda de China, que cursó una internación en una sala de psiquiatría de un hospital general por un cuadro de características depresivas. El caso es notable por el polimorfismo en la sintomatología clínica que presentó los meses previos al ingreso, la cual se desplegó también en el proceso de internación. El objetivo del siguiente trabajo es analizar las variables que influyen en la tendencia de la población oriental a expresar la depresión en forma somática; una de las más significativas es el estigma que representa la enfermedad mental en dicha cultura. Se estudiará de qué modo esto puede derivar en un subdiagnóstico de la antedicha patología y, en consecuencia, en una (¿incorrecta?) interpretación de que esta población presenta tasas más bajas de depresión.

Para tal fin se hará un breve recorrido por los estudios efectuados en la década del 80 en China por el psiquiatra y antropólogo Arthur Kleiman², lo cual permitirá comprender la consolidación del constructo de *neurastenia* como diagnóstico no estigmatizante, que ha permitido a aquellos que padecen manifestar su malestar a través de una categoría diagnóstica culturalmente aceptada. Por último plantaremos la perspectiva de la psicoanalista Helena Lunazzi quien, en su libro *Alexitimia*, desarrolla cómo la cultura influye en la expresión verbal de las emociones.

UNA HISTORIA REPRESENTATIVA

La presente historia pudo ser reconstruida gracias al trabajo interdisciplinario que involucró, además de a los especialistas en salud mental, a un traductor, quien ofició de intermediario tanto en la entrevista de ingreso como en los espacios de psicoterapia individuales. Dicha herramienta fue una de las tantas que facilitó superar la barrera idiomática, lo que representó un gran desafío para el equipo tratante. Su papel fue activo: dado su origen étnico en común con la paciente, aportó su mirada sobre las especificidades de su cultura permitiéndonos trabajar de forma individualizada según los valores y creencias de esta.

S. es una paciente de 19 años oriunda de la provincia de Guizhou, China. Desde muy pequeña fue criada por

sus abuelos en dicho país, ya que sus padres residían en la Argentina, donde se encargaban de manejar el negocio familiar, una tienda de regalos. Cuando ellos decidieron que ya se encontraba en edad de desempeñarse en el mundo laboral, a sus 16 años, S. se vio forzada a emigrar de su país natal. Su arribo a la Argentina coincidió con el inicio del despliegue de la sintomatología que motivaría, tres años más tarde, su internación en una sala psiquiátrica. Al indagar sobre su sensación con la llegada a este país, refería tener una relación distante con sus padres a quienes no conocía en profundidad y, en cambio, sentirse cómoda con sus abuelos. Describía a su padre como ejecutor de una “violencia fría” y frecuentemente atestiguaba discusiones maritales, sintiéndose culpable al atribuir su malestar anímico como disparador de estas. Su rutina giraba en torno al trabajo, ya que transcurría 12 horas diarias en la tienda familiar. Por otro lado, S. tiene dos hermanas menores de 6 y 12 años a quienes, según sus dichos, sus padres enfocaban toda su atención. La madre afirmaba que esto era de vital importancia ya que se encontraban en lo que denominó “la etapa de rebeldía”, siendo la crianza en esta etapa determinante para definir si tomaban “el camino del bien o el mal”. A diferencia de S., las hermanas fueron criadas desde su nacimiento en la Argentina y aún no habían vivido la experiencia de la emigración forzada.

En este contexto, la clínica comenzó a emerger: meses antes de su internación, S. comenzó a desarrollar un cuadro caracterizado por abulia, crisis de llanto incoercible, temblores y episodios autoagresivos consistentes en infligirse pellizcos y arañazos. Durante la entrevista de ingreso manifestaba deseos de no vivir más, indicando que para tal fin se encontraba acumulando comprimidos de su esquema farmacológico, que ingeriría al conseguir una cantidad significativa. Presentaba el antecedente de haber realizado una sobreingesta medicamentosa un mes previo al ingreso, si bien refería que el temor la asaltó y terminó escupiendo los comprimidos.

En paralelo al cuadro descrito, S. comenzaba a desarrollar un cuadro clínico de gran polimorfismo sintomático, razón por la cual se encontraba en seguimiento por una médica clínica. Acusaba síntomas como epistaxis, debilidad muscular, alteraciones gastrointestinales y cefalea. Fue esta profesional quien, habiendo descartado organicidad, le indicó efectuar una consulta con el Servicio de Psiquiatría. La paciente negaba presentar dicha sintomatología durante su estadía en China y manifestaba que comenzó a desarrollarse desde su arribo a la Argentina.

En lo que respecta a sus antecedentes en salud mental, S. no contaba con internaciones previas ni había estado en seguimiento psiquiátrico ni psicológico. Se encontraba medicada con 25 mg de un antipsicótico en una toma nocturna, por indicación de su médica de cabecera, quien previamente le había indicado un antidepresivo, que la paciente tomaba en forma errática y que finalmente terminó por suspender.

S. estuvo internada en la sala de psiquiatría durante 32 días. Durante ese lapso, la clínica somática recobró gran protagonismo y representó una barrera que

obstaculizaba los espacios de psicoterapia, dado que su discurso frecuentemente giraba en torno a sus dolencias físicas, lo cual le generaba gran frustración e irritabilidad. Los motivos de consulta fueron atendidos uno por uno. Se realizó interconsulta con el equipo de Clínica Médica por cuadros de dolor abdominal recurrentes, con Otorrinolaringología por epistaxis reiterada, con Traumatología por dolor y parestesias en miembros inferiores, con Neurología por cuadros migrañosos, con Dermatología por prurito en tronco superior... la lista continúa y continúa. La sintomatología antedicha fue rigurosamente estudiada y en ningún caso se encontró un sustrato orgánico que la justificara. Las medidas indicadas por dichos equipos para alivio sintomático tampoco resultaban suficientes para aplacar el malestar manifestado por la paciente.

En el transcurso de ese tiempo también se realizaron numerosos espacios de psicoterapia, en los cuales se convocó al traductor del Hospital. Ni este ni el paciente participaron de las terapias grupales debido a las dificultades que implicaba no manejar el idioma español. En sus espacios individuales, en una primera instancia se mostraba reticente a hablar, aludiendo que remover experiencias del pasado y verbalizarlas le generaba gran incomodidad. Abordar temas sensibles solía suscitar respuestas como tocarse vehementemente el pecho con los puños o negar con la cabeza indicando que no deseaba hablar más. Con el tiempo, S. logró ir expresándose. Refería que del 100% de su bienestar, 80% dependía del ambiente o los estímulos externos, mientras que el porcentaje restante dependía de sí misma. Al indagar sobre esto último mencionaba sentirse enferma clínicamente, lo cual le impedía estar bien psíquicamente. Relató que, cuando en el marco de sus consultas ambulatorias se esbozó el diagnóstico presuntivo de depresión, esto le generó una gran conmoción. Este término, decía, le resultaba ajeno ya que “solo había visto esta palabra en las noticias y no conocía a nadie en su entorno que lo padeciese”.

LA DEPRESIÓN EN CHINA

En la década de 1980, el psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman condujo una serie de estudios en la Facultad de Medicina de Hunan, uno de los principales centros de psiquiatría de China, que sentó las bases de lo que hoy sabemos sobre los aspectos universales y culturales particulares de la depresión. Nos centraremos en dichos hallazgos para comprender el modelo de construcción de la enfermedad en aquel país.

El primer dato que cobra relevancia es que, en la mayoría de las sociedades no occidentales, se ha demostrado que la somatización es la expresión predominante de la enfermedad mental. Siguiendo esta línea, Kleinman evidenció que los pacientes incluidos en su estudio, si bien asistían a una clínica psiquiátrica, creían que sus problemas eran meramente físicos y pocos los catalogaban como depresión. Incluso en los casos excepcionales en que admitían la existencia de un trastorno psíquico, atribuían a la depresión como el *resultado* y no la *causa* del dolor. Dichos pacientes eran usuarios frecuentes de

los servicios médicos y habían recibido múltiples tratamientos.

Este posicionamiento halla un lugar lógico en la tradición cultural china caracterizada por la armonía de las relaciones interpersonales, donde el estado anímico depresivo desempeñaría un papel amenazante para el equilibrio social. La negación de la disforia, plantea, “es una posición neutral y segura en un contexto ideológico en el que la depresión significa implicaciones políticas potencialmente peligrosas: desafiación, alienación y oposición potencial”². El afecto, entonces, se constituye ya no como un síntoma sino como una posición moral. En esta línea, Kleinman plantea un contraste entre sociedades sociocéntricas como las orientales y egocéntricas como las occidentales y sostiene que el afecto depresivo es inaceptable en China, porque no significa lo que significa en la sociedad estadounidense blanca de clase media: “el romance heroico del individuo solitario que pone a prueba su condición existencial siendo obstinadamente solitario”³.

Otro hallazgo de relevancia en los estudios conducidos por Kleinman es que en los seis meses previos al inicio de sus síntomas, prácticamente todos los pacientes habían experimentado cambios vitales estresantes en el ámbito laboral, familiar o social. Dichos cambios incluían, sobre todo, separaciones de sus familias por razones de negocios. El modo de expresar dicha angustia fue, y sigue siendo, el uso y abuso del lenguaje somático: un lenguaje que puede transmitir frustración en una forma pública más segura y legítima.

Para dar cuenta de cómo fue moldeada la visión de depresión vale la pena destacar, por último, la relación que se estableció entre esta enfermedad y la juventud intelectual de la China moderna. La depresión en este grupo etario se asoció históricamente a una amenaza para la fuerza de la nación y el desarrollo social, alegando las fuerzas políticas que por dicho motivo se debía prestar atención a su malestar. En su artículo “Unwanted Melancholia: One of the Treatments for Youth' Disease”, el autor Lin Y⁴ afirmaba: “creo que la mayoría de los jóvenes chinos nacidos en esta era sufren de melancolía. Aunque griten la consigna del progreso y se vean obligados por la realidad a moverse hacia adelante, parecen estar siempre postrados en cama dudando de sí mismos”. La depresión de la juventud se erige entonces no solo como su desgracia, sino como desgracia de la nación. En este contexto, el afecto deja de ser una experiencia privada y se convierte en un obstáculo para combatir. Esto permite comprender de qué modo el patrón de búsqueda excesiva de ayuda médica a través de síntomas somáticos permitió y permite a los pacientes comunicar su angustia y solicitar ayuda en un sistema en el cual las emociones representan una amenaza.

DISCUSIÓN

En un mundo crecientemente interconectado se vuelve imperativo esforzarse por comprender los valores que

rigen en cada cultura, ya que estos determinarán tanto las necesidades individuales de sus integrantes como su percepción sobre el proceso de salud-enfermedad.

En dicho marco, ciertas generalizaciones pueden ser de utilidad para tener una perspectiva a la hora de establecer esta discusión. En lo que respecta a la cultura oriental, uno de los valores más estimados es el *estoicismo*, entendiéndolo como “la fortaleza o dominio sobre la propia sensibilidad”⁵. Según este enfoque, se honraría a quien tiene la voluntad de controlar sus emociones, a quien logra mantenerse firme frente a la adversidad. Es tal contexto el que sirve como caldo de cultivo para que emerja la *alexitimia* como protagonista del cuadro previamente descrito. Surgido del griego “a”-sin, “lexis”-palabra y “thimos”-afecto, el término alude a una dificultad para identificar y verbalizar estados emocionales, más que a una incapacidad de experimentarlos. Este constructo ha servido para dar una explicación al síntoma psicopatológico que –según una perspectiva psicoanalítica– emergería como resultado de una *falta de integración de los sentimientos en la identidad y la vida psíquica*³. Hablar de alexitimia implica indefectiblemente hablar de cultura, ya que el modo en que estas expresan verbalmente las emociones está fuertemente influenciado por diversos factores sociales, económicos, ambientales, etc. En tal sentido, en su libro *Alexitimia*³, Helena Lunazzi afirma que, mientras que las culturas individualistas poseen un léxico muy elaborado cognitivamente, las culturas colectivistas y las clases populares poseen un lenguaje más contextual, menos psicologista y una expresión somatizada de las emociones. Esto último puede extrapolarse a la cultura oriental. Por otra parte, en ese mismo escrito propone una serie de características que describirían el perfil alexitímico entre las cuales, en el caso de la paciente S., se destaca la falta de vivencia de conflicto personal asociada a sus síntomas generales, como menciona: “es el órgano el que tiene el problema”³.

El énfasis en los síntomas somáticos en detrimento de los síntomas psicológicos en la población oriental ha sido motivo de gran especulación. En una cultura donde la enfermedad mental puede ser altamente estigmatizante, simbolizando un temperamento débil y un motivo de deshonra familiar, la somatización permite alojarse en un papel de vulnerabilidad sin caer en el estigma que implica padecer un trastorno psiquiátrico. Esto puede ser rápida y erróneamente interpretado como reflejo de negación de la enfermedad. Sin embargo y redoblando la apuesta, una revisión sistemática⁶ que analiza el modelo de depresión en la población china afirma que la somatización, en este grupo, podría no ser necesariamente una negación consciente de la angustia emocional sino una “táctica de negociación inicial”, es decir, una metáfora culturalmente aceptada y entendida dentro de ese contexto social. Esto implica que en vez de utilizar palabras que designen emociones utilizan una serie de gestos, símbolos y términos que, si bien en su sentido literal están relacionados con lo físico, metafóricamente tendrían un significado afectivo, de modo que hablar de dolor de pecho remitiría a un

sentimiento de angustia, mientras que hablar de fatiga o cansancio designaría dolor o desesperanza.

Esta constelación de síntomas psicopatológicos fueron englobados bajo la categoría de neurastenia. Acuñado inicialmente por el neurólogo norteamericano G. Beard, este término abarcaba una constelación de síntomas inespecíficos tales como dolor muscular, fatiga, anorexia, cefalea, insomnio, que harían alusión a una “debilidad de los nervios”, como su origen etimológico lo indica. Una serie de estudios epidemiológicos conducidos por el previamente nombrado Kleinman y sus colegas en 1982² evidenció que este era el principal diagnóstico efectuado en pacientes psiquiátricos. La mayoría de los pacientes con trastornos no psicóticos quedaba incluido en esta categoría. El estudio involucró a 100 pacientes con diagnóstico de neurastenia en una clínica psiquiátrica ambulatoria en Hunan y los hallazgos revelaron que el 87% de esos pacientes cumplían los criterios de trastorno depresivo según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III. Estos hallazgos sentaron la base que obligó a los profesionales a reconsiderar la forma de conceptualizar la enfermedad, lo cual puso bajo la lupa el diagnóstico de neurastenia que comenzó a ser visto con un dejo de escepticismo.

CONCLUSIÓN

En la introducción comenzamos planteando que, para garantizar una buena atención médica, son necesarias la responsabilidad, la conciencia y la sensibilidad. Ahora podemos afirmar que, para que estos requisitos se cumplan, es necesario ir aún un paso más atrás: es necesario comprender que todos estos valores cobran sentido si se asume primero que no existe ningún modelo de enfermedad que esté libre de cultura. Que los modelos fisiopatológicos resultan necesarios pero no suficientes para entender de qué modo se constituye la serie de síntomas que da lugar a un trastorno en particular.

Si bien los síntomas que caracterizan un cuadro depresivo como la anhedonia, la abulia, la pérdida de apetito, el retraimiento social, etc. pueden ser reconocidos a lo largo de todo el mundo y en sociedades muy heterogéneas, las consecuencias que las emociones o conductas pueden tener en cada comunidad en particular no son las mismas, y esto condicionará el modo en que se expresarán. Es decir, como afirma Kleinman, la relación entre depresión y sociedad es una relación dialéctica; las emociones están indefectiblemente inmersas en un sistema de poder que moldeará el modo en que se construyen las enfermedades.

Es necesario remarcar que, más allá del caso descrito, el papel de la cultura como variable significativa en la presentación de una enfermedad puede manifestarse aun en los niveles de organización más pequeños, como los integrantes de una misma población. Una buena práctica clínica implicaría agudizar esta percepción para comprender que cada individuo carga con el

bagaje de su propia historia y su mundo subjetivo, determinando esto el modo en que se materializarán sus síntomas.

Lo hasta acá mencionado justifica el esfuerzo de realizar estudios transculturales e interdisciplinarios que posibiliten entender de qué modo cuadros como la depresión se constituyen como formas de realidad social en una tradición cultural dada. En su libro *Depresión y cultura*, Kleinman² indica que –para que esto se cumpla– es necesario salir del enfoque tradicional según el cual la cultura aparece como un epifenómeno (es decir, pueden existir diferencias culturales, pero no se consideran esenciales para el fenómeno en sí) y que, en cambio, *la cultura debe tratarse como una variable significativa*. Adaptar este enfoque a la atención particular de cada uno de nuestros pacientes implica entender que para respetar es necesario primero conocer: involucrarse con sus creencias espirituales, con sus costumbres, con su historia, es decir, tener una visión holística e integral.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Arancibia M, Behar R. Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2015;53(1):24-34. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000100004>.
2. Bai J, Li J, Zhang D. The history of the introduction of the concept of depression into China. *Front Psychiatry.* 2022;13:889329. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.889329>.
3. Galanti A. Sensibilidad cultural y religiosa: una guía de bolsillo para profesionales de la salud. 3a ed. expandida. Oak Brook, Ill: Joint Commission Resources; 2018.
4. Kleinman A, Good B, eds. Culture and depression: studies in the anthropology and cross-culture psychiatry of affect and disorder. Berkeley, CA: University of California Press; 1985.
5. Lunazzi HA, Taylor, GJ. Alexitimia: cruzando el puente entre la teoría, la investigación y la clínica. Buenos Aires: Paidós; 2012.
6. Parker G, Gladstone G, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry.* 2001;158(6):857-864. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.857>.
7. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Estoicismo. 23ª ed. [versión 23.5 en línea]. Madrid: RAE; actualización 2021 [consulta 2022 sept 9]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estoicismo>.
8. Ryder AG, Yang J, Zhu X, et al. The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *J Abnorm Psychol.* 2008;117(2):300-313. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.300>.