

# Imágenes de la Psiquiatría Latinoamericana



Juan Enrique Mezzich  
Fernando Lolas  
*Editores*

# **Imágenes de la psiquiatría latinoamericana**

**Directores**

**Juan E. Mezzich**

Icahn School of Medicine at Mount Sinai,  
New York, USA

**Fernando Lolas**

Universidad de Chile  
Santiago, Chile

**2017**

**Editorial Sciens**

**BUENOS AIRES**

Imágenes de la psiquiatría latinoamericana / Juan Enrique Mezzich ... [et.al.]; edición a cargo de Juan Enrique Mezzich y Fernando Lolas Stepke. - 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sciens, 2013.

200 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-987-27370-5-4

1. Psiquiatría . I. Mezzich, Juan Enrique II. Mezzich, Juan Enrique, ed. lit. III. Lolas Stepke, Fernando, ed. lit.

CDD 611.89

EDICIÓN DEFINITIVA, 2017

IMPRESO EN ARGENTINA

Queda hecho el depósito  
que establece la Ley 11.723

ISBN 978-987-27370-5-4

© 2017, Editorial Sciens S.R.L. ®

Av. Juan García del Río 2585 Piso 12 Dto. A, C.A.B.A (C1429DEB).

Tel/Fax: (5411) 2092 1646

# Índice

1 - Introducción a imágenes de la psiquiatría latinoamericana ..... 9

Juan E. Mezzich, Fernando Lolas

**Marco cultural e histórico de la psiquiatría latinoamericana**

2 - La cultura latinoamericana ..... 13

Héctor Pérez Rincón

**Áreas generales del trabajo psiquiátrico**

3 - Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico ..... 21

Ángel Otero, Claudio Banzato, Javier Saavedra, Juan E. Mezzich, Ihsan Salloum, Carlos Berganza, Sandra Córdoba, Miguel Jorge.

4 - Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe ..... 33

Jorge Rodríguez

5 - Educación psiquiátrica en América Latina ..... 43

Roger Montenegro y César Mella

6 - Hacia una etnoepidemiología de salud mental: percepciones desde Latinoamérica ..... 51

Naomar Almeida Filho y Gilles Bibeau

**Especialidades psiquiátricas**

7 - La Psiquiatría infantil en Latinoamérica ..... 69

Carlos E. Berganza, Luis Augusto Rhode, Cristiane Duarte y Heloísa Helena Alves Brasil

8 - Psiquiatría geriátrica ..... 81

Graciela Rojas y Haydée Andrés

9 - Corrientes psicológicas y psicoterapéuticas en América Latina ..... 87

Rodolfo Fischer, M.C. Piaggio, I. Negreira, y F. Tiberi

10 - Psiquiatría social y cultural en América Latina ..... 97

Javier Maríategui

11 - Salud sexual en las Américas ..... 103

Rubén Hernández Serrano y Rafael García Álvarez

## **Problemas sociales y psiquiatría latinoamericana**

12 - Uso y abuso de sustancias psicoactivas: una perspectiva hispanoamericana .....	<b>109</b>
Pedro Ruiz	
13 - Salud mental, pobreza y otros factores sociales en América Latina .....	<b>115</b>
Miguel Jorge y Gustavo S. Giovannetti	
14 - Globalización y salud mental en América Latina .....	<b>129</b>
César Mella Mejías	
15 - Estigmatización en psiquiatría .....	<b>135</b>
Rodrigo Muñoz	
16 - Salud mental de las mujeres en Latinoamérica: ¿Hacia dónde vamos? .....	<b>139</b>
Marta B. Rondón	

## **Desarrollo institucional en la psiquiatría latinoamericana**

17 - Breve reseña histórica de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) .....	<b>151</b>
Edgard Belfort, Ángela Graciela Lucatelli, Enrique Camarena	
18 - Ética y psiquiatría .....	<b>157</b>
Fernando Lolas	

## **Percepciones externas de la psiquiatría latinoamericana**

19 - Percepción desde Estados Unidos sobre la psiquiatría latinoamericana en retrospectiva .....	<b>167</b>
Eugene B. Brody	
20 - Percepción de la psiquiatría latinoamericana desde Europa .....	<b>177</b>
Jean Garrabé y Freddy Seidel	
21 - Percepción de la psiquiatría latinoamericana desde Japón .....	<b>189</b>
Yu Abe	

## **Epílogo**

22 - Imágenes de la psiquiatría latinoamericana y el futuro de la psiquiatría .....	<b>195</b>
Fernando Lolas Stepke, Juan E. Mezzich	

## **Autores**

### **Yu Abe**

Facultad de Psicología, Universidad de Meiji  
Gakuin, Tokio, Japón.  
Escuela de Ciencias de la Salud y el Deporte,  
Universidad de Juntendo, Tokio, Japón  
fisy0901@ac.auone-net.jp

### **Naomar Almeida-Filho**

Universidad Federal de Bahía,  
Salvador, Brasil  
naomar@ufba.br

### **Heloisa Helena Alves Brasil**

Universidad Federal de Río de Janeiro,  
Río de Janeiro, Brasil  
helbra@prolink.com.br

### **Haydeé Andrés**

Universidad de Buenos Aires,  
Buenos Aires, Argentina  
hayand@fibertel.com.ar  
haymer@infovia.com.ar

### **Claudio Banzato**

Universidad Estatal de Campinas,  
Sao Paulo, Brasil  
banzatoc@unicamp.br

### **Edgard Belfort**

Secretario de Educación de la Asociación Mundial de Psiquiatría y Ex-Presidente de la APAL  
Caracas, Venezuela  
belfort.ed@gmail.com

### **Carlos E Berganza-Champagnac**

Universidad de San Carlos,  
Ciudad de Guatemala, Guatemala  
carlosmd@paidosiquiatria.org

### **Gilles Bibeau**

Universidad de Montreal,  
Quebec, Canadá  
Gilles.bibeau2@sympatico.ca

### **Eugene B. Brody**

University of Maryland  
Baltimore, Maryland, USA

### **Enrique Camarena**

Presidente de la APAL 2010-2012  
Ciudad de México, México  
drcamarena@controversiasmexico.com

### **Sandra Córdoba**

Icahn School of Medicine at Mount Sinai,  
New York.  
sandraavilaemail@yahoo.com

### **Cristiane Duarte**

Columbia University,  
New York, USA  
cd2003@columbia.edu

### **Héctor Rodolfo Fischer**

Universidad Argentina John F. Kennedy,  
Buenos Aires, Argentina  
dep19@kennedy.edu.ar

**Rafael Garcia Alvarez**

Instituto de Sexualidad Humana,  
Santo Domingo, República Dominicana  
Raf.garcia@codetel.net.do

**Jean Garrabe**

Evolution Psychiatrique  
Paris, France  
Jean.garrabe@wanadoo.fr

**Gustavo Giovannetti**

Escola Paulista de Medicina,  
Universidade Federal de São Paulo,  
São Paulo, Brasil  
miguelrjorge@gmail.com

**Rubén Hernández Serrano**

Universidade Central de Venezuela,  
Caracas, Venezuela  
rh2positivo@yahoo.com

**Miguel Jorge**

Escola Paulista de Medicina,  
Universidade Federal de São Paulo,  
São Paulo, Brasil  
miguelrjorge@gmail.com

**Fernando Lolas Stepke**

Universidade de Chile,  
Santiago, Chile  
flolas@uchile.cl

**Graciela Lucatelli**

Miembro Honorario de la WPA  
Córdoba, Argentina  
lucatelli@agrosmail.com.ar

**Javier Mariátegui**

Universidade Peruana Cayetano Heredia,  
Universidade Nacional Mayor de San Marcos,  
Lima, Perú

**Cesar Mella**

Universidade Autónoma de Santo Domingo,  
Santo Domingo, República Dominicana  
Cesarm2@codotel.net.do

**Juan E. Mezzich**

Icahn School of Medicine at Mount Sinai,  
New York.  
juanmezzich@aol.com

**Roger Montenegro**

Universidade de Buenos Aires,  
Buenos Aires, Argentina  
montenegro.r8@gmail.com

**Rodrigo Muñoz**

University of California,  
San Diego, California, USA  
munozmd@aol.com

**Inés Negreira**

Universidade Argentina John F. Kennedy,  
Buenos Aires, Argentina  
Dep19@kennedy.edu.ar

**Ángel Otero**

Universidade de La Habana,  
La Habana, Cuba  
tulli@infomed.sld.cu

**Héctor Pérez-Rincón**

Instituto Nacional de Psiquiatría  
Ramón de la Fuente,  
Ciudad de Mexico, Mexico  
perezrh@imp.edu.mx

**María Carlota Piaggio**

Universidad Argentina John F. Kennedy,  
Buenos Aires, Argentina  
dep19@kennedy.edu.ar

**Jorge Rodriguez**

Médico psiquiatra y salubrista. Ex-Jefe de la  
Unidad de Salud Mental, Organización  
Panamericana de la Salud. Pan American Health  
Organization, Washington D.C., USA  
rodriguezj@paho.org

**Luis A. Rohde**

Universidad Federal de Rio Grande do Sul,  
Porto Alegre, Brasil  
lrohde@terra.com.br

**Graciela Rojas**

Universidad de Chile,  
Santiago, Chile  
grojas@ns.hospital.uchile.cl

**Marta B. Rondón**

Universidad Peruana Cayetano Heredia,  
Lima, Perú  
mbrondon@gmail.com

**Pedro Ruiz**

Sugar Land, Texas, USA  
pruizmd@outlook.com

**Javier Saavedra**

Universidad Peruana Cayetano Heredia,  
Lima, Perú  
saavedra@terra.com.pe

**Ihsan Salloum**

Universidad de Miami,  
Miami, USA  
ihsansalloum@gmail.com

**Freddy Seidel**

Evolution Psychiatrique  
Paris, France  
freddyseidel@yahoo.fr

**Franca Tiberi**

Universidad Argentina John F. Kennedy,  
Buenos Aires, Argentina  
dep19@kennedy.edu.ar





# INTRODUCCIÓN A IMÁGENES DE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

---

Juan E. Mezzich<sup>1</sup> y Fernando Lolas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York*

<sup>2</sup>*Universidad de Chile, Santiago, Chile*

Este volumen intenta ofrecer una visión panorámica de la psiquiatría en lo que José Martí llamo nuestra *Patria Grande*. La preparación de la monografía ha sido enmarcada por las actividades investigativas y educativas en la región de múltiples instituciones de la psiquiatría y la salud mental. Entre éstas contamos a la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH), la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), y el Instituto de Psiquiatras de Lengua Española (IPLE). Los prestigiosos colegas invitados a escribir capítulos en esta obra cooperativa, no solamente se han distinguido en sus respectivos campos de trabajo profesional, sino que la mayoría de ellos han desarrollado significativas funciones académicas societarias.

La primera sección examina el marco cultural e histórico de la psiquiatría latinoamericana. Incluye un artículo sobre la cultura latinoamericana en el más amplio sentido de la palabra, perspectivas históricas en la medicina y psiquiatría desde la cristalización multicultural y mestiza de su población, y un esbozo de relevantes figuras y escuelas de la psiquiatría en esta parte del mundo.

La segunda sección revisa áreas generales del trabajo psiquiátrico. Comienza con el diagnóstico y la clasificación, campos en los cuales los latinoamericanos han sido tanto pioneros como futurísticos innovadores, especialmente en referencia a la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, cuya versión revisada fue recientemente publicada. Continúa con una discusión de la atención y servicios clínicos en Latinoamérica desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO). En tercer lugar, analiza la enseñanza de la psiquiatría en nuestra región, particularmente estimulada por propuestas de la WPA, WFMH, APAL y PAHO. La sección concluye con una inspirada delineación de una etnoepidemiología de la salud mental en Latinoamérica.

Las especialidades psiquiátricas son atendidas en la tercera sección. El primer artículo reseña la psiquiatría infantil, cuya importancia es aliviada por la amplia base de la pirámide poblacional en nuestra región. El segundo trata de la psiquiatría geriátrica, de creciente presencia por el generalizado alargamiento de la vida y la complejidad y comorbilidad clínica en esta etapa del ciclo vital. Las ricas corrientes psicológicas y psicoterapéuticas son analizadas en tercer lugar. En cuarto, se presenta un esbozo de la psiquiatría cultural y social en Latinoamérica. El último artículo de esta sección sumaria el desarrollo de la psiquiatría y la salud sexual, área de trabajo profesional latinoamericano

con significativa presencia internacional.

La interfase entre asuntos sociales complejos y la psiquiatría latinoamericana es comentada en la cuarta sección. En primer lugar se examinan el uso y abuso de sustancias psicoactivas y sus implicaciones en nuestra región. En segundo, se revisa la relación entre la salud mental y la pobreza y otros retos sociales en la textura multicultural latinoamericana. El creciente fenómeno de la globalización es discutido a continuación en relación con su impacto sobre la salud mental. El reto de la estigmatización de los pacientes, profesionales y el campo mismo de la psiquiatría es tratado en cuarto lugar. La sección concluye con una revisión de la salud mental de la mujer y el prominente rol de las psiquiatras latinoamericanas en este respecto.

El desarrollo institucional de la psiquiatría latinoamericana es analizado, en primer lugar, desde la perspectiva de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, sexagenaria en su experiencia pero juvenil en sus ímpetus innovativos. En segundo lugar, se esboza el desarrollo de la ética en psiquiatría, fundamental para el cumplimiento cabal de nuestras más altas aspiraciones profesionales.

La penúltima sección presenta tres perspectivas externas de la psiquiatría latinoamericana. Esto lo hace desde tres grandes ángulos geográficos, a saber, el norteamericano, el europeo y el asiático (particularmente el japonés).

El volumen concluye con un epílogo sobre lo presentado y algunas anotaciones sugerentes sobre el futuro por venir.

# MARCO CULTURAL E HISTÓRICO DE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA



# LA CULTURA LATINOAMERICANA

Héctor Pérez-Rincón

*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Ciudad de México, México*

Si utilizáramos un cómodo y superficial concepto restrictivo, tradicional y elitista de la “alta cultura”, tendríamos gran dificultad para entender el estado actual de la psiquiatría en Latinoamérica con toda la crudeza y complejidad que describe, con gran lucidez, Renato D. Alarcón. En efecto, enlistar a los artistas plásticos cuyas obras obtienen cada vez mejores cuotas en las subastas de *Christie's* o de *Sotheby's*, o a los escritores que a partir de un conocido *boom* han alcanzado los mayores honores editoriales del “Primer Mundo” poco nos ayudaría a entender el dilema que planteó Alarcón en estos términos (Alarcón, 1999): ¿Cómo entender “...la arena movediza de una lacerante realidad tercermundista, salpicada de un masoquismo tropical [...] lamentando sus déficit y clamando monoorde en el desierto de una victimización degradante...” si no es oponiendo al empleo tradicional (clásico) del término cultura las concepciones antropológicas y estructurales, a la manera de Thompson? (1993)<sup>1</sup>.

La cultura (cualquiera sea la definición que se escoja de ese término polisémico) propia del dilatado subcontinente latino-

americano resulta, así, un tema en extremo complejo que requiere de un abordaje transdisciplinario para entender lo que aquí apenas podemos evocar.

El primer punto es aceptar que tras un nombre aparentemente unificador existe una diversidad sorprendente. Como Julieta, debemos preguntarnos: *What's in a name?* El término Latinoamérica es uno más de los que el eurocentrismo —que llama “continente” a la península suroccidental de Eurasia— inventó para nombrarnos. Del mismo modo que la ambición geográfica de Colón descubrió aquí a los indios que él buscaba del otro lado del mundo, la Francia de Napoleón III construyó un lazo “latino” que legitimara su proyecto de expansión política y comercial (con su Segundo Imperio Mexicano y su sueño de un canal interoceánico en Tehuantepec o Panamá). El apelativo “latino” adquiriría, a principios del siglo xx, una connotación despectiva en boca de Theodore Roosevelt. ¿Quién le hubiera dicho a Virgilio que un día calificaría, en otro imperio, a la música puertorriqueña!

Tradicionalmente se ha planteado un

1. “Los fenómenos culturales pueden entenderse como formas simbólicas en contextos estructurados; y el análisis cultural puede interpretarse como el estudio de la constitución significativa y de la contextualización social de las formas simbólicas” (Thompson, 1993).

contraste entre, por un lado, los prósperos Estados Unidos “de América” (para los franceses *l'Amérique son les United States*) —o de Norteamérica como dicen más propiamente los latinoamericanos— anglosajones y protestantes y, por el otro, los Estados “Desunidos” del Sur, de gran complejidad étnica que, en palabras de Rubén Darío, “...todavía rezan el padrenuestro en castellano”. El gran proyecto bolivariano se derrumbó frente a la hegemonía del imperio y a la falta de cohesión de las “repúblicas hermanas”. Los términos Hispanoamérica o Iberoamérica, por su lado, al vincularnos con un imperio civilizador, nos hacían partícipes de la “Leyenda Negra”. Todavía, en 1969, Kenneth Clark escribió su obra *“Civilization”* sin mencionar a España porque nunca consideró que *“this country had done anything to enlarge the Human Mind!”*. No habrá, pues, que extrañarse de que Giovanni Papini, en los años cuarenta del siglo XX, haya llamado a la América hispana: “el continente torpe”<sup>2</sup>. “Hispanic”, a su vez, en nuestros días, califica en los Estados Unidos a una comunidad heterogénea que, no obstante, tiene en común bastante más que un mismo origen lingüístico.

El segundo punto concierne a la búsqueda de una identidad, a la que han estado dedicados, desde principios del siglo XVI, amerindios, mestizos de toda clase<sup>3</sup>, negros y mulatos, caribes, criollos, novohispanos, latinoamericanos. Este es un capítulo central de lo que podemos llamar la gran historia de las mentalidades. La psiquiatría no

puede soslayarlo. Para abordar este tema hay que recurrir tanto a la antropología y a la etnología como a la psicohistoria, y dejar de lado los estereotipos folklóricos<sup>4</sup>.

El encuentro de dos mundos, como se calificó en 1992 lo que en 1892 se consideraba todavía el descubrimiento de América (en palabras de Pedro Mártir de Angleria: “el más portentoso acontecimiento de la historia del hombre después de su Redención”), dio lugar a diferentes formas de imitación y adaptación entre las etnias y culturas nativas, y aquellas que llegaron del mar trayendo a estas tierras la cultura occidental. En el libro *“Lucha por la supervivencia en la América colonial”*, coordinado por David G. Sweet y Gary B. Nash, se describen varios casos individuales que ejemplifican la supervivencia por medio de cuatro diferentes estrategias: la lucha colectiva, el desafío individual, la adaptación individual y la competencia (Sweet & Nash, 1987).

Ejemplos del primer caso fueron Opecán-cano, dirigente de la resistencia indígena en la Virginia del siglo XVII; Diego Vasucio, sacerdote nativo del Perú del mismo siglo; Damiana da Cunha, catequista y sertanera en Goiás, Brasil, a finales del siglo XVIII y principios del XIX. Ejemplos del segundo, fueron Martín Océlotl, noble texcocano que, tras su aparente aceptación inicial del cristianismo, se convirtió en dirigente del culto clandestino en el siglo XVI; Antonio de Gouvêia, aventurero y sacerdote en Per-

2. Último avatar del proceso de Salamanca entre el teólogo Sepúlveda y el dominico Fray Bartolomé de las Casas: “Querella sobre la humanidad de los llamados Indios”.

3. Las “castas” en la nueva España constituyeron un curioso catálogo de mezclas étnicas, con apelativos estrambóticos, en una jerarquía social basada en la melanocracia inversa.

4. “...la melancolía del hombre andino, el desenfreno alegre del caribeño, el jolgorio sincrético del brasileño, el dolor ambivalente del mexicano, aun el malhadado “europeísmo” del argentino”. (Alarcón, op. cit.) Descripciones ciertas, pero incompletas y esquemáticas, por ello, peligrosas.

nambuco, en el mismo siglo; y Cristóbal Béquer, canónigo voluntarioso en el Perú del siglo XVII.

Un ejemplo sorprendente de la tercera posibilidad, la adaptación individual, fue el caso de la joven princesa mexicana Tecuichpo, hija de Moctezuma II, esposa, primero, de su tío Cuitláhuac, y de su primo Cuauhtémoc, después. Tras el derrumbe de su mundo originario, pasó a ser Doña Isabel de Moctezuma. Durante treinta años figuró como la mujer india más importante del México colonial. La corona española le otorgó la encomienda de Tula y casó, sucesivamente, con tres españoles principales. Tuvo seis hijos legítimos y una hija natural con Cortés. Algunos de sus descendientes viajaron a España, se casaron con aristócratas y fundaron casas nobles, algunas de las cuales aún perduran.

En la obra coordinada por Sweet y Nash, la cuarta estrategia: la competencia, solo incluye ejemplos de tipo comercial o burocrático, como Miguel Hernández (homónimo del poeta español del siglo XX), transportista en nueva España en el cambio de los siglos XVI y XVII, y Hernando de Valencia, recaudador de impuestos de Perú, también en el XVII.

El mecanismo de apropiación de la cultura del conquistador, para competir e incluso vencerle en el plano intelectual, tiene un ejemplo epónimo en la experiencia que intentaron los franciscanos en el Imperial Colegio de los Indios de la Santa Cruz del Señor Santiago de Tlatelolco. Este interesante proyecto, que solo duró cincuenta años, fue un hecho fundacional para la cultura latinoamericana. Merece que lo

tratemos aquí con especial detalle. En Tlatelolco, reino vecino y aliado de Tenochtitlan —donde un afamado Calmecac (institución azteca de instrucción para los niños nobles) había formado a los dirigentes del Imperio que cayó ante Cortés en 1521— la Orden Seráfica fundó, en 1536, su calca cristiana y humanista. El hecho de que las dos lenguas oficiales del Colegio fueran el nahuatl y el latín, nos habla muy claramente del deseo de los franciscanos: crear una *intelligentsia* nativa, favorecer la formación de un clero aborigen, transmitir a la elite superviviente el legado de la Antigüedad latina (que el Renacimiento estaba en proceso de revalorar) y aprovechar los conocimientos de los informantes indígenas para escribir la historia del mundo precolombino. Allí, Fray Bernardino de Sahagún escribió, en lengua náhuatl, su obra monumental: “Historia general de las cosas de Nueva España”, origen de la etnología; en tanto que dos de sus alumnos, Martín de la Cruz y Juan Badiano, compusieron en latín el “*Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*” (conocido como el Códice Badiano), “el último texto herbolario de la Edad Media” y testimonio único de la medicina azteca del siglo XVI.

Escribía Sahagún: “Los españoles y los monjes de otras órdenes [...] reían mucho y se burlaban de nosotros porque consideraban imposible que hubiera alguien suficientemente competente para enseñar la gramática a gente dotada de tan pocas aptitudes. Pero después de que hubimos trabajado con ellos durante dos o tres años, llegaron a dominar completamente todas las materias que concernían a la gramática, a hablar, a comprender y a escribir en latín, e incluso a componer versos heroicos”.



Y más adelante: “Como ya están instruidos en la lengua latina, nos hacen comprender las propiedades de las palabras y de sus maneras de hablar, así como las cosas incongruentes que decimos en nuestros sermones o que ponemos en nuestra enseñanza. Nos corrigen todo esto, y nada de lo que debe ser traducido en su lengua puede quedar privado de faltas si no lo examinan”.

Por lo tanto, a partir de su dominio del latín, los alumnos enseñaron a Sahagún los matices del náhuatl.

La reacción del *establishment* español frente a esa experiencia no se dejó esperar. Un tal Gerónimo López, adversario encarnizado del Colegio, escribió a Carlos V en 1541: “Es bueno que sepan el catecismo, pero saber leer y escribir es tan peligroso como acercarse al diablo [...] Es un error fértil en peligros enseñar las ciencias a los indios”. Cuatro años más tarde, sin embargo, López debió reconocer que los alumnos hablaban latín con igual elegancia que Cicerón, pero se quejó entonces de su “insolencia”. Por su lado, la Audiencia de México se quejó ante Carlos V de una “conspiración franciscana” (Pérez-Rincón, 1998).

Cuando don Felipe II (*le démon du Midi* de los franceses) se dio cuenta de que lo que los franciscanos pretendían con su proyecto educativo era nada menos que construir en México un programa espiritual meta-histórico (fundado en la lectura joaquinista del Apocalipsis, impregnada de una perspectiva escatológica), dirigido a generar una iglesia nativa preconstantiniana que preparara el *millenium* (prefacio de los últimos tiempos en el que el nuevo mundo se convertiría en el paraíso terrestre), clau-

suró el Colegio, ordenó la confiscación de la obra de Sahagún, prohibió todo estudio sobre México precolombino (incluyendo la obra botánica de Francisco Hernández, su protomédico enviado por él mismo a recolectar la flora y fauna del antiguo Anáhuac) y logró que se “perdiera” la primera versión de la “Historia de las Antigüedades Mexicanas”, del jesuita Juan de Tovar. “La Historia Eclesiástica Indiana”, de Mendieta, fue prohibida durante tres siglos. La obra de Sahagún, al igual que la “Historia de las Indias de Nueva España e Islas de la Tierra Firme”, de Fray Diego Durán, y la “Historia Natural”, de Hernández, debieron esperar hasta el siglo XX para ver la luz, cuando surgió —tanto en las artes como en las ciencias sociales— un poderoso movimiento nacionalista que pretendió sacudirse la influencia europea y redescubrir, con nueva mirada, un pasado indígena elevado, a su vez, a categoría de mito.

A pesar de la clausura de esa institución latino-náhuatl, los habitantes de la América española prosiguieron no solo haciendo suya la cultura occidental, sino también enriqueciéndola. Solo mencionaré dos ejemplos: en el siglo XVII, el zapoteca Juan Matías, *maestro di capella* de la catedral de Oaxaca, escribió una obra musical polifónica que no hubiera descalificado Carlo Gesualdo; y Sor Juana Inés de la Cruz, quien construyó, desde el convento de San Jerónimo de la Real e Imperial Ciudad de México, una obra colosal que fue, en su momento, más reeditada que la de sus colegas peninsulares del Siglo de Oro, que ella clausura: un *best seller* que solo tendría parangón, relativamente, con los tirajes de los autores hispanoamericanos de los cuatro últimos decenios del siglo XX.

A estos últimos autores, traducidos al grado de llevar a su mayor expresión universal la cultura latinoamericana, les fue alejado el cáliz que en los *Années Folles* describía Alfonso Reyes —como si fuera un lejano alumno de la Santa Cruz de Tlatelolco— en una carta a Valéry Larbaud: “Ser americano es, ya en sí, algo patético [...] Yo no soy sólo americano, sino peor aún, hispanoamericano [...] ¡Felices europeos, que encontráis al nacer un medio tan propicio! [...] Nosotros, para alcanzar simplemente un nivel medio, para adquirir, casi sin ayuda, una educación y una sólida cultura, para liberarnos de los terribles sobresaltos de nuestra política, llena de espanto y de sangre, para hacernos entender a pesar de la superstición general que sin escucharnos nos condena desde un principio y nos trata como bárbaros, debemos escalar una dura pendiente, como si llegáramos al centro de la tierra”.

¡Cuánto ha cambiado el mundo en un siglo! ¡Cuántos son ahora los artífices de la cultura latinoamericana que lo son, antes que todo, de la cultura universal! ¿Tiene ra-

zón aún, al iniciarse el siglo XXI, el lamento del *pariperuvien* Ventura García Calderón?: “¡Ay! El mundo condenado a la insipidez no comprenderá nunca a los pueblos exorbitantes que son la sal de la tierra” (Pérez-Rincón, 1998).

Como un remoto eco del proyecto milenarista de los franciscanos, en los años veinte del siglo recién concluido, José Vasconcelos llamó “la raza cósmica” al complejo mestizaje étnico y cultural de este continente. Nadie actualmente, en medio de la vorágine socioeconómica, ecológica y política que nos arrastra, podría suscribir ese calificativo exorbitante. Otro gran literato de hoy, el colombiano Álvaro Mutis, nos brinda, empero, una esperanza: “Creo que nosotros, los iberoamericanos, o sea, los españoles y los hispanoamericanos, tenemos todavía la posibilidad de escapar de la despersonalización y de este infierno llamado globalización, en donde nos quieren meter civilizaciones que bien poco tienen que ver con nosotros y con nuestra tradición”.

---

#### Referencias bibliográficas

- Alarcón, R.D. (1999) Psiquiatría Latinoamericana en el Nuevo Milenio. Revista de Neuro-Psiquiatría, T. LXII, 2, pp. 119-130.
  - Clark, K. Civilization. (1969) *A personal view*. British Broadcasting Co., London.
  - Pérez-Rincón, H. (1998) La rencontre de deux mondes à Tlatelolco. En *La lecture du monde. Mélanges en hommage à Yves Pélicier*. Presses Universitaires de France, París, pp. 48-52.
  - Pérez-Rincón, H. (1998) Un latinoamericano en Europa. *La Gaceta del Fondo de Cultura Económica*, 325, pp.17-21.
  - Sweet, D.G. y Nash, G.B. (1987) *Lucha por la supervivencia en la América colonial*. Fondo de Cultura Económica, México.
  - Thompson, J.B. (1993) *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
-



# ÁREAS GENERALES DEL TRABAJO PSIQUIÁTRICO



# DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN: GUÍA LATINOAMERICANA DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Ángel Otero<sup>1</sup>, Claudio Banzato<sup>2</sup>, Javier Saavedra<sup>3</sup>, Juan Mezzich<sup>4</sup>, Ihsan Salloum<sup>5</sup>, Carlos Berganza<sup>6</sup>, Sandra Córdoba<sup>7</sup>, y Miguel Jorge<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Universidad de La Habana, La Habana, Cuba, <sup>2</sup> Universidad Estatal de Campinas, Sao Paulo, Brasil, <sup>3</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, <sup>4,7</sup> Icahn School Medicine at Mount Sinai, New York, <sup>5</sup> Universidad de Miami, Miami, USA, <sup>6</sup> Universidad de San Carlos, Guatemala, Guatemala, <sup>8</sup> Universidad Federal de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.

## Introducción

Existen indicaciones de actividades clasificatorias desde los albores de la humanidad (Raven et al, 1971). Más aún, las clasificaciones de enfermedades han merecido atención desde pasados muy remotos, primero como conceptos populares o folklóricos y más tarde infundidos por los cánones de la ciencia (Temkin, 1965). En Latinoamérica, como en otras partes del mundo, encontramos trazas de inquietudes clasificatorias informales y laxas respecto de trastornos mentales, sobre las cuales existen penetrantes observaciones como las de Peixoto (1938). Internacionalmente, Stengel (1959) condujo una investigación comisionada por la Organización Mundial de la Salud que documentó una caótica situación en cuanto a clasificación psiquiátrica que sacudió al campo y llevó al desarrollo de métodos sistematizantes como las descripciones fenomenológicas y el uso de criterios definicionales explícitos. Tales métodos eventualmente informaron recientes ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su capítulo sobre trastornos mentales, y facilitaron

el logro de una mejor confiabilidad clasificatoria.

Por otro lado, los esfuerzos por mejorar la validez y utilidad del diagnóstico han tenido un curso complicado y retador. En primer lugar se pueden notar intentos persistentes por entender y describir mejor los trastornos mentales a través del estudio de sus orígenes y desarrollo. Otra línea de trabajo promotora de una mayor validez diagnóstica ha consistido en la contextualización de la formulación diagnóstica prestando atención a factores ambientales y culturales así como a las necesidades y valores de la persona que se presenta buscando ayuda profesional. En este sentido, el diagnóstico esta deviniendo en algo más que la identificación de enfermedades para constituirse en sustantiva base informacional de las acciones de salud (Banzato et al, 2005; Mezzich, 2010).

Dentro del marco abarcativo y evolutivo esbozado arriba se inscribe el proceso del desarrollo de una Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Su construcción se nutre de su raigambre histórica y cultural para llevar a una formulación diag-

nóstica de salud completa consistente con una psiquiatría y medicina centradas en la persona.

### **Raíces históricas de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico**

La aparición del primer manual de diagnóstico y clasificación psiquiátrica de América Latina fue el resultado del proceso de desarrollo y maduración de la cultura y la psiquiatría de nuestra región (Otero y Berganza, 2009; Otero et al, 1996).

El encuentro entre los habitantes autóctonos de nuestra región y aquellos de procedencia europea y la ulterior conquista y vasallaje de los primeros por los segundos, así como el sojuzgamiento de valores culturales sufrido por la población aborigen desde los albores del siglo XVI, propició el establecimiento en nuestras tierras de una compleja matriz cultural. Esto llevó, con la contribución adicional de elementos africanos y asiáticos, a sintetizar nuestro particular mosaico cultural (Otero, 1994; Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2004) y con ello el sentimiento de identidad con lo que José Martí llamara la Patria Grande, fundida en el crisol de un largo proceso de emancipación.

Se inició así un proceso de desarrollo (maduración y consolidación), que en un sentido metafórico, avanza, desde una tutela estrecha en la infancia, a una adolescente rebeldía por obtener un espacio propio, hasta lograr una adultez tratando de integrar todas las ramas del hacer y el saber humanos, que en disciplinas como la psiquiatría y la medicina, sincretizan las contribuciones provenientes de la filosofía, la antropología, la biología, el arte, la sociología, la psicología, la estadística y la pedagogía.

En nuestro campo específico (el diagnóstico psiquiátrico), sobre un terreno de características económicas, políticas y sociales *sui generis* y abonado por los aportes de notables personalidades de las humanidades y las disciplinas científico técnicas afines, colegas entrenados total o parcialmente en variadas y prestigiosas escuelas de la especialidad en el mundo, junto con los formados enteramente en su país de origen han dado lugar, como parte del mestizaje cultural que nos caracteriza (Otero et al, 1996; Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2004) a puntos de vista autóctonos pero informados de avances internacionales para encarar creativamente la salud mental local y hacer aportes significativos a la nosología y diagnóstico clínico universales. Estos esfuerzos latinoamericanos podrían ser ubicados en una etapa de aportes aislados y otra de contribuciones regionalmente integradas.

### **Etapas de contribuciones aisladas**

Esta etapa está marcada por significativos aportes a la nosología psiquiátrica en general, así como a la docencia e investigación y a la elaboración, análisis, aplicación y desarrollo de instrumentos taxonómicos (Berganza, Mezzich, Otero et al, 2001), realizados de manera aislada por grupos independientes en distintos momentos y regiones, entre los cuales, a glosa de ejemplo, podríamos mencionar a Jesús Monjarás, quien en San Luis Potosí, México, aplicara pioneramente el código de Bertillón (Acosta Nodal et al, 1985); Orfelio Martínez, quien realizó en 1946 en La Habana una traducción al español de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) añadiéndole un glosario terminológico (Acosta Nodal et al, 1985); Jose Leme López (1954), quien en

Rio de Janeiro propone, con tres ejes, uno de los primeros esquemas mundiales de diagnóstico multiaxial; y Honorio Delgado (1953) magistral ordenador peruano de la semiología y nosología psiquiátricas.

Dos chilenos, José Horwitz y Juan Marconi (1966), fueron pioneros en señalar la necesidad de un diagnóstico estandarizado y los primeros en el mundo en diseñar en 1963 criterios diagnósticos específicos y explícitos, aplicándolos al alcoholismo (Mezzich, Kleinman et al, 1996). Horacio Fábrega, de ancestro panameño, contribuyó a sentar las bases antropológicas del diagnóstico psiquiátrico (Fábrega, 1996). Efren Ramírez (1989) creó y puso en marcha en San Juan, Puerto Rico un sistema octogonal de diagnóstico y registro psiquiátricos.

### **Etapas de contribuciones regionalmente integradas**

Esta segunda fase, comenzó el 28 de agosto de 1971, cuando el Dr. Eduardo B. Ordaz, entonces director del Hospital Psiquiátrico de la Habana, creara el Comité de Dirección del Primer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-1), y nombrara al profesor Carlos Acosta Nodal como su presidente. En 1975, se publica el GC-1 como la primera anotación al capítulo V de la CIE (específicamente CIE 8) producida en un país con lengua materna no inglesa y la primera producción diagnóstica latinoamericana que integró los esfuerzos de toda una nación (Acosta Nodal et al, 1975).

Le siguieron en 1985 la segunda edición (GC-2) con el mismo equipo de dirección, y en el 2000 la tercera (GC-3) ya de carácter multiaxial, dirigida por un grupo de discípulos del profesor Acosta (Acosta Nodal et al, 1985; Otero, 2002). Estas publicacio-

nes marcaron la capacidad de nuestra región para pasar de simples importadores y adaptadores de sistemas taxonómicos (American Psychiatric Association, 1968; American Psychiatric Association, 1980; Organización Mundial de la Salud, 1992) a contribuyentes y coautores de sistemas internacionales de diagnóstico psiquiátrico (Mezzich et al, 2000, 2005).

Una emergente madurez científica y la necesidad de contar con un instrumento capaz de adecuar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) a nuestra realidad promoviendo al mismo tiempo nuestro patrimonio cultural, crearon las condiciones para la creación por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (tan antigua como la Asociación Mundial de Psiquiatría) de la primera guía de diagnóstico y clasificación en la unidad geográfica, cultural y multinacional que es Latinoamérica.

### **Desarrollo y estructura de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)**

En octubre de 1998, durante la realización del Congreso en La Habana de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), la Sección de Diagnóstico y Clasificación de dicha institución asumió la tarea de dar forma y cuerpo al arriba mencionado proyecto latinoamericano. En reuniones a tal efecto convocadas, en la que participaron unos 60 colegas en representación de la mayoría de las asociaciones miembros de la APAL se aprobó, por consenso, dar inicio a la elaboración de un instrumento de diagnóstico y clasificación de la región (denominado más tarde Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP) como anotación del Capítulo V de la Decima Clasificación Internacional de Enfermedades. Se eligió



a un Comité de Dirección del proyecto integrado por Carlos Berganza (Universidad de San Carlos de Guatemala) (Presidente), Miguel Jorge (Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil), Ángel Otero (Universidad de La Habana, Cuba), y Juan Enrique Mezzich (Mount Sinai School of Medicine, New York University y Universidad Peruana Cayetano Heredia). También cumplieron tareas prominentes Carlos Rojas Malpica (Universidad de Valencia, Venezuela) y Sergio Villaseñor (Universidad de Guadalajara, México).

La preparación de la GLADP fue realizada por un equipo multidisciplinario de más de un centenar de profesionales concernidos con la salud mental, divididos en 17 grupos de trabajo, en los que estaban representadas la casi totalidad de las asociaciones psiquiátricas nacionales miembros de la APAL.

El trabajo incluyó aportes y encuestas particulares que se tradujeron en propuestas que se redondearon, enriquecieron, y aprobaron por consenso en una serie progresiva de actividades, las más significativas de las cuales se esbozan a continuación.

- Seminarios de diagnóstico y clasificación en prácticamente todos los congresos regionales y generales de la APAL acaecidos entre 1998 y 2004.

## Estructura de la GLADP

La GLADP está organizada en términos de 1) marco histórico y cultural, 2) evaluación y formulación diagnósticas y plan de tratamiento, 3) la clasificación CIE-10 de trastornos mentales complementados por Anotaciones Latinoamericanas y síndromes culturales, y 4) apéndices.

El **Marco Histórico y Cultural** de la GLADP

presenta una sinopsis de las raíces históricas de nuestro subcontinente y de su composición étnica. Explora luego la relevancia de este marco para entender los problemas de salud en general y mentales en particular en Latinoamérica.

La **Formulación Diagnóstica Integral** en la GLADP es consistente con el modelo diagnóstico de las Pautas Internacionales de Evaluación Diagnóstica publicado por la Asociación Mundial de Psiquiatría en 2003 (Mezzich, Berganza et al, 2003), ambos habiendo sido desarrollados en interacción mutua. Su esquema basado en dos componentes complementarios se esboza a continuación.

A. Formulación Multiaxial Estandarizada  
Eje I. Trastornos mentales y médico-gerales y problemas relacionados  
*[Otros motivos de contacto con el equipo de salud]*

*Síndromes culturales latinoamericanos]*

Eje II. Discapacidades

Eje III. Factores contextuales

Eje IV. Calidad de vida

B. Formulación Idiográfica Personalizada  
I. Problemas clínicos contextualizados  
II. Factores positivos del paciente  
III. Expectativas sobre restauración y promoción de salud

La **Clasificación de Trastornos Mentales** en la GLADP corresponde plenamente a aquella publicada en la CIE-10 por la Organización Mundial de la Salud. Esta correspondencia abarca la lista de categorías mayores y menores de trastornos mentales y su caracterización básica, incluyendo los Criterios para la Investigación de la CIE-10 que son más redondeados y claros que sus

Pautas Clínicas. Esta sección, la más voluminosa de la GLADP, también incluye las *Anotaciones Latinoamericanas* que acompañan a un sustancial número de trastornos mentales para mejorar su aplicabilidad a las poblaciones latinoamericanas. También está incluido un grupo de *Síndromes Culturales Latinoamericanos* que representan formas particulares de dolencia y de requerir apoyo social.

Los **Apéndices** de la GLADP incluyen un caso clínico ilustrativo utilizando un formato facilitador de su uso, una lista de condiciones físicas prevalentes extraídas de otros capítulos de la CIE-10, un diccionario lexicológico, y una serie de propuestas diagnósticas para sistemas diagnósticos futuros.

### **Actividades de implementación, docencia e investigación con la GLADP**

La difusión y docencia con la GLADP se han visto facilitadas por la distribución de sustanciales números de ejemplares impresos a través de múltiples eventos educativos tras su publicación en 2004. También de gran ayuda ha sido la disponibilidad de la GLADP en las páginas WEB de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) [www.eomm.com.mx/apal2010](http://www.eomm.com.mx/apal2010), Ministerio de Salud Pública de Cuba (INFOMED) [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia\\_latinoamerticana\\_diagn\\_psiq\\_gladp.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamerticana_diagn_psiq_gladp.pdf), Asociación Psiquiátrica Latinoamericana (APAL) [www.apalweb.org](http://www.apalweb.org), *World Psychiatric Association* (WPA) [www.wpanet.org](http://www.wpanet.org), entre otras. Esto ha permitido que muchas sociedades psiquiátricas nacionales y profesionales individuales hayan podido bajarlas sin costo alguno. En línea con esto, se estima que la Clasificación CIE-10 está más disponible a través de la GLADP

que de la edición original de la Organización Mundial de la Salud que se agotó hace mucho tiempo.

Paralelamente a la confección de la Guía y tras su publicación se han desarrollado actividades de docencia, investigación e implementación pertinentes a sus objetivos (Saavedra, 2008; Villaseñor, Mezzich et al, 2006). La GLADP ha sido tema de presentaciones en múltiples foros nacionales e internacionales, incluyendo Congresos Latinoamericanos y Mundiales de Psiquiatría (Yokohama 2002, Cairo 2005, Praga 2008, Buenos Aires 2011) así como publicaciones en prestigiosas revistas y libros de texto internacionales (Berganza, Mezzich, Otero et al, 2001; Mezzich, Otero et al, 2000; Mezzich y Berganza, 2005; Mezzich, Kleinman et al, 1996; Otero, Berganza, 2009; Otero, 1994; Villaseñor, Mezzich et al, 2006).

### **Revisión de la GLADP**

Como consecuencia del trabajo con la GLADP y del contexto internacional en que se ha desarrollado, se hizo evidente que para cumplir a cabalidad con los objetivos trazados no era suficiente producir y publicar la edición original sino revisarla periódicamente. Tres desarrollos delinearon el momento propicio para emprender la revisión de la GLADP.

- El proceso de revisión y renovación que se está conduciendo con los principales manuales usados en nuestra región, a saber la CIE 10 (OMS 1992), DSM IV (APA, 1994), y GC 3 (Otero, Ravelo et al, 2000)).
- La agudización del cuestionamiento crítico al que tradicionalmente ha sido sometido cuanto sistema de ordenamiento taxonómico haya existido, tanto por sus insuficiencias propias (Alonso, 2007; Berganza, 2009), como por sus variadas versiones

regionales en China (Lee, 1996), Cuba (Otero, Ravelo et al, 2000), Estados Unidos de América (*American Psychiatric Association*, 1994; comentada por Acosta Nodal, 1985), Latinoamérica (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2004), o por la rigidez de pretender “que una única vestimenta resulte adecuada para personas de todas las tallas y en todas las regiones y circunstancias del mundo.” (Alonso, 2007; Berganza, 2009; Otero, 2009; Galindo, 2009). No se trata de volver a la situación caótica de clasificaciones aisladas, sino de atender realidades y necesidades locales mediante ordenadas adaptaciones nacionales o regionales de un estándar internacional, tal como ya ocurre con respecto a la totalidad de la CIE-10 a través de versiones nacionales de USA, Canadá, y Australia (Saavedra, Otero y Mezzich, 2010).

- En tercer lugar está uno de los dilemas paradigmáticos más importantes sobre la salud en el momento actual. Debiera la atención a la salud estar focalizada en la enfermedad, que en la práctica frecuentemente reduce al paciente a un portador de trastornos (Heath, 2005), o estar centrada en la totalidad de la persona a través de un paradigma que promueva una psiquiatría (Mezzich, 2007) y una medicina (Mezzich, Snaedal et al, 2010) de la persona (considerando tanto los aspectos mórbidos como los positivos de la salud), *para* la persona (asistiéndole a lograr el cumplimiento de su proyecto vital), *por* la persona (con los clínicos desplegándose como seres humanos científicamente competentes y con elevadas aspiraciones éticas), y *con* la persona (en respetuosa y empoderante relación con la persona que busca atención clínica). En otras palabras, debiéramos prestar atención a la unidad biológica, psicológica, so-

cial y espiritual, con autonomía y dignidad, qué es la persona, ¿o tan solo a su parte enferma? La posibilidad de responder creativamente, científicamente y éticamente a tales dilemas fundamentales se facilita con la disponibilidad de versiones regionales flexibles e innovativas.

### Revisando las bases del diagnóstico

El dilema paradigmático mencionado arriba se proyecta también al diagnóstico, dada la posición crucial de este concepto y actividad en la atención clínica. El historiador y filósofo de la medicina Pedro Laín Entralgo (1982) distingue entre solamente la identificación de enfermedades (diagnóstico nosológico) y el entendimiento de lo que pasa en el cuerpo y la mente de la persona que busca atención clínica (diagnóstico completo). En línea con ello, podemos distinguir los dos siguientes conceptos fundamentales del diagnóstico médico:

1. El *diagnóstico centrado en el trastorno*, que subyace a la mayoría de sistemas diagnósticos actuales (por ej., CIE-10, DSM-IV) y puede tomar en cuenta las influencias que factores individuales y sociales ejercen en la aparición, manifestaciones y curso de las enfermedades, pero que en la práctica les confiere mucho menos importancia que a las características intrínsecas y presumiblemente generalizables de la noxa diagnosticada. Esta aproximación implícitamente excluye de la atención clínica a las acciones de prevención y promoción de salud y sitúa al sujeto tratado como simple portador de un órgano o sistema enfermo al cual queda reducido, lo cual es científicamente limitado y éticamente inaceptable.

2. El *diagnóstico centrado en la persona*, como la orientación paradigmática de la

psiquiatría y la medicina esbozada arriba, involucra un diagnóstico de la persona, para la persona, por la persona y con la persona. Un tal modelo de diagnóstico integral centrado en la persona comenzó su desarrollo a cargo de la Sección de Clasificación de la Asociación Mundial de Psiquiatría en 2005 y en la actualidad lo hace en colaboración con la Asociación Médica Mundial y varias otras organizaciones internacionales de la salud bajo la coordinación del *International College of Person-centered Medicine* (Mezzich, Snaedal et al, 2009; Mezzich, 2012) con el nombre de *Person-centered Integrative Diagnosis* (PID). Este modelo busca describir los aspectos enfermos y positivos de la salud (incluyendo enfermedades, discapacidades y bienestar, la experiencia y valores de la persona evaluada, y los factores de riesgo y protectores significativos) a través de categorías, dimensiones y narrativas articuladas por una alianza diagnóstica entre el paciente, la familia y los clínicos en pos de un entendimiento diagnóstico compartido que lleve a un compromiso compartido también en la atención clínica (Mezzich, Salloum et al, 2010).

### **Objetivos y organización de la Revisión de la GLADP**

La revisión de la GLADP tiene como objetivos principales los siguientes:

1. Mantener y promover las actividades de implementación de la GLADP así como las docentes, editoriales e investigativas relacionadas en interacción con las sociedades psiquiátricas latinoamericanas y sus secciones de diagnóstico, así como con universidades y ministerios de salud de la Región.

2. Contribuir a la revisión de la Clasifica-

ción Internacional de Enfermedades y a su anotación latinoamericana en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otras entidades pertinentes, manteniendo la integridad de nuestra identidad latinoamericana.

3. Promover el Diagnóstico Integral Centrado en la Persona en colaboración con el *International College of Person-centered Medicine* y organizaciones médicas y de salud mental relevantes, incluyendo representantes de pacientes y familiares.

4. Organizar la renovación de la GLADP en términos primero de una Versión Revisada (GLADP-VR) usando los códigos diagnósticos de la CIE-10, y luego de una Segunda Edición de la GLADP (GLADP-2) para 2018 usando los códigos de la futura CIE-11, en colaboración con las sociedades psiquiátricas latinoamericanas y otras interesadas como el Instituto de Psiquiatras de Lengua Española (que le otorga al programa un horizonte iberoamericano).

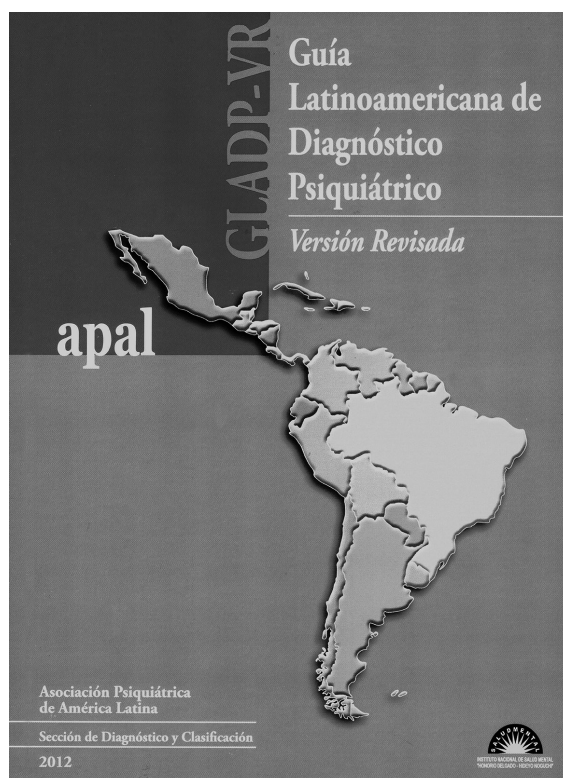
En cuanto a su organización, el Programa de la GLADP ha devenido en una actividad de carácter permanente desde su creación en octubre de 1998 y principal responsabilidad de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Ha sido denominado sucesivamente Programa Presidencial y Programa Prioritario de la APAL y se lleva a cabo en coordinación con sus varias Secciones Científicas.

### **Conclusiones**

El desarrollo del diagnóstico y clasificación psiquiátrica ha experimentado en la región latinoamericana un impresionante proceso de madurez y florecimiento. Entre sus raíces están la gesta ordenadora de

FIGURA 1

Carátula de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR), Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), 2012.



Honorio Delgado (1953), el modelo diagnóstico triaxial propuesto por José Leme Lopes (1954) y el sistema de criterios diagnósticos explícitos publicado como primicia mundial por José Horwitz y Juan Marconi (1966). Los Glosarios Cubanos de Psiquiatría (1975, 1985 y 2000) han representado pioneras adaptaciones de la clasificación internacional de enfermedades mentales a las realidades y necesidades de un país latinoamericano.

Construyendo sobre estos creativos antecedentes, la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) publicó en 2004 la versión inicial de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) como señera contribución a la salud mental de

la región, complementando la CIE-10 con anotaciones nosográficas latinoamericanas y una perspectiva diagnóstica comprehensiva y culturalmente informada. La revisión de la GLADP como Programa Prioritario de la APAL se basa en nuevos desarrollos mundiales y regionales (Saavedra et al, 2010; Mezzich 2010) que apuntan a la necesidad de perfeccionar la clasificación de enfermedades (diagnóstico nosológico) y enriquecerla incorporándola dentro de un modelo diagnóstico centrado en la persona, afirmando su identidad latinoamericana y contribuyendo a la optimización del diagnóstico, la atención clínica y la salud pública (ver Figura 1).

## Referencias bibliográficas

- Acosta Nodal C, et. al.: Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas, 1ra. ed (GC-1). Cuba, Hospital Psiquiátrico de La Habana. 1975.
- Acosta Nodal C. et. al.: Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas, 2da. ed. (GC-2). La Habana, Editorial Científico Técnica, 1985.
- Alonso Alvarez A: Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. Revista Psicología.com 2007. [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com) 16 Mayo 2007.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2a.ed. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1968.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*. 3ª ed. DSM-III. Washington, DC, Autor, 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ta ed. Washington, D. C., American Psychiatric Association, 1994.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL): Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Version Revisada (GLADP-VR). Sección de Diagnóstico y Clasificación, APAL, Lima, 2012
- Asociación Psiquiátrica de América Latina: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación. México, Editorial de la Universidad de Guadalajara, 2004.
- Banzato CEM, Mezzich JE, Berganza CE (eds) *Philosophical and Methodological Foundations of Psychiatric Diagnosis*. Psychopathology, 38, 2005.
- Berganza C: La *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*: Perspectivas educativas y de investigación, en: Memorias del V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A.C. y XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española, 2009.
- Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA, Jorge MR, Villaseñor SJ, Rojas-Malpica C. The Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis: An Overview. *The Psychiatric Clinics of North America*, 2001;24: 433-445.
- Delgado H.: Curso de Psiquiatría. 1ra Edición. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1953.
- Fabrega, H.: Cultural and Historical Foundations of Psychiatric Diagnosis. En: *Culture and Psychiatric Diagnosis*. Mezzich J. et al (eds). Washington D.C., American Psychiatric Press, 1996.
- Galindo Jiménez RE: Ramillete de clasificaciones mentales. En Memorias del V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A.C. y XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española, 2009.
- Heath I: Promotion of disease and corrosion of medicine. *Canadian Family Physician* 2005; 51:1320-22.
- Horwitz J, Marconi J.: El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1966; 60:300-309.
- Lain-Entralgo P. El Diagnóstico Médico: Historia y Teoría. Barcelona, Salvat, 1982.
- Lee S.: Culture in psychiatric nosology: The CCMD-2-R and the International Classification of Mental Disorders. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1996; 20:421-472.
- Leme Lopes J: As Dimensoes do Diagnóstico Psiquiátrico. Rio de Janeiro, Agir, 1954.
- Mezzich JE. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007; 6: 65-67.
- Mezzich JE: New developments on classification and diagnostic systems (Guest Editorial). Cana-

dian Journal of Psychiatry 2010; 55: 689-691.

- Mezzich JE: The construction of person-centered medicine and the launching of an International College. International Journal of Person Centered Medicine 2: 6-10, 2012.

- Mezzich JE, Berganza CE: International Psychiatric Diagnosis: En: Kaplan HI, Sadok BJ, Sadock VA (Eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8<sup>th</sup> Ed. Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins, 2005.

- Mezzich JE, Otero Ojeda, AA, Lee S: International Psychiatric Diagnosis: En: Kaplan HI, Sadok BJ (Eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7<sup>th</sup> Ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 2000.

- Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL: Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective. Washington D.C., American Psychiatric Press, 1996.

- Mezzich JE, Snaedal J, Van Weel C, Heath I: International Network for Person-centered Medicine: Background and first steps. World Medical Journal 2009; 54: 104-107.

- Mezzich JE, Snaedal J, Van Weel C, Heath I. Introduction to Conceptual Explorations on Person-centered Medicine. International Journal of Integrated Care 2010; Vol 10; Jan 29 Supplement.

- Mezzich JE, Berganza CE, von Cranach M, Jorge MR, Kastrup MC, Murthy RS. Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment. British Journal of Psychiatry 2003;182. Suppl. 45.

- Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador L, Kirmayer L, Banzato C, Wallcraft J, Botbol M. Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. Canadian Journal of Psychiatry 2010; 55: 701-708.

- Organización Mundial de la Salud. *Capítulo de Trastornos Mentales de la CIE-10*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1992.

- Otero A. The Cuban Glossaries of Psychiatry: Historical development and present status. Newsletter, WPA Section on Classification, March 1994.

- Otero Ojeda A: Diagnóstico Psiquiátrico: *En Memorias del Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, Mar del Plata, Abril 2009*.

- Otero Ojeda A, Ravelo Pérez V, Calzadilla Fierro L., Echazabal A, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, Acosta Nodal C: Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana. Hospital Psiquiátrico de La Habana, 2000.

- Otero Ojeda A. Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): Key features and contributions. Psychopathology 2002; 35:181-184.

- Otero A, Berganza C. Experience and implications of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis. En: Salloum IM, Mezzich JE (eds) Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects. Chichester, UK, John Wiley & Sons, 2009; 263-271.

- Otero A, Ravelo Pérez V, Calzadilla Fierro L., Echazabal A, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, Acosta Nodal C. Anteproyecto del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de La Habana, La Habana, 1996.

- Peixoto A. Doenças Mentaes, Classificação e Estudo Medico Legal: Definição, Etiopatogenia, Sintomas, Diagnóstico, Aplicações Forenses. In: Medicina Legal (Volume II - Psicopatologia Forense, 5<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1938.

- Raven PH, Berlin B, Breedlove DE. The origins of taxonomy. Science 1971, 174: 1210-1213.

- Ramírez E.: Sistema Octogonal de Diagnóstico Psiquiátrico. Puerto Rico, Dirección de Salud Mental, 1989.

- Saavedra JE. Investigación latinoamericana con la GLADP y sistemas relacionados. Memorias del Congreso de la APAL, Isla Margarita, 2008.

- Saavedra JE, Otero A, Mezzich JE. Hacia una identidad latinoamericana en la nosografía psiquiátrica: Reunión de expertos en Mar del Plata, Abril 2009. Informe Técnico, Sección de Diagnóstico y Clasificación, Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2010.
  - Stengel E. Classification of Mental Disorders. Bulletin of the World Health Organization 21: 601-663, 1959.
  - Temkin O. The history of classification in the medical sciences. In: Katz J, Cole J, Barton W (eds): Classification in Psychiatry and Psychopathology. Washington, DC: Government Printing Office, 1965.
  - Villaseñor S, Mezzich JE, Otero A, et al. Clinical care, educational research and experience with the GLADP. Presentado en el 159º Congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana, Toronto, Canadá, 20 de Mayo de 2006.
-





# LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Jorge Rodríguez

Médico psiquiatra y salubrista. Exjefe de la Unidad de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud.

## Introducción

En América Latina y el Caribe (AL&C) el desarrollo de la atención en salud mental ha debido enfrentar serias limitaciones y dificultades, debido a que no se ha considerado, por lo general, prioritaria en las agendas gubernamentales.

Como respuesta a esta situación, desde 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de conjunto con otras instituciones y actores, gestó la *Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*; a la cual se sumaron, en su momento, la casi totalidad de países del continente americano (1). La Conferencia celebrada en Venezuela, en noviembre de 1990, culminó con la adopción de la *Declaración de Caracas* (2), documento que marcó un hito histórico y ha servido como base para la acción. La *Declaración de Caracas* enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Posteriormente, en 1997 (3) y en el 2001 (4), el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reiteró el apoyo a la citada iniciativa y emitió las respectivas Resoluciones que instaron a los Estados Miembros a priorizar la salud mental e implementar acciones en este

campo. En noviembre del 2005, se celebró la *Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas* (5,6), la cual fue auspiciada por la OPS y el Gobierno de Brasil.

En septiembre del 2009 el Consejo Directivo de la OPS aprobó, con el respaldo unánime de todos los Estados del continente, una *Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental* (7) para las Américas. Esto significó otro hito histórico de gran relevancia pues por primera vez se logra en la Región un consenso político que reconoce la necesidad y prioridad de atender la salud mental y ofrece un modelo para la acción, el cual en gran medida es consecuencia de las propias experiencias alcanzadas en el continente.

En octubre del 2010 se desarrolló en Panamá la *Conferencia Regional de Salud Mental: 20 años después de Caracas* (8). El evento constituyó otro momento importante que permitió reflexionar sobre lo ocurrido en esos dos decenios, así como dar una mirada hacia el futuro enmarcado en la implementación de la nueva *Estrategia Regional*.

Es indudable que si evaluamos en una dimensión histórica la evolución de los planes y servicios de salud mental en América Latina y el Caribe, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas,

se pueden observar avance notables en la mayoría de los países. No obstante, aún existe un largo trecho por recorrer.

**Carga y prevalencia de los trastornos mentales**

Los estudios epidemiológicos, a nivel global, han estimado que las tasas de prevalencia en el curso de la vida de los trastornos mentales en adultos oscilan entre 12,2 y 48,6 % y que las tasas de prevalencia de 12 meses están en el rango de 8,4 a 29,1 % [9]. En América Latina y el Caribe, al igual que en muchos países desarrollados, se puede observar que el progreso económico, las transformaciones sociales y el aumento de la longevidad, han estado acompañados de un aumento en la problemática psicosocial.

Un grupo de trabajo de la OPS realizó una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes sobre los trastornos mentales, realizados en América Latina y el Caribe, durante los últimos 20 años [10]. Estos estudios, en su conjunto, permiten

tener una apreciación de la frecuencia de los trastornos mentales en la Región.

Las investigaciones revelan claramente las brechas de tratamiento, es decir, la proporción de personas con trastornos mentales que requerían tratamiento y no lo recibieron. Por ejemplo, más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, ya sea en un servicio especializado o en uno de tipo general durante el año precedente [10]. La brecha de tratamiento es uno de los grandes desafíos que enfrenta AL&C.

En la tabla que se muestra a continuación podemos observar los datos de prevalencia y brecha de tratamiento (media) en la recopilación de estudios mencionados anteriormente.

*Prevalencia media y brechas de tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos) (12 meses)	Brechas de tratamiento (%)
Psicosis no afectivas	1,0	37,4
Depresión mayor	4,9	58,9
Distimia	1,7	58,8
Trastorno bipolar	0,8	64,0
Trastorno de ansiedad	3,4	63,1
Trastorno de pánico	1,0	52,9
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4	59,9
Uso nocivo o dependencia de alcohol	5,7	71,4

Fuente: Rodríguez, J., Kohn R, Aguilar, S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica No. 632 / OPS. Washington, DC, 2009.

Resulta evidente que la carga representada por las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa. En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el 2004 esa carga había ascendido a 22 % [7, 10, 11]<sup>1</sup>.

En conclusión, la carga y la prevalencia de los trastornos mentales son elevadas, sin embargo, solo una minoría de las personas que requieren atención la reciben; no obstante el sufrimiento que estas enfermedades producen, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y la comunidad. A esta situación debe agregarse el hecho de que los trastornos mentales afectan en mayor grado a los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos.

También existen necesidades psicosociales especialmente altas en los grupos con mayor vulnerabilidad, como las poblaciones viviendo en condiciones de pobreza y los que han sido víctimas de conflictos armados, violencia política o han sufrido desplazamientos. En muchos países, la violencia política y las guerras civiles han provocado muertes, heridas y mutilaciones, pero también han contribuido al desplazamiento de grupos poblacionales y al incremento de los refugiados; así mismo han profundizado la pobreza y el sufrimiento de la población. No cabe duda que, aunque menos visibles que las heridas de bala, los efectos psicosociales pueden tener un impacto profundo

en la vida de las personas [11,12,13].

## **Políticas, planes y servicios de salud mental**

### **Políticas y planes**

En la Región de las Américas, el 66 % de los países tienen Programas Nacionales de Salud Mental, de los cuales el 71 % fue revisado y aprobado después del 2005 [14]; esto es un avance notable que se ha logrado en los últimos 20 años; sin embargo, el gran desafío ahora es la implementación efectiva de estos programas, así como lograr una elevada y equitativa cobertura.

El 56.3 % de los países reportan que disponen de una legislación relativa a la salud mental [14]; pero en un análisis detallado aún se observan algunas leyes o disposiciones obsoletas, fragmentadas e incompletas que requieren ser reformuladas y adecuadas a los actuales estándares y normas internacionales.

### **Los servicios de salud mental**

La OPS ha venido trabajando de conjunto con la OMS, desde 2005, en la evaluación de los sistemas de salud mental en Latinoamérica y el Caribe usando la metodología - conocida por su siglas en inglés - como WHO-AIMS (*Assessment Instrument for Mental Health Systems*) [15]. Así mismo, disponemos del Informe Atlas/OMS del 2011 [14] el cual constituye una fuente de información relevante sobre recursos, programas y servicios.

En América Latina y el Caribe, en general, aún subsisten muchos problemas en los servicios de salud mental que tienen

1. El estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD por sus siglas en inglés) desarrolló un indicador para cuantificar la carga de morbilidad: los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Se trata de una medida de la pérdida de salud que combina la información relativa al impacto de la muerte prematura y la relativa a la discapacidad y a otros problemas de salud no mortales. Un AVAD puede concebirse como un año de vida "sana" perdido, y la carga de morbilidad, como una medida del desfase entre el estado de salud actual y una situación ideal en la que todas las personas viven hasta la ancianidad sin ningún tipo de enfermedad o discapacidad [15].

una estructura que no se corresponde con las necesidades y un enfoque que continúa siendo básicamente de atención al daño. Por lo general se dispone de grandes hospitales psiquiátricos ubicados en la capital y/o las ciudades más importantes, que funcionan con modelos institucionales de tipo asilar y que absorben la mayoría de los recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental.

Son pocos aún los servicios de psiquiatría en hospitales generales. El índice de camas psiquiátricas por 10.000 habitantes en la Región se sitúa en una mediana de 2,6, un poco por debajo del índice global que es 3.2; sin embargo, el 45 % de esas camas están ubicadas en hospitales psiquiátricos, 22 % en hospitales generales y 33 % en servicios residenciales (14). El porcentaje de camas psiquiátricas ubicadas en hospitales psiquiátricos es un indicador del grado de predominio aún de un modelo de atención de tipo hospitalario-asilar. El número de psiquiatras por 100.000 habitantes variaba ampliamente en los países con una mediana de 1.57; este índice es ligeramente superior a la mediana global que es 1,27 (14).

De igual manera aún son muy pocos y limitados los dispositivos de hospitalización parcial (especialmente centros diurnos) y los servicios residenciales comunitarios; estos últimos se concentran en el sector privado, en muchos países, y se dedican especialmente a personas con problemas de abuso de sustancias, ancianos con trastornos mentales y personas con discapacidad intelectual.

La participación de la Atención Primaria (APS) en la oferta de servicios de salud mental es muy limitada. Por otra parte, en ocasiones, los servicios psiquiátricos se

trasladan al nivel comunitario de forma vertical sin relación alguna con la Red de Atención Primaria. Algunos países han desarrollado experiencias innovadoras con dispositivos comunitarios de salud mental (por ejemplo, los Centros Comunitarios de Salud Mental en Cuba y Chile, así como los Centros de Atención Psicosocial en Nicaragua y Brasil).

La disponibilidad de servicios de salud mental para poblaciones específicas (niños, niñas, adolescentes y ancianos) es deficitaria en muchos países. También es evidente que los servicios públicos de salud mental no están suficientemente preparados para desarrollar modalidades efectivas de atención a problemas emergentes, epidemiológicamente significativos, como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar y los problemas psicosociales en poblaciones vulnerables.

La participación e integración de la Medicina Tradicional en la oferta de Servicios Psiquiátricos es pobre; sin embargo, se realizan esfuerzos localizados en algunos países que requieren de difusión y en algunos casos de una adecuada validación.

La evaluación de los sistemas de salud en algunos países latinoamericanos - desarrollada según la metodología de la Organización Mundial de la Salud (WHO AIMS) (16) - evidenció un grupo de problemas comunes entre los que se destacan los siguientes:

- El acceso a los servicios de salud mental es limitado y el personal de Atención Primaria no está bien capacitado para manejar exitosamente los problemas que deben enfrentar.
- La mayor parte de las camas siguen concentradas en los hospitales psiquiátricos; y el índice ocupacional de estas instituciones

es alto a expensas, fundamentalmente, de casos severos de larga evolución.

- No se utiliza personal no médico para proveer asistencia en salud mental, aún en aquellas áreas donde no hay disponibilidad de médicos (en contraposición con los resultados alentadores que se han logrado en este sentido en algunos países del Caribe Inglés).

- La disponibilidad de medicación psiquiátrica en el Sector Público se concentra, básicamente, en los Hospitales Psiquiátricos. Los servicios ambulatorios y de Atención Primaria no disponen de medicamentos o estos se venden en las farmacias, donde la mayoría de la población no los puede adquirir por su alto costo.

- Los tipos de tratamientos disponibles y más usados en el Sector Público son los psicofarmacológicos. La oferta de modalidades de psicoterapia es escasa.

### **Brecha financiera**

A pesar de la magnitud de la carga que significan los trastornos mentales, la resultante es una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutive insuficiente de los servicios que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento a los trastornos mentales. De tal manera se puede hablar, también, de una importante brecha en términos financieros y de recursos. En los países de América Latina y el Caribe, como se señaló, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22 % de la carga global de enfermedad, sin embargo, el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental se ha estimado en una mediana inferior al 2,0 % (14).

Por ejemplo, en los países centroamericanos y República Dominicana se identificaron algunos problemas comunes rela-

cionados con el financiamiento (16,17):

- Por lo general, no se conoce con exactitud el dato sobre los recursos financieros que se dedican a la salud mental. La evaluación estimó que el gasto en salud mental es aproximadamente el 1.6 % del presupuesto nacional de salud.

- La estructura del gasto no está acorde con las prioridades y proyecciones definidas en las políticas y planes nacionales de salud mental, pues 76 % del gasto en salud mental va a los hospitales psiquiátricos.

- Para las personas pobres o con bajos niveles de ingreso, que tienen que pagar los medicamentos psicotrópicos, estos resultan prácticamente inaccesibles. Por ejemplo, la proporción del salario mínimo diario que dedicaría un usuario a la compra de la dosis diaria necesaria de un antipsicótico y de un antidepresivo en El Salvador, correspondería aproximadamente a 46 % y 28 %, respectivamente; en Guatemala sería de 29 % y 17 %, y en Nicaragua de 5 % y 4 %.

En sentido general el principal proveedor y financiador de los servicios de salud mental son los Ministerios de Salud, aunque la oferta, en muchas ocasiones, no resulta adecuada y la cobertura es insuficiente. Le sigue en orden de importancia a las instituciones del Seguro Social, pero solo en algunos países su cobertura es alta; dado los elevados niveles de pobreza existentes, solo una pequeña fracción de la población puede acceder a servicios privados mediante pago directo o aseguradoras.

### **Los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en el contexto de los servicios (7)**

La aplicación de los instrumentos de derechos humanos en el marco de los servicios de salud mental es todavía limitada en la Región, por lo que resulta importante

que la formulación e implementación de políticas, planes y legislaciones de salud mental estén en conformidad con las convenciones, declaraciones y recomendaciones interamericanas y de las Naciones Unidas

La existencia de obstáculos relacionados con el acceso de las personas con discapacidad mental a los servicios de salud, las restricciones en su libertad personal, la falta de oportunidades laborales, la exclusión en los sistemas educativos, la participación en estudios médicos sin su consentimiento informado y las deficientes condiciones de vida en instituciones psiquiátricas perjudican su salud física y mental e impiden el disfrute de sus derechos humanos básicos.

Los problemas más serios de violaciones de los derechos humanos, en el contexto de los servicios de salud, se continúan observando en los hospitales psiquiátricos (7). Se pueden citar: a) la deficientes condiciones de vida en estas instituciones; b) ingresos involuntarios de pacientes sin regulaciones; c) poco control sobre la aplicación de medidas de restricción física o aislamiento de pacientes; d) problemas con el internamiento bajo orden judicial de personas con supuestos trastornos mentales que han cometido actos delictivos o criminales.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado el *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*, el cual constituye una valiosa herramienta de apoyo a los profesionales e instituciones interesados en trabajar el tema (18).

### **Bases para la acción**

Existen algunos documentos programáticos importantes que pueden ayudar a los países para impulsar la reestructuración

de los servicios de salud mental. Son antecedentes históricos muy valiosos: la Declaración de Caracas (1990), las Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS/OMS (1997 y 2001); el Informe Mundial de Salud (2001) y los Principios de Brasilia (2005).

Las 10 recomendaciones del *Informe Mundial sobre la Salud: salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (OMS, 2001) (19) continúan siendo una herramienta útil para la planificación y establecimiento de prioridades:

1. Dispensar tratamiento en la Atención Primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar asistencia en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar los recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó, en octubre del 2008, el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP*, por sus siglas en inglés) (9). Este programa ofrece un conjunto claro y coherente de actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

El instrumento actual (político y técnico) más importante que debe servir como plataforma y marco de referencia para los países en AL&C es la *Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental* (adoptado por el

Consejo Directivo de la OPS en el 2009) [7]. La *Estrategia* define 5 áreas esenciales de trabajo:

1. Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental
2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, con énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez
3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones
4. Fortalecimiento de los recursos humanos
5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental

En la Conferencia Regional de Salud Mental (Panamá, 2011) se destacó que existen experiencias exitosas en algunos países latinoamericanos y caribeños, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil con una reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y el Programa Nacional de Salud Mental en Chile que impulsa la integración de la salud mental dentro de las redes de servicios de salud pública. Muchos otros ejemplos pueden citarse como el desarrollo de Centros Comunitarios de Salud Mental y servicios infantojuveniles en Cuba; los servicios ambulatorios de salud mental basados en la utilización de enfermeras calificadas en Belice; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá [20].

El Consenso de Panamá [8] señaló los nuevos desafíos que se han hecho más evidentes en estas últimas dos décadas y demandan respuestas apropiadas del Sector Salud. Esta declaración final de la reunión de Panamá llama a los gobiernos y demás actores nacionales a:

- Impulsar la implementación de la *Estrategia y Plan de Acción Regional en Salud Mental* mediante un proceso que debe adaptarse a las condiciones particulares de los países.
- Fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década.
- Reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.
- Identificar en los escenarios nacionales los desafíos actuales y emergentes que demandan una respuesta apropiada por los servicios de salud mental, en especial la problemática psicosocial de la niñez, adolescencia, las mujeres, así como de grupos poblacionales en situaciones especiales y de vulnerabilidad.

- Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr una equitativa y apropiada distribución de estos, de manera que exista correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y el bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países.

El Consenso de Panamá expresa, como compromiso final, que esta será “La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”.

## Conclusiones

A continuación resumimos algunas de las prioridades más relevantes, para el de-



sarrollo de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe:

- Continuar trabajando en la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas ante los trastornos mentales por parte de decisores, gerentes y el personal de salud, que continúan - en muchos casos - contribuyendo a perpetuar el estigma alrededor de la enfermedad mental.

- Las políticas y planes de salud mental deben implementarse de manera efectiva y a escala nacional.

- Avanzar hacia el cierre o reducción de camas en los grandes hospitales psiquiátricos, así como la apertura y/o fortalecimiento de pequeñas unidades de salud mental en hospitales generales. Los hospitales psiquiátricos, que continúen activos, deberán probablemente reducir su tamaño y modificar sustancialmente su modelo funcional, sustituyendo servicios obsoletos e introduciendo nuevas unidades de intervención en crisis y emergencias, hospitalización parcial, así como planes de rehabilitación psicosocial vinculados a la comunidad, etc.

- Descentralizar y fortalecer los Servicios de Salud Mental ambulatorios vinculándolos a la Atención Primaria en Salud.

- En las necesidades actuales y futuras debe considerarse la longevidad y un mayor número de personas que entrarán en edades de riesgo, así como la extensión del campo de competencias de la Salud Mental.

- Atención priorizada a la población infantil utilizando, especialmente, la Escuela como estrategia de abordaje.

- Mejorar la producción, análisis y uso de la información en salud mental.

- Fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales, en especial entre los ministerios de salud (sector público) y organizaciones no gubernamentales, organizaciones de usuarios y familiares, así como asociaciones profesionales, lo que permitirá una mejor implementación y evaluación de los planes de salud mental.

Es indudable que la salud mental ha venido escalando posiciones en la agenda de los gobiernos y la sociedad de los países latinoamericanos y caribeños, hay experiencias locales y nacionales exitosas, se han desarrollado las asociaciones de usuarios y familiares e incrementado la lucha por la defensa de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales; también en el campo científico se han abierto posibilidades cada vez mayores de intervenciones eficientes.

El futuro hoy es mucho más promisorio, los objetivos y caminos están claros, ahora es necesario fortalecer la implementación real de las políticas y planes que permita responder a la elevada carga que significan los trastornos mentales. La OPS/OMS como agencia internacional también adecúa sus estrategias de cooperación acorde a las nuevas realidades y necesidades.

---

### Referencias bibliográficas

1. González, R., Levav, I. (Ed.) Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Publicado por la OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington, DC, 1991.
2. OPS (1990). Declaración de Caracas. Disponible ent: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf)
3. OPS/OMS. Resolución del Consejo Directivo de la OPS/OMS (CD40/R15). Washington, USA, 1997.

<http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/25283.pdf>

4. OPS/OMS. Resolución del Consejo Directivo de la OPS/OMS (CD43/R10). Washington, USA, 2001. [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43\\_15-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_15-s.pdf)

5. Rodríguez, J., González, R. (Ed.) La Reforma de la Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publicado en CD por la OPS/OMS. Washington, DC, 2007. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf>

6. OPS/OMS. Principios de Brasilia. Editado en Washington, DC, 2006. [http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=275&Itemid](http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=275&Itemid)

7. OPS. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Resolución CD49.17. 490 Consejo Directivo. Washington, D.C., EUA, 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)

8. OPS. Consenso de Panamá. Panamá (2010). Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>

9. World Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. WHO. Geneva, 2008. [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap\\_final\\_english.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf)

10. Rodríguez, J.; Kohn, R. & Aguilar-Gaxiola, S (Eds.) (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en America Latina y el Caribe*. Publicación Científica y Técnica No. 632 / OPS. Washington, DC.

11. OPS/OMS. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 622. OPS/OMS, Washington, D.C., 2007.

12. Rodríguez, J., Bergonzoli, G. Levav I. Violencia política y Salud Mental en Guatemala. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 48(1-4):43-49. Buenos Aires, Argentina, 2002.

13. Rodríguez, J. et al. Recuperando la esperanza. Editado por el Ministerio de Salud Pública y la Representación de la OPS/OMS en Guatemala, 1998.

14. World Health Organization. Mental Health Atlas-2011. Geneva. WHO, 2011. [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html)

15. World Health Organization. Assessment Instrument for Mental Health Systems. WHO AIMS Version 2.2. WHO, Geneva, 2005. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/AIMS\\_WHO\\_2\\_2.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf)

16. OPS. Evaluación de los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, DC, 2010 [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=445%3Awho-aims-general-information&catid=1169%3Ade-mental-health-technical-documents-&Itemid=1106&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=445%3Awho-aims-general-information&catid=1169%3Ade-mental-health-technical-documents-&Itemid=1106&lang=es)

17. Rodríguez J., Barret T., Narvaez S., Caldas, J.M., Levav I. y Saxena S. Sistemas de Salud Mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO AIMS. Rev. Panam. Salud Pública. 2007;22(5):348-57. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n5/a08v22n5.pdf>

18. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS. Ginebra, 2006 [http://www.who.int/mental\\_health/policy/essentialpackage2/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage2/en/index.html)

19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS, 2001. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)

20. Caldas de Almeida, J. M. and Cohen, A. Innovative Mental Health Programs in Latin America and the Caribbean. Published by PAHO, Washington, DC, 2008. [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=193&Itemid=247&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=193&Itemid=247&lang=es)



# EDUCACIÓN PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA

Roger Montenegro<sup>1</sup>, César Mella<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina,

<sup>2</sup>Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, República Dominicana

## Introducción y breve historia

Con una población de más de 600 millones de habitantes, fuertemente concentrada en áreas urbanas (80 %), América Latina cuenta con alrededor de 30.000 médicos trabajando en los diferentes ámbitos en que se despliegan las prácticas psiquiátricas.

Este importante número de profesionales ha recibido una heterogénea formación, vinculada a los aportes de la psiquiatría europea, en especial en el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX.

Cabe recalcar el interés generado por las concepciones de la psiquiatría y la psicopatología alemana, francesa y, en parte, de la psiquiatría española, favorecida esta última por el común idioma y una estrecha afinidad cultural.

Una influencia más reciente (segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días) proviene de la psiquiatría angloamericana. Resulta útil destacar el interés despertado por las propuestas del movimiento antipsiquiátrico italiano que, desde fines de los 60 y durante los 70 y los 80, tuvo en América Latina una especial caja de resonancia.

La región resultó un campo fértil para la asimilación y transformación de estas ricas contribuciones clínicas, psicopatológicas, filosóficas, terapéuticas, institucionales y operacionales. Se trabajó y se trabaja con los aportes de la neurobiología y las neuro-

ciencias, la psicofarmacología, el psicoanálisis, la psiquiatría dinámica y sociocomunitaria, así como en interdisciplina, no solo con las otras profesiones del amplio campo de la Salud Mental, sino también interjurisdiccionalmente con las áreas de educación, justicia y legislación, política, economía, derechos humanos y desarrollo social, con marcada preocupación por los aspectos éticos de nuestra práctica profesional.

Se trabajó proactivamente a favor del cumplimiento de las recomendaciones de reforma de la psiquiatría, en línea con la Declaración de Caracas (1990), así como con los principios de la Psiquiatría y la Medicina centradas en la Persona <[www.personcenteredmedicine.org](http://www.personcenteredmedicine.org)>. Esta última iniciativa comenzó con el Programa Presidencial de la WPA 2005-2008 sobre Psiquiatría Centrada en la Persona (Mezzich 2007), en constante crecimiento a partir de las Conferencias de Ginebra que se celebran anualmente desde 2008 hasta nuestros días (Mezzich, Snaedal, Van Weel, Heath 2009), y que devino luego en la creación del Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona (ICPCM) (Mezzich 2012).

## La enseñanza de la psiquiatría

La psiquiatría latinoamericana, como se aprecia, es el producto de múltiples entrecruzamientos y confluencias que, en gran

parte, explican el dinamismo de una muy rica producción con fuerte identidad regional.

La enseñanza de la psiquiatría se instauró oficialmente, por primera vez, en el plan de estudios de escuelas médicas latinoamericanas solo a fines del siglo XIX y casi simultáneamente en México, Buenos Aires y Río de Janeiro (León, 1972). La labor pionera de muchos médicos y de los primeros psiquiatras con adiestramiento especial en América Latina data únicamente de la tercera década del siglo XX (Alarcón, 1990).

En los últimos años, las antinomias que caracterizaron su desarrollo en la región han dado lugar a una progresiva tendencia a la integración de conocimientos y acciones que se refleja en el contenido y las metodologías de los programas de formación psiquiátrica.

Se entiende, cada vez más, que la educación en temas de la especialidad incluye diferentes niveles que se complementan, a saber:

- La educación psiquiátrica de grado en el ámbito de las facultades (escuelas) de medicina (y de otras profesiones de la salud mental).
- La formación de psiquiatras y la Educación Médica Continua (EMC).
- La educación de posgrado para médicos de otras especialidades, así como para otros profesionales de la salud mental.
- La educación pública.

Para la educación en psiquiatría fue decisiva la contribución de universidades y hospitales públicos, así como de las áreas de salud mental de las organizaciones gubernamentales, nacionales e internacionales. Merecen especial reconocimiento los aportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

### **Educación de grado en psiquiatría**

Las reuniones y conferencias sobre edu-

cación médica han sostenido como un mandato global la reforma de la educación en este campo. Los cambios sociales, políticos, económicos y dirigenciales mundiales están impactando en mayor medida en las escuelas de medicina.

El Proyecto Global Curricular de la Federación Mundial para la Educación Médica instituyó un proyecto designando seis áreas en las cuales la promoción de la salud es totalmente importante: salud pública, medicina general, pediatría, otorrinolaringología, psiquiatría y neurología, por lo que las especialidades deberían redefinir sus currículos enteros. Las modificaciones en los requerimientos de enseñanza-aprendizaje, en nuestro caso particular de psiquiatría, son imprescindibles para arribar a un consenso actualizado en la educación del futuro médico.

Por ello, es de sumo interés tener presente, para el desarrollo curricular en las escuelas de medicina, el *Core Curriculum* (*World Psychiatric Association*, 1999), en donde se ponen de relieve premisas y acciones que se deben tener en cuenta para la elaboración y planificación del dictado de la Unidad Didáctica de la especialidad, acorde con las necesidades actuales de la evolución de la medicina, el entorno medioambiental y las acciones por emprender para producir el resultado esperado en el futuro médico.

Por ello la importancia de debatir, en nuestra región, la conformación del currículo de la asignatura, su ubicación en el plan curricular de la carrera de medicina y la posibilidad de generar conductas en los estudiantes que permitan la integración de los conocimientos de psiquiatría dentro del contexto general de sus estudios. Esto permitiría desestigmatizar a la psiquiatría como una especialidad "especial", para pasar a integrar un sector estructural del saber médico.

El núcleo de esta enseñanza está centrado en la identificación y tratamiento de las enfermedades y discapacidades mentales como, también, en enfatizar acerca de la prevención y promoción de la salud mental. Por ello la Sección de Enseñanza de Psiquiatría organizó un taller de discusión sobre la "Enseñanza de Psiquiatría a los alumnos de Medicina", con el fin de elaborar pautas iniciales de acercamiento, trabajar un consenso y permitirnos, paulatinamente, edificar un espacio de identidad regional en los distintos ámbitos educacionales de América Latina (Declaración de Lima, 2000).

### **Qué enseñar**

Filosofía. Fundamentos.

1. Realizar un planteo integrador de los aspectos bio-psico-sociales del ser humano en el dictado de la asignatura.

2. Sostenerlo en la comprensión del sufrimiento humano, enfatizando el desarrollo integral de la persona y la promoción de la prevención y la calidad de vida.

3. Valorizar la relación médico paciente.

4. Enseñar a resolver los problemas prevalentes de salud mental en atención primaria.

5. Señalar la importancia del psiquiatra como efector de modelaje en el mundo de la medicina.

6. Utilizar el conocimiento de la materia como elemento de prevención de las probables alteraciones de salud del médico, consecuencia del ejercicio profesional.

7. Reconocer la importancia de la prevención de los desórdenes psiquiátricos y de la promoción de la salud mental.

### **Contenidos**

Nivel I

a) Enfatizar la importancia de la integración de los aspectos bio-psico-sociales en medicina.

b) Señalar los problemas fundamentales por los que puede transitar el ser humano, tales como: crisis vitales, el dolor, las pérdidas, la incapacidad y la muerte.

c) Respetar a los pacientes y entender sus sentimientos.

d) Promover el conocimiento de los aspectos biológicos: neurobiología de la actividad mental.

e) Reconocer los aspectos psicológicos: teoría del aprendizaje, aspectos psicodinámicos y ciclo vital

f) Impulsar el conocimiento de los aspectos sociales: la familia, grupos de apoyo, redes sociales, problemas socioeconómicos: pobreza, violencia, desnutrición, etc.

g) Comprender el sufrimiento humano.

h) Enfatizar los conocimientos acerca de la relación médico paciente.

Nivel II

a) Desarrollar las habilidades y destrezas del futuro médico para la exploración integral del paciente, observándolo desde la totalidad, evitando el solitario espacio del órgano.

b) La entrevista médica.

c) Historia clínica integral: aspectos biográficos y patográficos, historia familiar, examen mental, conocimiento del entorno, reporte verbal o escrito a: colegas médicos, no profesionales (incluyendo allegados al paciente) y compañías no médicas implicadas en el cuidado de pacientes .

Nivel III

a) Enseñar los síndromes y situaciones vivenciales, basados en los datos epidemiológicos de la región o el país, la prevalencia de dichos cuadros y la incidencia de la salud mental en la economía.

b) En la adquisición de conocimientos, incluir la detección y diagnóstico, prevención, manejo (qué pacientes puede tratar sin necesidad de referir al especialista y conocer cómo realizarlo, en lugares con y sin equipo

de salud mental, qué pacientes referir y saber cómo hacerlo).

c) Síndromes específicos:

- Depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos cognitivos, delirium.
- Dependencia al alcohol y otras sustancias.
- Psicosis.
- Trastornos del sueño y la alimentación.
- Trastornos de la sexualidad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos de la personalidad.
- Suicidio. Violencia.
- Trastornos de la infancia, adolescencia y retraso mental.

### ***Dónde enseñar***

La enseñanza de la psiquiatría en el pregrado deberá diseñarse para procurar ser efectivizada en ámbitos que comprendan los hospitales generales y los centros de salud, y en los temas específicos recurrir a los hospitales neuropsiquiátricos. Esto permitirá una modalidad de aprendizaje práctico, con la posibilidad de realizar entrevistas a pacientes, efectuar presunciones diagnósticas, diagnósticos diferenciales, pronóstico y tratamientos.

Podrá así facilitarse la observación del comportamiento del paciente, de la familia y del colega ante los síntomas psiquiátricos: la queja somática, el dolor, la pérdida, la agonía, las situaciones vivenciales producidos de la realidad social (violaciones, agresión, delitos, entre otros) y los cuadros de conversión, que son frecuentes en la atención primaria de los hospitales polivalentes.

Contribuirá además al desarrollo de las habilidades del docente como facilitador del aprendizaje más que como transmisor de conocimientos y, al concurrir a estos lugares asistenciales, con la premisa de actuar con otras disciplinas, tanto a nivel vertical

como horizontal.

Generará la posibilidad práctica para el alumno de observar el trabajo interdisciplinario en pacientes, tanto internados como externados, con las Unidades de Terapia Intensiva.

Facilitará la integración de los psiquiatras con los Comités de Docencia e Investigación de los hospitales y contribuirá a la investigación científica en la etiología y tratamientos psiquiátricos.

### **Relaciones con otras unidades de enseñanza de medicina**

La integración curricular, tanto vertical como horizontal, con otras unidades de la escuela de medicina permitirá evitar la superposición de temas y ampliar el espectro de enseñanza, por ejemplo:

- En anatomía y regiones del sistema nervioso central (SNC) alteradas, observación de imágenes en afecciones mentales, como la esquizofrenia.
- En fisiología, colaborar con la integración del conocimiento funcional del SNC, como en los trastornos por ansiedad.
- En especialidades como en la dermatología, lugar de manifestación de cuadros como ansiedad.
- En ginecología, las modificaciones del comportamiento femenino en las distintas etapas de la vida, la depresión premenstrual.
- En medicina legal, en la integración de la enseñanza de los cuadros de violencia (individual, social, familiar), violación, derechos humanos.
- En clínica, con todas las alteraciones que puedan ser originadas en el aparato psíquico y con repercusión sintomatológica médica general.
- Agregar todas aquellas otras asignaturas que puedan compartir con la enseñanza de psiquiatría.

Permitirá también realizar investigación conjunta con otras unidades de las escuelas de medicina, intervenir en el proceso de enseñanza de semiología general, promover la realización de actividades académicas bidireccionales con otras asignaturas, capacitar a los estudiantes para la detección de patologías psiquiátricas y desarrollar la idea de conducta terapéutica por parte del médico.

### **Evaluación**

- Evaluar la capacidad del alumno para reconocer que la psiquiatría es una rama de la medicina interna y parte de la carrera para ser médico.
- Utilizar métodos que permitan evaluar las respuestas, dirigidos a reconocer los síntomas, signos y síndromes psiquiátricos.
- Procurar que la evaluación se realice en forma tanto teórica como práctica.
- Realizar la evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes.

### **La formación de posgrado en psiquiatría**

A partir de los 90 y, sin duda, vinculado a los problemas causados por las políticas de ajuste fiscal y la crisis de recursos en toda la región, se desarrolla una función complementaria que, en el plano de la educación, comienzan a desplegar las asociaciones psiquiátricas nacionales y la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Estas asociaciones profesionales siguieron el modelo de aquellas de países desarrollados, en especial el del *Royal College of Psychiatrists* y el de la *American Psychiatric Association*, así como las iniciativas y propuestas educacionales de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) (*World Psychiatric Association*, 1999; López Ibor et al., 2000).

En realidad, no hicieron otra cosa que responder a la demanda de los profesionales de ser formados y/o actualizados en los temas vinculados a la especialidad, a través

de programas de alto nivel de calidad científico-técnica y ético-humanística. Estas iniciativas de creación de áreas educacionales por parte de las asociaciones profesionales favorecen, a su vez, una mejor reproducción y legitimación de las mismas (Montenegro, 1996).

Resulta auspicioso constatar el enorme dinamismo de todo lo anterior en una región que cuenta con un número elevado de profesionales participando en las multifacéticas producciones de 22 sociedades nacionales de psiquiatría. Éstas pertenecen a la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y a la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). Producen numerosas publicaciones periódicas, con abundante material educacional, y no menos congresos nacionales e internacionales, de gran interés y nivel de participación de profesionales de la región y otras latitudes.

En estos congresos se realizan importantes actividades de educación médica continuada y, asimismo, encuentros institucionales en los que se discuten actividades y programas educacionales, y aspectos relativos a la acreditación de programas y a los procesos de certificación y recertificación.

Los programas de especialización y educación médica en psiquiatría y los procesos de acreditación, certificación y recertificación.

En años recientes, y siguiendo el modelo del *American Board of Psychiatry and Neurology*, así como la experiencia del *Royal College of Psychiatrists*, se crea el Consejo Mexicano de Psiquiatría, "...cuya principal función es la de extender certificados de especialistas a aquellos profesionales de la psiquiatría que en forma voluntaria así lo soliciten". Fue fundado en Ciudad de México el 8 de junio de 1972, por iniciativa de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, que alberga a la mayoría de los especialistas del país,



y con la participación de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica y el aval de la Academia Nacional de Medicina. Es decir, fueron las principales sociedades las que fomentaron precisamente la formación del Consejo como tal (Vásquez, 1999).

Por otra parte, desde 1994 se establecieron las bases para la recertificación en psiquiatría, como una forma de verificar que el especialista continúe su proceso de actualización. El procedimiento no comprende la presentación de un nuevo examen, sino que está basado en un sistema de puntaje durante un período de cinco años, pasados los cuales es necesario volver a enviar los puntos recolectados a través de dicho lapso de tiempo. Esto es importante, porque lo que pretende determinar es qué ha recibido de actualización el psiquiatra, en cuántos congresos ha participado, qué trabajos científicos ha presentado, las sesiones clínicas de sus hospitales y qué trabajos ha publicado, entre otros aspectos (Vásquez, 1999).

En Argentina, merced a la feliz confluencia de iniciativas provenientes de las dos principales asociaciones nacionales de psiquiatras y del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, formado este último bajo los auspicios de la Academia Nacional de Medicina, se crea la Comisión Educativa Psiquiátrica, que produjo un importante documento vinculado a los Requisitos para la Certificación en Psiquiatría a través el Sistema de Residencia (Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, 2000).

Igualmente, se había llevado a cabo el consenso sobre el proceso de certificación en psiquiatría en Argentina, que culminó en un seminario-taller en el que participaron, aparte de las antes mencionadas instituciones, representantes de EE.UU., México e Israel, así como de la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Médica Argentina y de universidades de todo el país, contando

con el auspicio de organismos gubernamentales y de la OPS. Con pequeñas diferencias de tiempo se avanza hacia la creación de similares consejos en toda la región.

Iguales progresos se van logrando en relación con los procesos de EMC, sistemas de créditos y criterios para la recertificación en la especialidad.

Una buena certificación debe garantizar que el profesional ha seguido y aprobado un método educativo formativo suficientemente idóneo, y que está en condiciones de comenzar a ejercer su especialidad; la recertificación, que ese especialista, responsable legal de sus actos, mantiene una formación tal que le permite brindar con eficiencia las prestaciones médicas correspondientes a su especialidad a la población: se refiere más a la madurez profesional e implica experiencia personal. Debe ser periódica, porque los conocimientos en medicina son cambiantes y el estado psicofísico del profesional puede alterarse por distintas razones. La certificación y la recertificación deben ser hechas por pares para que tengan valor.

El potencial educativo que existe en los hospitales y en los centros de salud se manifiesta a través de la calidad del profesional que egresa de las residencias y que se necesita mejorar y optimizar. El desafío consiste en reconocer que existen otros ámbitos con un potencial educativo que deben ser aprovechados para que el profesional una los elementos teóricos que recibió en su educación formal con la realidad. Se tiende a extraer el máximo potencial educativo de las instituciones de salud, que tienen, en realidad, otra función específica.

### **El perfil del psiquiatra**

Se sostiene que un psiquiatra es un médico que se ha especializado en el estudio de la conducta humana y en el tratamiento de los trastornos mentales, que debe utili-

zar conocimientos y habilidades que lo capaciten para adquirir información de valor diagnóstico proveniente de tres áreas (biológicas, psicológicas y sociales), y que debe saber realizar intervenciones preventivas y terapéuticas adecuadas en cada una de ellas. También debe conocer las medidas tendientes a la reinserción social del paciente, e integrar aspectos humanísticos, éticos, científicos y tecnológicos sobre el conocimiento psiquiátrico. Debe, asimismo, aprender a promover la salud mental, prevenir los trastornos psiquiátricos y adquirir conocimientos y habilidades para ejercer la psiquiatría asistencial (Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, 2000).

### Los objetivos curriculares

En virtud de los consensos antes mencionados, se tiende a una formación:

- Estructurada en torno a una práctica asistencial activa que enseñe a los futuros psiquiatras a manejarse con personas que requieran de su intervención.
- Específica en relación a desórdenes y problemas psiquiátricos prevalentes en los lugares en los que se proyecta trabajar, considerando especialmente aspectos étnicos, de diversidad racial y cultural.
- De habilidades diagnósticas a través de la entrevista psiquiátrica, con manejo de las clasificaciones diagnósticas (CIE-10, DSM-III R, DSM-IV), entrevistas estructuradas (CIDI, SCAN, IPDE, etc.) y escalas. Interpretación de tests de laboratorio, diagnóstico por imágenes, tests psicológicos, etc.
- En emergencias psiquiátricas y en problemas psiquiátricos específicos: niñez y adolescencia, psicogeriatría, alcoholismo, abuso de drogas, pacientes violentos, patologías crónicas, etc.
- En los tres niveles de prevención y en atención primaria de la salud.
- En el manejo de diferentes teorías y téc-

nicas terapéuticas. Pensamiento estratégico de los recursos, yendo desde los individuos a los grupos, las instituciones y las comunidades.

- En investigación, selección y lectura crítica de información científica actualizada, con aprendizaje de búsqueda de bibliografía a través de materiales impresos y de Internet.
- Atenta a los aspectos personales de los profesionales, para lograr un mejor desarrollo individual y grupal, facilitando la expresión de potencialidades creativas; aprendiendo a través de dificultades, limitaciones, sufrimientos y conflictos.
- De posibilidades para el análisis, la discusión y la reflexión del grupo que está siendo formado, valorándose la psicoterapia individual de los propios residentes.
- De participación en actividades docentes y de investigación.
- En el trabajo en equipos interdisciplinarios y en psiquiatría de enlace.
- En salud pública, con introducción a la epidemiología y a las problemáticas y políticas de psiquiatría y salud mental, así como a los manejos administrativos y financieros vinculados a la especialidad.
- En aspectos legales y de psiquiatría forense.
- En colaboración con asociaciones de pacientes y familiares así como, también, con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales afines.
- Reflexiva sobre dilemas éticos y legales en el ejercicio de la especialidad (Montenegro, 1996).

La implementación de estos objetivos muestra disparidades, debidas más a dificultades socioeconómicas y geográficas que a diferencias de carácter conceptual.

Existe una tendencia generalizada a extender progresivamente la duración de los programas formativos de posgrado, apuntando a una duración de cuatro años, y a que

los mismos sean desarrollados en residencias o programas alternativos equivalentes.

Se considera importante, asimismo, la supervisión y evaluación continuas del proceso educativo y de los logros obtenidos; la delegación creciente de responsabilidades; el adiestramiento progresivo con realización de actos médicos de progresiva complejidad, programados y supervisados en unidades asistenciales; la obligación de que los programas sean desarrollados en servicios acreditados. Resulta de vital importancia, también, perfeccionar los sistemas de autoevaluación, evaluación externa y autorregulación.

Como la salud es un problema de "interés de Estado", se considera fundamental modificar la visión de la educación como un proceso aislado. Deben trabajar en conjunto el ámbito académico, los ministerios de Educación y Salud, las asociaciones científicas,

los colegios médicos y gobiernos (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) para llegar a un punto de coincidencia.

### Conclusión

La educación psiquiátrica en América Latina ha mostrado un interesante nivel de desarrollo desde sus inicios (a fines del siglo XIX) hasta nuestros días, en gran parte debido a los progresos científico-técnicos operados, así como a la sensibilidad ético-humanística y socio-cultural de los profesionales latinoamericanos.

Merece destacarse la lucidez con que se ha trabajado en la búsqueda de consensos para definir pautas curriculares y metodologías para la educación de grado y de posgrado, así como también para los procesos de acreditación, certificación y recertificación en la especialidad.

---

### Referencias bibliográficas

- Alarcón, R. (1990) *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana*, Siglo XXI, México.
  - Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, Comisión Educativa Psiquiátrica (2000) *Requisitos para la Certificación en Psiquiatría a través del Sistema de Residencia*.
  - *Declaración de Lima*. Conclusión del taller: "La enseñanza de Psiquiatría a los alumnos de Medicina", realizado durante el XXI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Lima, Perú.
  - López Ibor, J.J., Okasha, A. & Ruiz, P. (2000) *Proposal for the development of the WPA Post graduate Core Curriculum*. World psychiatric Association Technical Report.
  - Mezzich JE (2007): Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism. *World Psychiatry*, 6: 65-67.
  - Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I (2009): The International Network for Person-centered Medicine: Background and First Steps. *World Medical Journal* 55: 104-107.
  - Mezzich JE (2012): The construction of person-centered medicine and the launching of an International College. *International Journal of Person Centered Medicine* 2: 6-10.
  - Montenegro, R. (1996) *The Role of National Psychiatric Associations in Post Graduate Education*. Special Session of the Geneva Initiative. X World Congress of Psychiatry, Madrid.
  - Vásquez, A. (1999) *Seminario-Taller sobre la Formación del Psiquiatra y su Certificación*. Organización Panamericana de la Salud
  - World Psychiatric Association, World Federation for Medical Education (1999) *Core Curriculum in Psychiatry for Medical Students*.
  - www.personcenteredmedicine.org. International College of Person-centered Medicine (2005-actualidad) *Psiquiatría y Medicina Centradas en la Persona*.
-

# HACIA UNA ETNOEPIDEMIOLOGÍA DE SALUD MENTAL: PERCEPCIONES DESDE LATINOAMÉRICA

Naomar Almeida-Filho<sup>1</sup>, Gilles Bibeau<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Federal de Bahía, Salvador, Brasil, <sup>2</sup> Universidad de Montreal, Quebec, Canadá

## Antecedentes

Después de los trabajos pioneros en antropología médica de los años treinta, se despertó un fuerte interés por el estudio de los temas de salud mental desde un punto de vista sociocultural. Tal interés ha crecido en forma tan relevante que ha llegado a ser, también, el centro de una importante rama de la psiquiatría, formando la subdisciplina de psiquiatría transcultural (Murphy, 1986). Sin embargo, el problema de la integración conceptual y metodológica de la epidemiología y la antropología permanece como uno de los principales desafíos para tal esfuerzo. Particularmente en el campo de la salud mental, se necesita aún un verdadero intercambio interdisciplinario teórico y metodológico, a fin de ayudar a consolidar una investigación sensible de la cultura respecto de los orígenes de las enfermedades mentales y de las respuestas sociales para aliviar esta carga sobre la población y los individuos.

El movimiento hacia la integración interdisciplinaria es respaldado conceptualmente por distinguidos eruditos tales como Cassel (1967), Susser (1979), Murphy (1994), Leighton (1994) y Morgan (1998). Dunn y Janes (1986) identificaron las bases comunes para un trabajo de colaboración entre la epidemiología y la antropología, pero también hicieron notar algunos de los

problemas y perspectivas al integrar estos dos campos. Para ellos, el trabajo antropológico es cualitativo y “vertical”, enfocándose en el estudio, en gran detalle, de muy pocas unidades de información que tienen que ver con la comprensión de las conexiones culturales y sociales del fenómeno relacionado con la enfermedad; mientras que la investigación epidemiológica es cuantitativa y “horizontal”, tomando grandes grupos de población o muestras como unidades de análisis, cegada al hecho de que los miembros de los grupos estudiados están social y simbólicamente ligados uno al otro. Trostle & Sommerfeld (1996) propusieron que cualquier colaboración entre la antropología y la epidemiología debía ser etiquetada como “epidemiología cultural”, cubriendo “el análisis comparativo, entre dos culturas, de la distribución y determinantes de la enfermedad y el mal.”

Para fomentar posibilidades más amplias de integración entre las metodologías de investigación —al parecer contradictorias— de la antropología y la epidemiología, hemos propuesto utilizar el término “etnoepidemiología” (Almeida-Filho, 1992, 1997; Bibeau, 1997). Preliminarmente, justificamos el empleo del término en tres significados distintos, pero complementarios: (I) para designar a la investigación epidemiológica de los factores de riesgo sociocul-

turales y a los grupos de riesgo definidos étnicamente de acuerdo con los problemas mentales; (II) para referirse a estudios de modelos de incidencia de la enfermedad mental en la población; (III) para estudios etnográficos de la práctica de construcción del conocimiento epidemiológico.

Primero, el término etnoepidemiología puede ser empleado para nombrar a la investigación epidemiológica transcultural, centrada en heterogeneidades étnicas o culturales como factores de riesgo, factores de protección y factores de pronóstico para enfermedades y otros problemas de salud. Proponemos llamar a esa vertiente de etnoepidemiología tipo I, lo que cubre una tradición de investigación bastante eficiente en el campo de la salud mental, desde los primeros estudios de la escuela de epidemiología psicosocial de *Chapel Hill* (Cassel, 1967) y la teoría de ajuste social (Leighton, 1968), hasta la "nueva psiquiatría transcultural" (Littlewood, 1990).

Segundo, el título "etnoepidemiología" puede ser aplicado a estudios de modelos comunitarios de distribución e incidencia de enfermedades en poblaciones, por ejemplo, en teorías locales de contagio y causalidad colectiva (Caprara, 1998). En este caso, el término se utiliza como una analogía respecto de las "etnociencias", en un sentido equivalente a los campos de la etnobotánica, etnomatemática, etnofarmacología o etnomedicina. Para ese caso, proponemos el nombre de etnoepidemiología tipo II. En esta particular consideración, la población o el alcance social de la etnoepidemiología la hace distinta de la etnomedicina, a causa de que la última enfatiza modelos aclaratorios locales de incidencia (y tratamiento) de patologías en personas y grupos de individuos.

Tercero, reservamos la denominación etnoepidemiología tipo III para estudios etnográficos sobre la práctica científica de la epidemiología en general. Eso implica el empleo de conceptos antropológicos y métodos etnográficos a los ambientes, a los cotidianos y a las culturas institucionales donde se produzca conocimiento sistemático y legitimado socialmente sobre enfermedades, trastornos y problemas de salud en poblaciones. Por su ausencia en la literatura psiquiátrica en América Latina, no vamos a discutir esa vertiente de la etnoepidemiología en este texto.

La epidemiología contemporánea está aún subordinada a la perspectiva naturalística biológica, la cual refleja el conocimiento producido por métodos cuantitativos (Almeida Filho, 2000). Aunque los datos psiquiátricos epidemiológicos son generalmente "examinados" por medio de mecanismos lingüísticos tales como cuestionarios y un listado detallado de síntomas, no se presta mucha atención a los significados culturales y sociales adjuntos a la información generada por la recolección de datos de la población. Taxonomías populares, glosarios, y otros objetos etnoepidemiológicos deberían ser tomados en cuenta en el seguimiento de una integración conceptual efectiva de la antropología y la epidemiología en el campo de la salud mental.

Particularmente en relación con la investigación psiquiátrica transcultural, el método etnológico puede ayudar a la composición de estrategias híbridas de investigación con el propósito de vencer la división cualitativa-cuantitativa (Baumm, 1995 y Morgan, 1998). Sin embargo, metodológicamente hablando, la etnoepidemiología no significa simplemente una superposición de los métodos originados de dos campos

científicos supuestamente disonantes. Una combinación única de técnicas de investigación puede ser de un valor limitado para la hibridización metodológica conceptual deseada. Los “combos” de investigación, incluso los más atractivos, pueden ser útiles para estudios de efectos dañinos de la injusticia en la salud mental, o para la exploración de respuestas simbólicas y pragmáticas de la sociedad a las enfermedades mentales, solamente si perseguimos una efectiva integración teórica y metodológica de ambos campos de la pesquisa.

En este trabajo presentamos unos pocos pensamientos sacados de nuestros continuos intentos por inocular el método etnográfico “internalista” a los elementos metodológicos de extracción epidemiológica, y viceversa, particularmente en el campo de la investigación en salud mental en dos contextos diversos (Brasil y Québec). Como una ilustración, presentamos y discutimos las características metodológicas seleccionadas y los resultados de dos estudios etnoepidemiológicos, respectivamente de los tipos I y II. El primero es un estudio de caso-control sobre determinantes socioculturales de las condiciones nopsicóticas conducido en áreas urbanas de Brasil. El otro es un estudio exploratorio de representaciones sociales y prácticas relacionadas con la salud mental llevadas a cabo en Bahía, noreste de Brasil. Luego, procedemos a enfocar los desarrollos metodológicos derivados de la investigación en correlaciones étnico culturales y socio económicas de la salud mental en una sociedad rápidamente cambiante, diversa y profundamente desigual. A través del texto tratamos de extensas implicaciones concernientes al estudio de los problemas de salud mental desde un punto de vista et-

nográfico y epidemiológico integrado, enfatizando las percepciones y contribuciones teóricas de autores latinoamericanos.

### **Modo de vida y salud mental**

En lo que respecta a la salud mental, el asunto central de la primera definición de etnoepidemiología es la incorporación del significado y sentido hacia el riesgo, los factores de riesgo y sus efectos. Esto implica abrir la epidemiología al estudio no solo de los problemas, condiciones y situaciones de la salud mental, sino también de sus representaciones y determinantes en la vida diaria.

Esta pregunta está enmarcada con mayor precisión por Samaja, filósofo argentino entrenado en salud pública, para quien la epidemiología como disciplina debe ser capaz de lidiar con las preguntas de salud en la esfera de la reproducción social. Según él, más allá de estudiar la distribución diferencial de los riesgos en la población, la investigación epidemiológica debe invertir en la producción del sentido, porque “...la propia fuente de los significados [...] se deriva del dinamismo de las estructuras en el mundo de la vida [Samaja, 1998, p. 33].

La pregunta acerca de las condiciones de vida y su relación con la reproducción social y salud en general ha sido satisfactoriamente desarrollada en términos teóricos (Castellanos, 1997; Samaja, 2000). Sin embargo, para entender los problemas de estilos de vida (y del comportamiento orientado a la salud) y hacerlos una parte importante de una teoría general de “modo de vida y salud mental” se requiere definitivamente una teoría acerca del tema. En el proceso de la construcción de la identidad del grupo social, sujetos humanos son colocados en la estructura simbólica de

acuerdo con su posición cultural, étnica, de género y de la época.

Como participantes en redes semánticas y en relaciones de poder en la cotidianidad, los individuos construyen su mundo a través de prácticas sociales que forman un modo dado de vida. A su vez, éste determina ciertas condiciones de vida, las cuales son garantizadas por los ingresos o, indirectamente, por políticas sociales que redistribuyen los bienes de consumo colectivo y los estilos de vida, los que, a su vez, comprenden el cuerpo de las prácticas (comportamiento, hábitos, actitudes) y percepciones (Testa, 1997).

El concepto original de formación socioeconómica puede ser usado en esta aproximación como una expresión concreta del modo de producción, con énfasis en dos procesos básicos: el proceso del trabajo (Laurell & Noriega, 1989; Laurell, 1991) y los procesos de reproducción social (Breilh, 1990; Castellanos, 1997; Samaja, 2000). En los procesos de formación de clases sociales, los individuos son colocados en (o excluidos de) la estructura ocupacional de diferentes maneras. Cuando toman trabajos en el mercado laboral venden su fuerza de trabajo a cambio de una remuneración, en forma de salario, que determina su capacidad para consumir y, de este modo, sus condiciones de vida. La dinámica de las clases sociales y los procesos de trabajo son tomados como determinantes directos de las condiciones de vida e, indirectamente, como factores que condicionan los estilos de vida.

La noción de un proceso de reproducción social fundamenta mejor, de hecho, la construcción teórica de la relación entre el modo de vida y la salud mental. El ciclo de reproducción social (producción-

distribución-consumo), que comparte la interfase de una adecuada producción con los procesos del trabajo, articula con los ciclos de producción de la vida diaria a través del consumo. Las formas de producción de la vida social — expresiones concretas del modo de vida — manejan también un dinámico complejo articulado a los sistemas de señales, significados y prácticas relacionadas con los hechos sociales de la vida, salud y sufrimiento, esto es, las prácticas de la vida diaria (Testa, 1997).

Debería notarse que el modo de vida se propone aquí como una construcción teórica fundamental que implica no solo un comportamiento individual con respecto a la salud mental, sino que se extiende más allá de las dimensiones socio-históricas para incluir la dinámica de las clases sociales y las relaciones sociales de producción, siempre a la luz de los aspectos simbólicos de la vida diaria en la sociedad. Esto significa que el análisis de la relación entre la injusticia social, el modo de vida y la salud psíquica exige una semiología y una pragmática de los procesos de salud mental-enfermedad-cuidado, en los cuales éstos son vistos como efectos de un procedimiento dual de la construcción social, como un producto de actos concretos de exposición a, y como protección contra, factores y configuraciones de riesgo — los efectos de estilo de vida — y como procesos para el reconocimiento y designación de la anormalidad y presencia de patología, etapas precedentes a la respuesta social a los problemas de salud mental.

Modelos culturales de interpretación no existen como un cuerpo explícitamente conceptualizado del conocimiento, sino más bien están formados por un conjunto variado y plural de elementos imaginarios,

simbólicos, tanto ritualizados como cognitivos. Bibeau y colaboradores (Corin et al., 1992; Bibeau, 1994; Corin, Bibeau & Uchoa, 1993; Bibeau & Corin, 1994; Corin, 1994; Bibeau, 1997) han propuesto, considerando este complejo de procesos culturales y sociales, un sistema de signos, significados y prácticas (S/smp). En este marco de referencia, para los elementos que deberían ser tomados en cuenta en la construcción de un acercamiento a la salud mental culturalmente sensible y enraizada en la comunidad, hay un grupo particular de prácticas sociales que puede ser denominado como "las prácticas de salud mental". Ellas pueden ser comprendidas solo como un denso entretejido con signos y significados incorporados en las narrativas populares y en las que forman una parte importante de las prácticas discursivas. Las narrativas son sensores de la matriz representacional que, simbólicamente, apoyan los comportamientos y las prácticas de la gente. Los comportamientos de los actores son considerados como prácticas con sentido que se desarrollan en la interfase entre la inhibición estructural, los marcadores simbólicos y los procesos sociales (Bibeau, 1997).

La aproximación propuesta por nosotros parte de dos premisas metodológicas. Primero, las expectativas, juicios y reacciones de la gente son guiados por un gran conjunto de valores y normas asociados con cada posición relativa del actor en la escena local, social y política, la que puede variar de acuerdo con los sucesos y circunstancias. Segundo, con el fin de reconocer los casos, la gente no necesariamente funciona identificando categorías netas de pensamiento, sino más bien a la razón, y se comporta sobre la base de analogías percibidas, paralelismo y continuidad entre los casos, más

o menos de acuerdo con una variedad de criterios precisos.

De este modo, como lo indicado por Mezzich & Almeida Filho (1994), la categorización que guía la acción hacia el reconocimiento de la enfermedad mental recurriría más a un modelo de prototipo que a una clasificación jerárquica de categorías mutuamente exclusivas y estables.

En esta perspectiva, los signos y síntomas no son la correlación directa de procesos de enfermedades subyacentes; éstas pueden ser vistas, también, como metáforas personales y colectivas que condensan redes distintas de significado con profunda trascendencia cultural. Entregando las condiciones a través de las cuales ciertas señales conductuales y corporales son transformadas en síntomas significativos de aflicción, el modo prevaleciente de vida en una sociedad constituye la manera mediante la cual los individuos perciben y expresan las situaciones de malestar y bienestar.

No obstante, aquí queda un amplio terreno para la crítica. Tal concepción de las condiciones y modos de vida puede ser contrastada críticamente con otras aproximaciones, cuyas nociones, tales como la verdad y el ente, jugarán un papel mayor que la divagación de la vida diaria. Uno de los efectos no interaccionales de cualquier aproximación pragmática podría ser una "textualización" de los procesos de la vida que sirve muy bien a los productores del conocimiento, aún si es, supuestamente, por el bien o la emancipación de la gente. Para convertirla en una herramienta transdisciplinaria efectiva, se debe reflexionar también sobre los componentes éticos y políticos de esta visión.

Avances en la teoría de "el modo de vida



y la salud mental” son muy necesarios para acercarse a los efectos determinantes de los procesos en la salud mental individual y colectiva desde un punto de vista etnoepidemiológico. Como un paso preliminar, una aproximación etnoepidemiológica a la compleja relación inequidades sociales, modo de vida y salud psíquica exige una semiología (investigación de señales) y una práctica de los procesos de salud mental, enfermedad y su cuidado.

Particularmente en relación con la investigación psiquiátrica transcultural, el acercamiento etnológico puede ayudar a las estrategias de investigación híbrida, con el de fin de superar parte de la distancia con la realidad inherente a diseños de investigación más estructurados. En esta perspectiva metodológica integrada, la práctica de una consulta científica es lo que permite superar las relaciones “descontextualizadas”, “desocializadas” y “desactualizadas” de la ciencia con su propósito. Esto es particularmente importante en el campo de la salud mental, donde la noción de objetividad es altamente problemática, de manera tal que la investigación en este campo involucra percepciones, sentimientos y juicios acerca de episodios, procesos, valores, intereses, representaciones y modelos explicativos.

Caso 1: estudio etnoepidemiológico de determinantes en la salud mental

El primer tipo de investigación etnoepidemiológica puede ser ilustrado con un ejemplo de un estudio de salud mental muy estructurado, multicéntrico, que combina un diseño epidemiológico seleccionado transversalmente con una interpretación antropológica de los significados de los factores de riesgo.

Entre 1990 y 1993, uno de nosotros co-

ordinó una encuesta de morbilidad multicéntrica en áreas urbanas de Brasil, que evolucionó a un estudio de control de casos (Almeida-Filho, 1998) de determinantes socioculturales de las condiciones no-psicóticas seleccionadas (trastornos de ansiedad, fobias, somatización y depresión). Una muestra representativa de 6.470 adultos fue investigada para detectar la presencia de la psicopatología con una submuestra seleccionada (N=836) para entrevistas de diagnóstico psiquiátrico. Examinadores y examinados no tenían ninguna información previa sobre los resultados o sobre el estatus de la investigación. Las entrevistas diagnósticas incluyeron, básicamente, la aplicación de una versión brasileña del DSM-III. Una cuenta más detallada de los métodos de encuesta puede ser encontrada en otra publicación (Almeida-Filho et al., 1997).

Para el estudio jerarquizado de control de casos, todos los sujetos diagnosticados positivamente en la segunda etapa de las entrevistas como afectados por desórdenes no-psicóticos, y cuyos síntomas habían comenzado dentro de los pasados doce meses, fueron considerados como casos. Los controles fueron seleccionados al azar entre aquellos que, examinados por el equipo diagnóstico, no reunieron ninguno de los criterios diagnósticos y fueron considerados, de este modo, como “libres de enfermedad”. Emparejados por lugar de investigación, más de un control por caso fue tomado en el momento en que fue posible, apuntando a aumentar el poder de la prueba estadística.

Las variables independientes del estudio fueron el estatus migratorio —con sujetos clasificados como migrantes (del interior y el exterior de la región) y no migrantes

(sujetos nacidos en la ciudad) — y la posición en el mercado laboral formal —con las categorías de desplazados (desempleados, subempleados) y colocados (asalariados, retirados, empleadores). Debido a las peculiaridades del trabajo doméstico, “las amas de casa” fueron tomadas como una categoría analítica separada. La edad, el género, la educación, el estatus marital, la densidad familiar (relación de residente/pieza) y la afiliación religiosa fueron todas tomadas como variables potenciales de confusión en el análisis.

Las estimaciones de prevalencia (Almeida-Filho et al., 1997) fueron más altas que aquellas establecidas por investigaciones previas con metodologías comparables, mostrando un incremento en los niveles de influencia de los trastornos considerados como adaptativos, reactivos o, en otra perspectiva, emanados a través de un proceso de determinación social, tal como la mayoría de los trastornos no-psicóticos. El análisis caso-control (Almeida-Filho, 1998) no produjo evidencia al apoyo de la hipótesis de una asociación positiva y directa entre la experiencia de la migración y la ocurrencia de cualquiera de los trastornos no-psicóticos considerados.

Bastante sorprendente fue comprobar que la ubicación dentro del mercado formal de trabajo (tener un trabajo estable) pareció no proteger efectivamente de llegar a padecer tales trastornos. Sin embargo, los análisis estratificados mostraron un patrón consistente de interacción entre las variables relativas al trabajo y al género, en la siguiente dirección: estar regularmente empleado parecía ser, de alguna manera, un factor de riesgo para los hombres, pero no para las mujeres. Entre ellas, la actividad de ama de casa fue asociada con un

alto riesgo de sufrir todos los trastornos estudiados. A la vez, un servicio formal o trabajo industrial no fue más un factor de protección para la salud mental sino —aún peor—, en cuanto a los varones ello aparecía como una fuente de desasosiego psicológico, factor de riesgo potencial para trastornos no psicóticos.

Los análisis de estos resultados demostraron que el género y los procesos y roles sociales asociados tienen que ser tomados como una dimensión fundamental para cualquier estudio etnoepidemiológico de salud mental. Mas aún, este conjunto de evidencia apuntaba a una constelación de factores de riesgo que podrían haber sido parte de un poderoso proceso de cambio en la sociedad brasileña, y permitían plantearse algunas preguntas: ¿se basaron estos factores de riesgo en lo individual, tales como la modernización de la experiencia personal o la exposición a los medios de masas, o se relacionaron con dinámicas de la población, tales como densidad demográfica o movimientos migratorios? ¿Fueron determinados socialmente en una estructura de explicación, o fueron adecuados para ser interpretados en algún sistema comprensivo?

Se concluyó que cualquier interpretación teórica de esos hallazgos consideraría el tema fundamental del significado (Almeida-Filho, 1998). El razonamiento epidemiológico convencional basado en el interjuego de los factores de riesgo, las variables confusas y los términos de interacción fue inútil en este caso. Por ejemplo, ¿cómo explicar que el empleo protege solo a las mujeres, pero no a los hombres? Para que tenga sentido, uno necesita admitir que un mismo factor de exposición (tal como un trabajo permanente, o carecer de él)

puede tener significados distintos para los géneros en contextos diferentes y en tiempos diferentes. Nuevamente, el significado social e individual de estar desempleado o subempleado varía con la total transformación y la diversidad étnica- generación- género del contexto sociocultural.

Por supuesto, a pesar de proveer una poderosa evidencia de los límites de la metodología del factor de riesgo para la investigación en salud mental, este alcance del estudio fue demasiado acotado para ser un ejemplo de la complejidad implicada en la conexión diversidad humana- diferencias sociales-salud mental.

Como un intento de darle sentido a la complejidad implicada en tan relevante materia, abogaríamos por el desarrollo de un marco explicativo comprensible basado en un análisis de las condiciones de vida y los procesos de reproducción social de la vida diaria, como el presentado anteriormente. Un modelo teórico en aquella escala no será construido rechazando la contribución histórica de la epidemiología social clásica, tal como fue revisada en Berkman & Kawachi (2000). Se debe incorporar los elementos principales de teorías anteriores en una estructura explicativa más avanzada. Tal modelo debería cuestionar los sistemas simbólicos y analizar las diferencias en situaciones de salud mental de grupos étnicos y de género, las instancias de reproducción social, las redes sociales de familia y, en paralelo, las relaciones entre las clases sociales.

Caso 2: estudio etnoepidemiológico de prácticas de salud mental

Ambos autores hemos estado involucrados, desde 1991, en una iniciativa de investigación destinada a aplicar el marco conceptual y metodológico del S/smp en

Bahía, Brasil. La estrategia de investigación, ideada y probada para la aplicación en diferentes contextos (INECOM, 1993) incluye tres etapas y un *backstage*: el preestudio, la prospección extensa, la reconstrucción de casos y una etnografía enfocada. La primera etapa fue destinada a identificar términos y comportamientos que la gente asociaba con problemas de salud mental, a través de entrevistas y observación de los participantes con el fin de asegurar la ventana semiótica (*semiotic window*) de la estrategia de investigación. La extensa selección consistió en entrevistas conducidas con encuestados representativos de los principales grupos heterogéneos de cada comunidad, empleando fragmentos de relatos obtenidos en el estudio previo. En la tercera etapa de la investigación, alguno de los "casos" identificados por informantes claves fueron reconstruidos más tarde en entrevistas más intensas entregando los datos clave acerca de los signos, significados y comportamientos relacionados con cada caso identificado y con su evolución. A través del proceso completo de la investigación, se otorgó atención especial al escenario etnográfico del campo de estudio, consistente en una exploración selectiva y enfocada del modo de vida local y de las nociones de tiempo, espacio, cuerpo, persona y realidad de la comunidad estudiada, así como a una evaluación cuidadosa de su historia social.

El lugar de estudio (Bahía) es el estado más grande y poblado del noreste de Brasil (sobre trece millones de habitantes) y la región más empobrecida del país. En años recientes, el gobierno ha patrocinado políticas que han ayudado a transformar la ciudad capital de Salvador (y los lugares de playa aledaños) en uno de los más impor-

tantes centros turísticos del país (Risério, 2000). Estos cambios económicos, determinaron la formación de una poderosa clase dirigente (pero no tan numerosa, dada la indignante concentración del ingreso en Brasil) que residen en confortables y bien resguardados departamentos, condominios, y mansiones, como asimismo la aparición de vecindarios de bajos ingresos llamados favelas o invasoes (ocupantes ilegales) a lo largo del perímetro de la ciudad, y de aldeas rurales con una situación económica estancada, principalmente en la costa noreste de Bahía (Kottak, 1992).

Para conducir el estudio en tal contexto, el equipo de investigación necesitaba considerar la diversidad que fuera socialmente significativa en las comunidades bajo investigación, permitiendo un análisis comparativo de las representaciones y prácticas relativas a la mala salud mental. Esto culminó con una extensa selección de informantes clave basada en la identificación de las varias redes de relaciones sociales, con el propósito de construir un repertorio interpretativo diversificado, impidiendo la excesiva redundancia de relaciones sociales entre ellos.

En Salvador se identificó una importante diversidad social sobre la base de la estructura social y origen étnico. El grupo urbano comprendió habitantes de ambos distritos, pobres y ricos, muchos nacidos fuera de Salvador. En el ámbito rural, el extenso estudio incluyó a informantes de todos los orígenes, particularmente en términos de género y lugares pero, también, considerando otras fuentes de diversidad.

En los sitios urbanos y rurales hubo cierto sobremontaje entre la segunda y la tercera fase del protocolo de investigación, a causa de que pocos de los que respondieron

al estudio se mostraron dispuestos a ser informantes para la reconstrucción de las historias de la gente con problemas mentales. Algunos casos fueron reconstruidos con más de un informante, una estrategia que nos permitió formar un cuadro más detallado y más complejo tanto del caso como de la influencia del contexto social (mediatizado por el grado de proximidad y de involucramiento en el caso) sobre los relatos. De la misma manera, es digno de atención señalar que cuando un informante narraba más de un caso, a menudo dos o tres, a pesar de las diferencias presentadas por los casos reconstruidos, el relato tendía a tener similar contenido básico. Esto puede estar relacionado, posiblemente, con las distintas características en el estilo de narración del informante o, incluso, con su particular percepción, estando más centrada en su propia historia de vida que sobre aquella del caso reconstruido.

Este equipo de investigación estaba enterado de posibles dificultades asociadas con la identificación de casos, y tuvo gran cuidado de asegurar la confidencialidad de la información y de impedir situaciones que podrían ser interpretadas como un incentivo hacia un etiquetado tal como la discusión de "casos" en el contexto público. La mayoría de las entrevistas fueron llevadas a cabo en los hogares de los informantes, en privado cuando fue posible. El grado en que se consiguió este ideal varió en áreas rurales y urbanas.

Durante el trabajo en terreno los investigadores aprendieron rápidamente acerca de los "malucos" locales, hombres y mujeres de la comunidad que no debían ser tomados en serio y, en algunos casos, incluso ser ignorados. Se vio que los procesos de etiquetado formaban parte importante

del contexto semiológico y pragmático de la mala salud mental en el área, particularmente en zonas urbanas de bajo ingreso y en las de investigación rural, donde los vecinos a menudo mostraban una marcada intervención en los asuntos personales de los demás.

De acuerdo con la principal hipótesis de la teoría del etiquetado (Link & Cullen, 1990), una vez que una persona es etiquetada como desviada (*deviant*), una completa serie de reacciones sociales a menudo contribuyen a agravar el comportamiento inicialmente desplegado e interpretado como señales de locura. El etiquetado, en este sentido, puede ser altamente negativo para la persona así señalada y para su familia. El efecto de etiquetar acerca del resultado de los casos identificados en el estudio de Bahía fue analizado en otro artículo (Caroso, 1998).

En el extenso estudio, se identificaron los “casos” en términos de los comportamientos descritos en los prototipos y no sobre la base de las etiquetas; la investigación no asumió una necesaria asociación entre alguno de estos comportamientos y ciertas etiquetas supuestamente negativas. Algunas veces la etiqueta de enfermedad mental fue utilizada en los relatos proporcionados por parientes cercanos de los casos como un medio para explicar lo inapropiado del comportamiento de la persona y para argüir por la necesidad de más reacciones positivas hacia él o ella. Esto significa que, más que comenzar un proceso de etiquetado, la investigación, a menudo, llegó a ser una herramienta importante en la pesquisa diaria de gente para establecer ciertos relatos como verdaderos u objetivos. Con tal de que el investigador guarde la confidencialidad de la información obtenida y se

muestre, asimismo, dispuesto a escuchar diferentes percepciones de un mismo caso, su injerencia en los procesos de etiquetado será, presumiblemente, mínima.

### **Cuatro preguntas, tres puntos, dos observaciones**

Se han planteado cuatro principales preguntas en cuanto a la aplicación de la metodología de investigación ideada para aquel estudio metodológico en particular.

Primero, un problema fundamental de falta de representatividad debería ser estudiado. Desde la fase de planificación, el equipo de investigación estaba preocupado con la factibilidad de emplear varias estrategias y tácticas de terreno con el fin de enganchar a un número de informantes clave más amplio que el usualmente posible a través de procedimientos convencionales, tales como “bolas de nieve” (*snow-balling*) o contactos individuales. Adicionalmente, los informantes clave deberían ser cualitativamente muestreados entre los diversos subgrupos que componen las comunidades estudiadas. En el diseño metodológico de cualquier estudio de S/smp puede ser útil considerar una noción de la “débil representatividad”, dada la diversidad que compone una sociedad como red compleja de interacciones humanas. Adoptar esta postura, en oposición a la noción de “fuerte representatividad” como la extraída de la teoría estadística de muestreo, la cual, entre otras suposiciones, está basada en la asunción fundamental de la homogeneidad interna de los grupos de la población para validar su poder inductivo (Morse, 1998).

Segundo, se necesita considerar el problema de la confiabilidad de las técnicas de investigación empleadas en terreno. En otras palabras, ¿cuáles son los problemas

en terreno que dependen tanto de voces múltiples, que surgen debido al trabajo, como de múltiples oídos? Esta pregunta es verdaderamente crucial dadas las características de los métodos propuestos, los cuales enfrentan el desafío de implementar una compleja arquitectura de investigación en múltiples lugares, que abarcan un número grande de sujetos estudiados a través de técnicas ideográficas por un numeroso equipo investigador (Erickson & Stull, 1998). En relación con esto, la pregunta acerca de la confiabilidad necesita ser redefinida en dos terrenos: por una parte, la definición estándar de confiabilidad como estabilidad de los datos, a pesar de estar asociada de cerca con la epidemiología psiquiátrica, no es en absoluto consistente con el requerimiento de flexibilidad y adaptabilidad necesarios para tratar con el material némico producido por el trabajo etnográfico en terreno. Por otra parte, es necesario algún grado de estandarización y monitoreo cercano para asegurar una mínima cobertura de la multiplicidad de fuentes de datos mediante la presencia del equipo de terreno. De este modo, un balance bien sintonizado de los procedimientos semiestructurados y de los instrumentos flexibles debería realizarse siempre con el propósito de alcanzar la más amplia cobertura junto a la aproximación más profunda implicada en esta estrategia de investigación.

Tercero, existe la pregunta acerca de la transdisciplinariedad, la cual, inevitablemente, es formulada por el equipo de trabajo conformado por investigadores de distinto *background* científico. Tal diversidad es verdaderamente necesaria para estar a la altura de la complejidad del desarrollo conceptual necesario así como, también, para implementar una investigación estra-

tégica multinivel. Solo para recordar, el estudio de Bahía tuvo dos áreas de investigación, una con dos lugares y la otra con tres y cinco locaciones, tres etapas, dos instrumentos semiestructurados, múltiples entrevistas de final abierto, y una etnografía enfocada. Tener un equipo de investigación numeroso y diversificado plantea, inicialmente, el serio problema logístico de la coordinación en terreno y la comunicación. En ese caso, esto fue parcialmente solucionado por medio de reuniones frecuentes y por un diario intercambio de información entre los equipos, pero esto parecía pequeño al compararlo con el análisis del material producido a través de la investigación. En una compleja estrategia de investigación, ¿quién eventualmente dará sentido a una enorme masa de datos? ¿Cómo pueden los investigadores, representantes de diferentes "culturas científicas", comunicarse entre ellos con el fin de lograr un esfuerzo teórico algo unificado?

Se urge a los investigadores contemporáneos en salud social para que lleguen a ser realizadores "híbridos" o "anfíbios", en términos conceptuales y metodológicos, cultivando en ellos mismos el carácter transdisciplinario de su objeto de conocimiento. Solamente entonces las muestras, los significados y las prácticas que conforman la salud mental como un problema científico serán capaces de transitar a través de campos disciplinariamente diferentes que, eventualmente, componen su totalidad compleja.

Cuarto, uno no debería nunca minimizar la pregunta ética planteada por cualquier trabajo en terreno, la cual es solo una instancia particular de la pregunta política más extensa de la investigación en general. Se ha escrito mucho acerca de las

deducciones éticas de la observación del participante y otras técnicas de fondo en investigación etnográfica, la mayoría en términos de la imposible neutralidad de los investigadores frente a las condiciones de vida de los sujetos investigados. El equipo de trabajo con presencia múltiple, incluyendo procedimientos de producción de datos interactivos integrados en una estrategia de investigación compleja y ecléctica, como parte de un programa de investigación transcultural, debería estar propenso a los peligros del etnocentrismo y a las trampas de la escena micropolítica local (Lock & Scheper-Hughes, 1990).

Para contextualizar lo encontrado en la investigación en modelos conceptuales potencialmente nuevos y amplios, debemos considerar, posteriormente, algunas de las inferencias relacionadas con la etnoepidemiología de la salud mental. Con esta meta, retendremos tres puntos que son particularmente pertinentes para investigar el cruce entre antropología y epidemiología: (a) la interacción de lo global y lo local, (b) la dialéctica de los marcos contextual e interpretativo, y (c) la interacción entre el punto de vista de los investigadores y su necesariamente limitada y parcial inserción en el terreno.

El exótico llamado que en el pasado la etnografía clásica pareció cultivar en su relación con sociedades aisladas ha sido reemplazado por un gusto por lo marginal y lo caprichoso como objetos de investigación privilegiados (Geertz, 2000). Ambas son formas diferentes de la misma actitud etnocéntrica residual, reforzando las tendencias homogeneizantes que prevalecen aún en algunos círculos de ciencias sociales aplicadas, tales como la psiquiatría transcultural. Paradójicamente, el significado

de aceptabilidad para cualquier investigación antropológica está, de alguna manera marcado por la ambigüedad, porque el proyecto de llegar a ser invisible o escondido detrás del tejido comunitario implica algún grado de complicidad con las redes de poder local.

La experiencia de la investigación del estudio de Bahía ha provocado algunos pensamientos relativos a la posibilidad de la desterritorialización de la investigación antropológica en salud mental. Esto significa dudar, desde una perspectiva de salud pública, del conocimiento metodológico de lo que ha sido llamado "la nueva ola de las etnografías" (Kleinman, 1995). El método etnográfico ha perdido recientemente mucho de su formato malinowskiano, cultivado en el pasado con el trabajo en terreno, llegando a ser más y más complejo y fragmentado en el tiempo, espacio, sujeto y propósito. En verdad, para romper los límites sociales y naturales de los campos de investigación, centrándose en múltiples lugares y considerando la relevante diversidad interna de los contextos sociales, se impone un cuestionamiento radical acerca del significado del lugar en el trabajo etnográfico (Gupta & Ferguson, 1997).

De este modo, necesitamos una nueva definición del terreno para realizar la investigación y, más aún, para edificar una teoría en epidemiología psiquiátrica transcultural.

### Una conclusión

La principal conclusión de este texto es que, para construir el nuevo campo interdisciplinario de la etnoepidemiología, tenemos que practicar más el intercambio metodológico, la integración teórica, la reflexividad y la transdisciplinariedad. La in-

vestigación en etnoepideomología necesita definitivamente ir más allá del estudio de las diferencias étnicas e injusticias sociales en salud, como hizo la epidemiología cultural en el pasado y la epidemiología social hoy, para incluir en su problemática las condiciones de vida de las poblaciones estudiadas y el dinamismo de la vida diaria. Por lo tanto, para engranar el nuevo subcampo de la etnoepidemiología al interior de asuntos bastante más prácticos (por ejemplo, cómo implementar políticas de salud mental efectivas y eficientes) será juicioso emplear lo mejor de los dos dominios científicos: la profundidad de los métodos antropológicos (propensos a la diversidad metodológica) y la amplitud (respetuosa de las diferencias individuales) de la posición ventajosa de la epidemiología. Este movimiento está dirigido hacia el rescate no solo de los objetivos aplicados y cognitivos de la empresa científica, sino también de sus metas políticas y sociales de luchar por conseguir la igualdad y

emancipación de la humanidad. De este modo, la etnoepidemiología puede contribuir a un intercambio más respetuoso con el conocimiento popular acerca de la salud, la enfermedad, el sufrimiento, tratamiento y cura, resultando en políticas y planificación de la salud mental más efectivas y sensibles a la cultura en América Latina.

El primer autor desea agradecer al Consejo Nacional de Investigación de Brasil (CNPq) por el otorgamiento de una beca de investigación mientras escribía este texto. Las notas metodológicas estuvieron basadas en el informe de trabajo en terreno de Bahía, de los coautores, profesores Carlos Caroso Soares, Paulo César Alves y Miriam Rabelo, de la Universidad Federal de Bahía. Las notas teóricas estuvieron inspiradas por un continuo y enriquecedor intercambio con Ellen Corin, de la Universidad McGill de Montreal. Agradecemos a todos ellos, destacando que los posibles puntos de interés planteados aquí se deben a su colaboración y sabia contribución.

---

#### Referencias bibliográficas

- Almeida-Filho, N. (1992) Por una Etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). *Cuadernos Médico-Sociales*, 6, pp. 43-47.
- Almeida-Filho, N. (1997) *A Clínica e a Epidemiologia*. Apce-ABRASCO, Rio de Janeiro.
- Almeida-Filho, N. (1998) Becoming Modern After All These Years: Social Change and Mental Health in Latin America. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22(3), pp. 285-316.
- Almeida-Filho, N. (2000) *La Ciencia Tímida. Ensayos hacia la deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Almeida-Filho, N., Mari, J., Coutinho, E., França, J., Fernandes, J., Andreoli, S. & Busnello, E. (1997) Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity – Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171, pp. 524-529.
- Baum, F. (1995) Researching Public Health: Behind the Qualitative-Quantitative Methodological Debate. *Social Science & Medicine*, 40, pp. 459-468.
- Berkman, L. & Kawachi, I. (2000) A Historical Framework for Social Epidemiology. In: L. Berkman & I. Kawachi, (eds.) *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York, pp. 3-12.
- Bibeau G. (1994) ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la Antropología Médica para nuestro tiempo. En: *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. Instituto Colombiano de



Cultura, Bogotá, pp.44-70.

- Bibeau, G. (1997) Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatry*, 34(1), pp. 9-42.
- Bibeau, G. (1999) Une troisième voie en santé publique. *Ruptures - Revue Transdisciplinaire en Santé*, 6(2), pp. 209-236.
- Bibeau, G. & Corin, E. (1994) Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. In : P. Charest, F. Trudel & Y. Breton, (eds.) *Marc-Adéland Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise*. Presses de L Université Laval, Québec, pp. 213-234.
- Breilh, J. (1990) Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do pensamento e debate. In: D. Czerezsna, (ed.) *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. Hucitec/ABRASCO, São Paulo, pp. 137-165.
- Caprara, A. (1998) Cultural Interpretations of Contagion. *Tropical Medicine and International Health*, 3, pp. 996-1001.
- Caroso, C., Rodrigues, N., Almeida-Filho, N., Corin, E. & Bibeau, G. (1997) When Healing is Prevention: Afro-Brazilian Religious Practices Related to Mental Disorders and Associated Stigma in Bahia, Brazil. *Curare*, 12, pp. 195-214.
- Cassel, J. (1967) Factors involving sociocultural incongruity and change: Appraisal and implications for theoretical development. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45, pp. 41-45.
- Castellanos, P.L. (1997) Epidemiologia, Salud Pública, Situación de Salud y Condiciones de Vida. In: R Barata, (ed.) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Editora Fiocruz/Abrasco, Rio de Janeiro, pp. 24-32.
- Corin, E. (1994) The Social and Cultural Matrix of Health and Disease. In: R. G. Evans, M. L. Barer & T. R. Marmor, (eds.) *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of the Health of Populations*. Hawthorne, NY: Aldine, pp. 93-132.
- Corin, E., Uchoa, E., Bibeau, G. & Koumare, B. (1992) Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie africaine*, XXIV, pp. 183-204.
- Corin, E., Bibeau, G., Uchoa, E. (1993) Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. *Anthropologie et sociétés*, 17, pp. 125-156.
- Davis, N. (1972) Labeling Theory in Deviance Research: a Critique and Reconsideration. *Sociological Quarterly*, 13, pp. 447-474.
- Dunn, F. & Janes, C. (1986) Introduction: Medical Anthropology and Epidemiology. In: *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Reidel, Dordrecht, pp. 3-34.
- Erickson, K. & Stull, D.D. (1998) *Doing team ethnography: Warnings and advice*. CA: Sage, Thousand Oaks.
- Geertz, C. (2000) *Available Light: Anthropological Reflections on Philosophical Topics*. Princeton University Press, Princeton.
- Gupta, A. & Ferguson J. (1997) Discipline and Practice: "The Field" as Site, Method, and Location in Anthropology. In: A. Gupta & J Ferguson, (eds.) *Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science*. University of California Press, Berkeley, pp. 1-47.
- INECOM (1993) *The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health*. WHO, Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Montreal.
- Kleinman, A. (1995) The New Wave of Ethnographies in Medical Anthropology. In: A. Kleinman *Writing at the Margin*. University of California Press, Berkeley, pp. 193-256.
- Kottak, C.P. (1992) *Assault on Paradise: Social Change in a Brazilian Village*. Mc Graw-Hill, Inc, New

York.

- Laurell, A.C. (1991) Trabajo y Salud: Estado del conocimiento. En: S. Franco, E. Nunes, J. Breilh & A.C. Laurell, (eds.) *Debates en Medicina Social*. OPS/ALAMES (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 92), Quito, pp. 249-321.
- Laurell, A.C. & Noriega M. (1989) *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e desgaste operário*. Hucitec, São Paulo.
- Leighton, A.H. (1968) Some propositions regarding the relationships of sociocultural integration and disintegration to mental health. In: J. Zubin, Grune & Stratton, (eds.) *Social Psychiatry*, New York, pp. 1-7.
- Leighton, A.H. (1994) Social science and psychiatric epidemiology. A difficult relationship. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90[suppl. 385], pp. 7-12.
- Link, B.T. & Cullen, F.T. (1990) The Labeling Theory of Mental Disorder: a Review of the Evidence, In: *Mental Disorder in Social Context* (Research in Community and Mental Health [vol.6]. Jai Press Inc, London.
- Littlewood, R. (1990) From categories to contexts: A decade of the "new cross cultural psychiatry". *British Journal of Psychiatry*, 156, pp. 308-327.
- Lock, M. & Scheper-Hughes, N. (1990) A Critical Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In: T. Johnson & C. Sargent, (eds.) *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Practice*. Greenwood Press, Westport, pp. 47-72.
- Mezzich, J. & Almeida-Filho, N. (1994) Epidemiology and Diagnostic Systems in Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90[suppl. 385], pp. 61-65.
- Morgan, D.L. (1998) Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research. *Qualitative Health Research*, 8(3), pp. 362-376.
- Morse, J.M. (1998) What's wrong with random selection? *Qualitative Health Research*, 8(6), pp. 733-735.
- Murphy, H.B.M. (1986) The Historical Development of Transcultural Psychiatry, In: J.L. Cox, (ed.) *Transcultural Psychiatry*. Croom Helm, London, pp. 7-22.
- Murphy, J. (1994) Anthropology and psychiatric epidemiology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90[suppl. 385], pp. 48-57.
- Risério, A. (2000) *Uma História da Cidade da Bahia*. Omar G. Editora, Salvador, Bahia.
- Samaja, J. (1998) Epistemologia e Epidemiologia, In: N. Almeida-Filho, R. Barata, M. Barreto & R. Veras, (eds.) *Teoria Epidemiológica Hoje: Fundamentos, Tendências, Perspectivas*. Editora Fiocruz/ ABRASCO, Rio de Janeiro, pp. 23-36.
- Samaja, J. (2000) *A Reprodução Social e a Saúde*. Casa da Saúde, Salvador.
- Susser, M. (1979) Social Science and Public Health. In: W. Hobson, (ed.) *The Theory and Practice of Public Health*. Oxford University Press, London, pp. 177-185.
- Testa, M. (1997) *Saber en Salud – La construcción del conocimiento*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Trostle, J. (1986) Anthropology and epidemiology in the twentieth century: a selective history of collaborative projects and theoretical affinities, 1920 to 1970. In: C. Janes, R. Stall & S. Gifford, (eds.) *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Reidel, Dordrecht, pp. 59-94.
- Trostle, J. & Sommerfeld, J. (1996) Medical Anthropology and Epidemiology. *Annual Review of Anthropology*, 25, pp. 253-274.



# ESPECIALIDADES PSIQUIÁTRICAS



# LA PSIQUIATRÍA INFANTIL EN LATINOAMÉRICA

Carlos E. Berganza<sup>1</sup>, Luis Augusto Rhode<sup>2</sup>, Cristiane Duarte<sup>3</sup>, Heloísa Helena Alves Brasil<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de San Carlos, Guatemala, Guatemala, <sup>2</sup>Universidad Federal de Rio Grande do Sul,

Porto Alegre, Brasil, <sup>3</sup>Universidad de Columbia, New York, USA, <sup>4</sup>Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

## Introducción

Las ideas contenidas en este capítulo son el producto de la revisión de la literatura existente, de consultas con los psiquiatras infantiles y de una encuesta a los líderes de la psiquiatría infantil y general en Latinoamérica. Para prepararlo se envió un cuestionario acerca del estatus actual de los servicios de psiquiatría infantil y de la epidemiología de los trastornos psiquiátricos infantiles a 50 psiquiatras de casi todos los países de América Latina. La muestra se obtuvo de un directorio de profesionales de la salud mental desarrollado previamente a través de su participación en el desarrollo de la Guía Latinoamericana para el Diagnóstico Psiquiátrico<sup>1</sup>, un proyecto de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). La mayoría de los psiquiatras encuestados participaban en diversas actividades profesionales, incluyendo educación y entrenamiento, práctica clínica e investigación. Se obtuvieron 16 respuestas de siete países; y, puesto que se pueden alcanzar algunas conclusiones generales a través de esta metodología exploratoria, se incluyen datos de las respuestas obtenidas.

## Antecedentes

Latinoamérica, con una extensión de más de 22 millones de kilómetros cuadrados, tiene una población de más de 500 millones de personas. El Libro del Año de la Enciclopedia Británica del año 2000 proyectó que para el año 2010 la población de Latinoamérica sería de más de 578 millones (p. 748). Además, se estima que alrededor de 35 millones de latinoamericanos viven en Estados Unidos y que para el 2050 los "hispanos" llegarán a ser un cuarto de la población norteamericana (Trujillo, 2000). Entre 1981 y 1995 alrededor de 5 millones de latinoamericanos, muchos de ellos niños, emigraron a Estados Unidos (Ortega et al, 2000). Asimismo, alrededor de un tercio de los niños de escuelas públicas de Estados Unidos provienen de medios culturales diferentes, siendo los niños de origen "hispano" la minoría mayor (Reid, 1995).

## Factores de riesgo

Un indicador general del estatus de salud de la región lo constituye el hecho de que mientras la mortalidad infantil permanece en un 7,5 por 1.000 nacidos en Estados Unidos, en Latinoamérica alcanza en promedio un 39,8. (El Libro del Año, Enciclopedia

1. The Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis.

Británica, 2000). Por cierto, sería erróneo deducir una conceptualización monolítica del estatus de la salud mental y psiquiátrica infantil a través de América Latina, dado que hay grandes variaciones entre diferentes países de la región. Estas incluyen composición étnica, logros macroeconómicos, estructuras políticas y estabilidad, organización social y tipo de control gubernamental sobre los servicios de salud, grado de urbanización e intranquilidad política y civil. Sin embargo, en general, Latinoamérica tiene una población joven con cerca del 50 % menor de 20 años. De hecho, datos demográficos, tomados de la misma fuente citada, muestran que, mientras en Estados Unidos el 42,6 % de la población total tiene 29 años o menos, y el 21,8 % menos de 15, en los 22 países latinoamericanos el 62,2 % de la población total —como promedio— tiene 29 años o menos, y el 35,1 % menos de 15. Guatemala tiene una de las poblaciones más jóvenes de la región con 72,2 % menores de 30 años, y 44,2 % menores de 15.

Los niños latinoamericanos enfrentan serios problemas de salud con enfermedades infecciosas y problemas básicos de vivienda, además de excesiva desnutrición general, que incluye a un alto porcentaje de la población total. La Organización Panamericana de la Salud (2001) estimó que en las Américas todos los años más de 250.000 niños de 5 años o menos mueren por enfermedades que podrían ser prevenidas fácilmente, tales como infecciones respiratorias agudas, diarrea y desnutrición. Este cuadro resulta particularmente serio en países como Nicaragua, Guatemala y Haití, en los cuales los índices de mortalidad infantil alcanzan a 40 muertos por cada 1.000 nacidos.

Los niños latinoamericanos enfrentan una enorme cantidad de factores de riesgo psicológico. La pobreza, que obliga a muchos a vivir en las calles, contribuye a su participación temprana en drogas, crímenes, violencia y sexo desprotegido, con serias consecuencias para su salud mental y general (Inciardi y Surrat, 1998). Con toda claridad, estos niños muestran un nivel de desarrollo, autoestima y destrezas sociales significativamente menores que los niños de familias pobres que permanecen en su casa (Rohde et al., 1998).

Una importante fuente de estrés para los niños latinoamericanos es su frecuente exposición a desastres naturales. La estructura geotectónica del área, la degradación del medio ambiente que resulta de la deforestación de vastas áreas, la pobreza y la falta de planificación preventiva adecuada, contribuyen a exponer a la población a desastres naturales frecuentes y, por lo general, fatales. El huracán Mitch de 1998, que devastó grandes áreas de Centroamérica con alta mortalidad humana, es un ejemplo. Psiquiatras de Honduras, Nicaragua y Venezuela han proporcionado relatos personales del agobiante sufrimiento psicológico que culminó en altos porcentajes de trastornos de estrés postraumático en las personas expuestas a la experiencia del Mitch y de desastres naturales similares. El impacto psicológico de los movimientos telúricos de El Salvador, a comienzos de 2001, fue tan intenso que la Asociación Psiquiátrica de El Salvador, cambió ese año el tema de su Congreso Centroamericano para incluir el estudio de la psiquiatría de desastres.

Otra fuente de sufrimiento mental de la región es la constante inestabilidad social y política, especialmente en algunos países,

tales como Guatemala, Colombia y Nicaragua. Se han documentado las consecuencias psicosociales del estrés para los niños expuestos a las políticas antiinsurgentes de los gobiernos de Centroamérica (Melville y Lykes, 1992; Miller, 1996; Munczek & Tuber, 1998) y de Sudamérica (Hjern, Angel y Hojer, 1991).

**La epidemiología de los trastornos psiquiátricos infantiles en Latinoamérica**

La información sobre tasas de trastornos psiquiátricos infantiles en Latinoamérica es escasa. Una revisión de la literatura identificó solo tres estudios poblacionales que usaban instrumentos estandarizados y un diseño de muestras de probabilidad. Estos se llevaron a cabo en Brasil (Almeida-Filho, 1982), Puerto Rico (Bird et al., 1988) y México (Caraveo et al., 1993; 1995) y sus principales características se resumen en el cuadro 1.

En Latinoamérica se debe considerar con bastante cautela los estudios realizados en centros escolares y policlínicos de atención primaria porque muchos niños no asisten a la escuela, y el acceso a la atención de salud depende mucho de la clase social. Por ejemplo, el 21,3 % de los adolescentes entre 15 y 17 años abandonan el colegio en

el área metropolitana de Sao Paulo (Madeira, 1998). Otro error metodológico común de los estudios epidemiológicos realizados en América Latina es el hecho de que frecuentemente se utilizan instrumentos estandarizados en otras poblaciones sin validación local; por lo tanto, los criterios para detectar la presencia de síntomas o de incapacidad se han originado en alguna otra región (Hackett y Hackett, 1999).

**Estudios de prevalencia**

Uno de los primeros esfuerzos realizados para estudiar la prevalencia de los trastornos mentales infantiles en la atención primaria de salud en Latinoamérica fue el Estudio de Colaboración de la Organización Mundial de Salud en Cali, Colombia. Al aplicar el cuestionario de reporte infantil<sup>2</sup> se descubrió que el 29 % de 286 niños colombianos presentaba un síndrome psiquiátrico clínico (Giel et al., 1981). Se ha estimado que entre un décimo y un quinto de la población infantil y adolescente latinoamericana necesitaría atención profesional psiquiátrica infantil (Araya et al., 2001; Bird et al., 1988; Caraveo et al., 1995; Rico et al., 1998). Esto coincide con lo que sucede en países desarrollados, como Estados Unidos (Brandenburg, Friedman y Silver, 1990;

CUADRO 1

Cribado de trastornos psiquiátricos infantiles en Latinoamérica: estudios poblacionales

País	Área	Año del estudio	N	Rango de edad	Instrumento	Prevalencia de trastornos psiquiátricos
Brasil	Salvador, Bahía	1977	849	5 – 14	Encuesta de morbilidad psiquiátrica infantil, QChPM.	23,2 %
México	Muestra Nacional	1988	1068	3 – 12	Cuestionario de reporte para niños, RQC	16,4 % - 20,7 %
Puerto Rico	Muestra Nacional	1985 - 1986	777	4-16	Test de conducta infantil, CBCL	49,5 %

2. Reporting Questionnaire for Children.



Costello, 1989).

Bird et al. (1991) demostraron en su estudio que cuando se empleaba una medida de deterioro funcional para definir un caso, además de la expresión sintomática, se generaba un nivel menor de trastornos psiquiátricos: de 49,5 % (cuadro 1) a 17,9 %. En Guatemala, Berganza y Aguilar (1992), al emplear una versión modificada de la Escala de Depresión Infantil del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-DC-M), encontraron que el 35,1 % de 339 adolescentes de una población escolar "normal" estaban clínicamente deprimidos. No obstante, muy pocos de los adolescentes sintomáticos mostraban realmente alguna disfunción psicosocial y la mayoría de ellos asistía a clases en forma regular.

A pesar de los errores metodológicos, se han emprendido esfuerzos importantes para determinar la prevalencia de la patología psiquiátrica infantil en América Latina. Por ejemplo, al aplicar el Test de Conducta Infantil CBCL<sup>3</sup> (Bralio et al., 1987) se encontraron problemas emocionales y de conducta en alrededor del 15 % de 507 niños chilenos en edad escolar (6 a 11 años). Otras dos investigaciones realizadas en Chile, empleando un instrumento estructurado para aplicación escolar, establecieron que el 40 % de los niños de primer grado presentaban perfiles de conducta de riesgo (Barra, 1995; Solar, 1998). Sin embargo, no hay información completa en cuanto a temas metodológicos cruciales, tales como el muestreo y las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados.

En Guatemala, en 1993, se llevó a cabo un estudio para establecer las tasas de síndromes psiquiátricos, niveles de disfun-

ción y factores de riesgo en tres muestras de niños y adolescentes: 1) psiquiátrica, 2) pediátrica, y 3) escolar (Berganza et al, 1993; 1996). Basado en lo referido por los padres, el 27,5 % de la muestra escolar reportó la presencia de, por lo menos, uno de los 30 trastornos psiquiátricos investigados; el 11,8 % admitió la presencia de, por lo menos, dos trastornos y el 5,9 %, de tres o más. Esto, en contraste con el grupo psiquiátrico en el cual el 94,0 % indicó, por lo menos, un trastorno; el 75,0 % por lo menos dos, y el 55,0 %, tres o más. Sin embargo, cuando se agregaba una medida de disfunción psicosocial a la definición de los trastornos, la cantidad de casos disminuía considerablemente. De los 1.849 miembros del total de la muestra escolar, 229 (12,4 %) señalaron la presencia de, por lo menos, un trastorno combinado con disfunción psicosocial. Hubo una fuerte correlación entre el número de trastornos admitidos y el nivel de disfunción psicosocial definido por el estudio ( $r=72$ ,  $F=2373.5$ ,  $p < 0.001$ ).

### **Prevalencia de trastornos específicos**

Más comúnmente se han investigado los trastornos específicos en niños latinoamericanos, generalmente enfatizando aquellos de consecuencias psicosociales importantes, tales como el abuso y la adicción de drogas. En Brasil, por ejemplo, un estudio llevado a cabo por el Centro de Estudios e Investigación en Relación con el Abuso de Drogas, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, en más de 3.000 estudiantes de primero y segundo grado de colegios públicos secundarios encontró altas prevalencias, de punto y de por vida, de consumo de alcohol, tabaco, inhalantes, tranquilizantes

y cocaína (Roselli-Marques y Cruz, 2000). Otros estudios han apoyado estos resultados (Galduróz et al., 1997; Carlini-Cotrim y Carlini, 1988; Noto et al., 1997).

Rodhe et al. (1999) establecieron que la prevalencia del trastorno de déficit atencional/hiperactividad (ADHD) era de 5,8 % (I.C. = 3.2 – 10.6) entre estudiantes brasileiros de 12 a 14 años de edad. En concordancia con estudios de otras latitudes, este grupo encontró que el ADHD tenía una fuerte relación comórbida con otros graves trastornos de conducta y con bajo rendimiento académico. Más aún, investigaciones recientes apoyan lo apropiado del constructo multidimensional propuesto por el DSM-IV en el diagnóstico del ADHD en ese país (Rodher et al., 2001).

El estudio realizado en Guatemala esta-

bleció la presencia de 30 síndromes psiquiátricos. El cuadro 2 resume los índices de los trastornos detectados en la muestra escolar, con y sin disfunción psicosocial.

Tal como se puede ver en el cuadro 2, cuando se agregó los criterios de disfunción a la definición de “caso”, el índice de prevalencia de la mayoría de los trastornos disminuyó en cierta medida. El síndrome psiquiátrico más frecuente en esta muestra fue el trastorno de déficit atencional seguido por el trastorno oposicionista desafiante. El nivel de 7,9 % en los sujetos de la muestra escolar que presentaban ADHD y disfunción es bastante similar al encontrado por Rodhe et al. (1999) en Brasil. Al igual que el estudio brasileiro, en la muestra guatemalteca el ADHD se correlacionó con otros trastornos comórbidos, tales

**CUADRO 2**

Tasas de trastornos psiquiátricos con y sin disfunción psicosocial en una muestra de 1.849 niños guatemaltecos en edad escolar, Circa 1993

Trastornos psiquiátricos	Cantidad de índices de casos identificados		
	Total n (%)	Sin disfunción psicosocial n (%)	Con disfunción psicosocial (casos reales) n (%)
1. Trastorno oposicionista desafiante	166 [9.0]	59 [3.2]	107 [5.8]
2. T. por déficit atencional – hiperactividad	278 [15.0]	132 [7.1]	146 [7.9]
3. Trastorno de conducta	8 [0.4]	0--	8 [0.4]
4. Trastorno de ansiedad	50 [2.7]	10 [0.5]	40 [2.2]
5. Trastorno obsesivo – compulsivo	40 [2.2]	20 [1.1]	20 [1.1]
6. Trastorno alimentario	97 [5.2]	54 [2.9]	43 [2.3]
7. Trastorno de identidad de género	9 [0.5]	4 [0.2]	5 [0.3]
8. Trastorno de tics	23 [1.2]	11 [0.6]	12 [0.7]
9.- Enuresis	36 [1.9]	23 [1.3]	13 [0.7]
10.- Tartamudeo	5 [0.3]	1 [0.1]	4 [0.2]
11.- Fumar (tabaco)	6 [0.3]	2 [0.1]	4 [0.2]
12.- Abuso de alcohol	2 [0.11]	1 [0.05]	1 [0.05]
13.- Abuso de drogas	3 [0.2]	1 [0.05]	2 [0.11]
14.- Trastorno psicótico	3 [0.2]	0---	3 [0.2]
15.- Trastorno depresivo	41 [2.2]	9 [0.5]	32 [1.7]

CUADRO 2 (continuación)

Índices de desórdenes psiquiátricos con o sin disfunción psicosocial en una muestra de 1.849 niños guatemaltecos en edad escolar, Circa 1993

Cantidad de índices de casos identificados			
Desórdenes psiquiátricos	Total n (%)	Sin disfunción psicosocial n (%)	Con disfunción psicosocial (casos reales) n (%)
16. Encopresis funcional	9 [0.5]	2[0.11]	7 [0.4]
17. Trastorno somatoforme	11 [0.6]	3 [0.2]	8 [0.4]
18. Parafilias	3[0.2]	0---	3 [0.2]
19. Parasomnias	35 [1.9]	20 [1.1]	15 [0.8]
20. Trastorno ficticio	3 [0.2]	2 [0.11]	1 [0.1]
21. Tricotilomanía)	5 [0.3]	2 [0.11]	3 [0.2]
22. Trastorno de estrés post-traumático	14 [0.8]	1 [0.1]	13 [0.7]
23. Trastorno del sueño (insomnio/hipersomnias)	28 [1.5]	13 [0.7]	15 [0.8]
24. Trastorno de adaptación	27 [1.5]	8 [0.4]	19 [1.0]
25. Abuso infantil (víctima)	4 [0.2]	0---	4 [0.2]
26. Retardo mental	6 [0.3]	0---	6 [0.3]
27. Trastorno específico del desarrollo	18 [1.0]	4 [0.2]	14 [0.8]
28. Factores psicológicos que afectan condiciones médicas	6 [0.3]	1 [0.1]	5 [0.3]
29. Trastorno disociativo	3 [0.2]	1 [0.1]	2 [0.11]
30. Trastornos generalizados del desarrollo	15 [0.8]	2 [0.11]	13 [0.7]

CUADRO 3

Psiquiatras infantiles de Latinoamérica, según países, Circa 2001

País	Número Repuestas	Población total del país	Cantidad total de médicos	Cantidad de personas atendidas por 1 médico	Cantidad de psiquiatras	Cantidad de psiquiatras infantiles
Brasil	4	157,000,000	206,000	774	6,000	?
Chile	2	14,000,000	16,000	875	350	85
Cuba	1	11,000,000	46,800	231	1200	207
Guatemala	1	10,621,000	2,171	3,999	90	6
Honduras	2	4,700,000	2,900	1,586	52	4
México	1	93,716,000	146,000	613	2,500	200
Venezuela	3	21,644,000	32,616	576	1400	60
USA	1	270,298,000	720,300	365	30,000	6,300

como el trastorno opositorista desafiante ( $\chi^2$  [df=9] = 70.5,  $p < .0001$ ), con trastornos de conducta ( $\chi^2$  [df=9] = 27.6,  $p = .0011$ ) y con trastorno depresivo ( $\chi^2$  [df=9] = 30.8,  $p = .0003$ ).

### **Recursos de la psiquiatría infantil en Latinoamérica**

De acuerdo con las respuestas obtenidas, se puede decir que la cantidad de psiquiatras infantiles resulta insuficiente para satisfacer las necesidades de la población de la región, con excepción de Cuba (ver cuadro 3). La cantidad de psiquiatras infantiles también varía de país en país. Cuba cuenta con más de 46.800 médicos (uno por cada 231 personas), 2.500 psiquiatras y 207 psiquiatras infantiles para una población de poco más de 11 millones (Libro del Año, Enciclopedia Británica, 2000, p. 585). Chile, para una población de poco más de 14 millones, cuenta con 16.000 médicos (uno por cada 875 personas), alrededor de 350 psiquiatras y 207 psiquiatras infantiles. Por otra parte, Guatemala, con una población total de más de 10,6 millones, tiene 2.171 médicos (1 por cada 3.999 personas), alrededor de 90 psiquiatras y 6 psiquiatras infantiles; y Nicaragua, con una población de más de 5 millones, de los cual el 45,1 % tiene 15 años o menos, no tiene ni un solo psiquiatra infantil. A pesar de que mejorar el estatus de salud de la población incluye mucho más que el entrenamiento de especialistas médicos, estas cantidades ilustran los escasos recursos para la salud mental infantil en la mayoría de los países de Centroamérica.

### **Práctica de la psiquiatría infantil en América Latina**

Tal como se ve en el cuadro 4, la mayoría

de los psiquiatras infantiles de Latinoamérica se encuentran en centros urbanos. Incluso en Cuba, donde se ha hecho un serio esfuerzo para ayudar a las provincias, la mayoría de los psiquiatras infantiles todavía está ubicada en sectores urbanos, en los cuales tienden a ser líderes del equipo de salud mental de niños y adolescentes.

Otro aspecto importante de la práctica de psiquiatría infantil en América Latina reside en que el punto de vista teórico predominante entre practicantes y académicos es el ecléctico, según el cual la mayoría de los psiquiatras infantiles resultan competentes en manejar temas psicodinámicos tanto como en implementar acercamientos sistémicos a la psicoterapia, y en proveer consultas psiquiátricas de enlace en las salas de los hospitales generales y en las escuelas. Finalmente, desde el punto de vista profesional, solamente México, Brasil, Guatemala y Chile señalan la existencia de una organización profesional a nivel nacional. Sin embargo, en la mayoría de los países latinoamericanos existen Capítulos de Psiquiatría Infantil dentro de las sociedades nacionales de Psiquiatría General a cargo de importantes temas profesionales y prácticas de la especialidad. Tal es el caso de Cuba y Venezuela, entre otros.

### **Especialización de los psiquiatras infantiles en Latinoamérica**

Tomando como referencia que el entrenamiento de psiquiatras infantiles empezó en Estados Unidos alrededor de 1930, es importante reconocer que en América Latina la práctica de la psiquiatría infantil comenzó casi recientemente. Con la excepción de Venezuela y México, en los cuales el primer psiquiatra infantil apareció alrededor de 1942 y 1951, respectivamente,

CUADRO 4

Características de la práctica de la psiquiatría infantil en Latinoamérica, por países, Circa 2001

País	Distribución geográfica de los psiquiatras infantiles en el país	Visión teórica predominante	Con disfunción psicosocial (casos reales) n (%)
Brasil	Mayormente Urbana	Psicodinámica	Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil
Chile	Mayormente Urbana	Ecléctica	Sociedad Chilena de Neurología y Psiquiatria Infantil
Cuba	Mayormente Urbana	Ecléctica	Ninguna. Sólo una sección de Psiquiatria Infantil dentro de la Sociedad Cubana de Psiquiatria
Guatemala	Mayormente Urbana	Ecléctica	Ninguna. Sólo un capítulo de Psiquiatria Infantil en la Asociación psiquiátrica guatemalteca.
Honduras	Mayormente Urbana	Ecléctica	Ninguna
México	Mayormente Urbana	Ecléctica	Asociación Mexicana de Psiquiatria Infantil
USA	Mayormente Urbana	Ecléctica	Academia Americana de Psiquiatria Infantil y Adolescente.
Venezuela	Mayormente Urbana	Ecléctica	Ninguna.

CUADRO 5

Especialización en psiquiatría infantil en Latinoamérica por país, Circa 2001

País	Año de inicio	Programa de especialización universitaria	País en el cual los psiquiatras infantiles locales se especializan preferentemente
Brasil	1960 ±	Sí	Localmente
Chile	1960	Sí	Localmente
Cuba	1959	Sí	Localmente
Guatemala	1960 ±	No	México / U.S.A.
Honduras	1976	No	U.S.A.
México	1951	Sí	Localmente
Venezuela	1942	Sí	Localmente
USA	1930 ±	Sí	Localmente

la mayoría de los países latinoamericanos comenzaron a ejercer la psiquiatría infantil alrededor de 1960.

El cuadro 5 sugiere que los países desarrollados de Latinoamérica tienen programas de especialización para psiquiatras

infantiles respaldados por universidades locales que incluyen, entre otros, a Cuba, México, Brasil, Venezuela, Chile y, muy probablemente, Argentina y Uruguay. En América Central, el área más pobre de la región, no hay programas de entrenamien-

to para psiquiatras infantiles en el ámbito universitario. No obstante, los psiquiatras infantiles latinoamericanos indican que gran parte de los niños que necesitan tratamiento psiquiátrico son atendidos por, ya sea psiquiatras generales, o psiquiatras infantiles especializados en instituciones locales no universitarias, o por psiquiatras mayores que tienen cierta experiencia en niños y adolescentes. En la mayoría de los países desarrollados latinoamericanos la especialización formal de los psiquiatras infantiles es proporcionada localmente, sobre todo en universidades nacionales. En los países menos desarrollados el entrenamiento de los psiquiatras infantiles se obtiene en el extranjero, ya sea en Estados Unidos, Europa o México.

En aquellos países en los cuales existen programas de especialización para psiquiatras infantiles, acreditados formal y universitariamente, los contenidos y exigencias son similares a los programas de especialización de Estados Unidos o Europa. Por lo tanto, para ser admitido en un programa de especialización psiquiátrica infantil, los candidatos deben haber completado, por lo menos, dos años de especialización en psiquiatría de adultos o general, y deben cumplir una residencia adicional de dos años en psiquiatría infantil para llegar a ser licenciados en la especialidad. El contenido académico típico de los programas incluye temas tales como desarrollo infantil, psicopatología infantil, psicoterapia lúdica, psicoterapia familiar y psicofarmacología infantil.

Por lo general, el componente práctico incluye la rotación del residente por períodos variables a través de centros de tipos específicos de pacientes, tales como servicios de consulta y enlace en hospitales

generales, instituciones que proporcionan cuidados en lugares especializados para trastornos graves del desarrollo (por ejemplo, retardo mental y autismo), consultoría escolar, y en centros que albergan a niños que manifiestan un serio comportamiento criminal, tales como aquellos bajo la jurisdicción del sistema judicial infantil. En general, se estima que el porcentaje de psiquiatras infantiles comparado con la cantidad de psiquiatras generales es más bien inadecuado, considerando que alrededor de la mitad de la población latinoamericana está integrada por adolescentes o niños menores.

## **Discusión y comentarios**

Moisés Gaviria (2001) indicó que para importantes sectores de la población latinoamericana ofrecer servicios de salud mental significa, además, incluir la satisfacción de necesidades básicas, tales como nutrición y condiciones higiénicas de vida para que estos individuos puedan desarrollar su potencial tanto mental como físicamente. Esto coincide con el informe de 1998 acerca del estatus de salud en las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 1998), el cual sostiene la noción de que la mejoría de los servicios de salud mental e infantil en Latinoamérica debe ser comprendida en el marco general de los servicios de salud infantil de la región.

Las autoridades nacionales de salud latinoamericanas se preocupan por el impacto sobre la salud pública de problemas sociales, tales como accidentes y violencia —incluyendo violencia doméstica—, el cigarrillo (Irwig, et al, 2000) y alcoholismo (Levav et al.) que frecuentemente afectan a la porción más joven de la población. En algunos países todavía se advierte una

proporción de baja estatura según la edad debido a períodos de inadecuada nutrición en aproximadamente el 50 % de los niños de edad preescolar y escolar. Este es un problema serio en términos de desarrollo físico e intelectual. Este panorama de condiciones psicosociales indica que las poblaciones latinoamericanas enfrentan una buena cantidad de factores de riesgo que amenazan el estatus de salud mental de niños y adolescentes. A pesar de que la mayoría de los estudios sugiere que los índices de trastornos psiquiátricos y su impacto sobre el funcionamiento de los niños son significativos, resulta evidente que la disponibilidad de los recursos para suplir sus necesidades son escasos, especial-

mente en lo que concierne a la cantidad y especialización de psiquiatras infantiles y otro personal igualmente especializado en salud mental.

Instituciones gubernamentales y no gubernamentales, tales como sociedades psiquiátricas y nacionales, y la Asociación Mundial de Psiquiatría deben revisar seriamente el estatus de salud mental de la población infantil de Latinoamérica y comenzar una iniciativa de largo alcance para mejorar la disponibilidad de recursos para todos los niveles de prevención y recuperación de acuerdo con principios éticos y de defensa de los derechos humanos de esta población.

---

### Referencias bibliográficas

- Almeida-Filho, N. (1982) Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31, 1145-1154.
- Araya, R., Rojas, G., Frisch, R., Acuña, J., Lewis, O. (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.
- De la Barra, F., López, C., George, M., Toledo, V., Siraqyan, X., Rodríguez, J. (1995) Perfiles conductuales de escolares de 1º básico del área occidente de Santiago. *Revista de Psiquiatría*, 12, 67-73.
- Berganza, C.E., Aguilar, G. (1992) Depression in Guatemalan Adolescents. *Adolescence*, 27, 771-782.
- Berganza, C.E., Mezzich, J.E., Gaitán, I., Cazali, L., Caldera, T., Klein, R. (1993, June) *Assessment of child psychiatric disorders in primary care*. Paper presented at the IX World Congress of Psychiatry. Río de Janeiro, Brasil.
- Berganza, C.E., Cazali, L., Gaitán, I., Mezzich, J.E. (1996) Validez de criterio de la Escala de Salud del Niño. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28, pp. 317-339.
- Berganza, C. E., Mezzich, J. E., Otero-Ojeda, A. A., Jorge, M. R., Villaseñor, S. J., Rojas-Malpica, C. (2001). The Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis: A cultural overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 433-446.
- Berganza, C.E. (2000, Nov 10). *Violencia y trastornos psicosociales en niños y adolescentes*. Presentado en Congreso Nacional de Salud Mental del año 2000. Guatemala.
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., et al. (1988) Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 1120-1126.
- Bird, H.R., Gould, M.S., Rubio-Stipec, M., Staghezza, B.M., Canino, G. (1991) Screening for child-

hood psychopathology in the community using the Child Behavior Checklist. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, pp. 116-123.

- Bralio, S.E., Ximena, R.S., Montenegro, H. (1987) Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago de Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 33, pp. 316-325.

- Brandenburg, N.A., Friedman, R.M., Silver, S.E. (1990) The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, pp. 76-83.

- Caraveo, J., Medina-Mora, M.E., Tapia, C.R., Rascón, M.L., Gómez, E.M., Villatoro, J. (1993) Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultado de una encuesta de hogares. *Psiquiatría* (2a. Época), 9, pp. 137-151.

- Caraveo, J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., López-Lugo, E.K., Martínez-Vélez, N.A. (1995) Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México*, 37, pp. 446-451.

- Carlini-Cotrin, B., Carlini, E.A. (1988) The use of solvents and other drugs among children and adolescents from a low socioeconomic background: a study in Sao Paulo, Brazil. *International Journal of Addiction*, 23, pp. 1145-1156.

- Costello, E.J. (1989) Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, pp. 836-841.

- Hjern, A., Angel, B., Hojer, B. (1991) Persecution and behavior: a report of refugee children from Chile. *Child Abuse and Neglect*, 15, pp. 239-248.

- Galduróz, J.C., Noto, A.R., Carlini, E.A. (1997) *Tendências do uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes do 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (1987-1989-1993-1997)*. Centro Brasileiro de Informacoes sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Universidade Federal de Sao Paulo. 15p.

- Gaviria, M. (2001, May 8). APA's Simon Bolivar Award Lecture: International Cooperation in Mental Health in the Americas: An Agenda for the New Millennium. Presented at the 15th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. New Orleans.

- Giel, R., De Arango, M.V., Climent, C.E., Harding, T.W., Ibrahim, H.H.A., Ladrado-Ignacio, L., Srinivasa-Murthy, R., Salazar, M.C., Wig, N.N., Younis, Y.O.A. (1991) Childhood mental disorders in primary health care: Results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68, 677-683.

- Hackett, R., Hackett, L. (1999). Child psychiatry across cultures. *International Review of Psychiatry*, 11, 225-235.

- Inciardi, J.A., Surratt, H.L. (1998) Children in the streets of Brazil: Drug use, crime, violence and HIV risks. *Substance Use & Misuse*, 33, 1461-1480.

- Irwig, M.S., Siles, X., Gotto, Jr., A.M. Rifai, N., Campos, H. (2000) Plasma lipids and other cardiovascular risk factors in Costa Rican adolescents. *Pan American Journal of Public Health*, 8, 234-241.

- Levav, I., Lima, B.R., Somoza-Lennon, M., Kramer, M., González, R. (1992) Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 107, 196-219.

- Madeira, F.R. (1998) Recado dos jovens: mais qualificação. En: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Comissao Nacional de Populacao e Desenvolvimento, Brasília [DF].

- Melville, M.B., Lykes, M.B. (1992) Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism. *Social Sciences and Medicine*, 34, 533-548.

- Miller, K.E. (1996) The effects of state terrorism and exile on Indigenous Guatemalan refugee children: A mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Development*,



67, 89-106.

- Munczek, D.S., Tuber, S. (1998) Political repression and its psychological effects on Honduran children. *Social Sciences and Medicine*, 47, 1699-1713.
  - Noto, A.R., Nappo, S.A., Galduroz, J.C., Mattei, R., Carlini, E.A. (1997) Use of drugs among street children in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 185-192.
  - Ortega, A.N., Rosenheck, R., Alegria, M., Desai, R.A. (2000) Acculturation and the lifetime risk of psychiatric and substance use disorders among Hispanics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 728- 735.
  - Pan American Health Organization (1998) *Health in the Americas*. Vol. I. Washington, DC: Autor.
  - Pan American Health Organization (2001) *About the Healthy Children Goal: Goal 2002 Initiative*. Document available by Internet from PAHO Website.
  - Reid, R. (1995) Assessment of ADHD with culturally different groups: the use of behavioral rating scales. *School Psychology Review*, 24, 537-560.
  - Rico, H., Magis, C., Guerrero, M.G., Gómez, M., Ruiz, C., Vargas, O., Silva, J.S. (1998). La frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. *Salud Mental*, 21, 12-18.
  - Rohde L.A., Barbosa, G., Polanczyk, G., Eizirik, M., Rasmussen, E., Neuman, R.J., Todd, R.D. (2001) Factor and Latent Class Analysis of DSM-IV ADHD Symptoms in a School Sample of Brazilian Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 711-718.
  - Rohde, L.A., Biederman, J., Busnello, E.A., Zimmermann, H., Schmitz, M., Martins, S., Tramontina, S. (1999) ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 716-722.
  - Rohde, L.A., Ferreira, M.H., Zomer, A., Forster, L. (1998) The impact of living on the streets on latency children's friendships. *Journal of Public Health*, 32, 273-280.
  - Roselli-Marques, A.C.P., Cruz, M.S. (2000) O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl. II), 32-36.
  - Solar, F. (1998) Prevalencia de problemas de salud mental en alumnos de 1º Básico en San Vicente, Talcahuano. Análisis desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Psiquiatría*, 15, 4-9.
  - Trujillo, M. (2000) Cultural psychiatry. In: B. J. Sadock & V. A. Sadock (eds.) *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. (pp. 492-499). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
-

# PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA

Graciela Rojas<sup>1</sup>, Haydée Andrés<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Santiago, Chile, <sup>2</sup> Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

## Introducción

La problemática asociada al envejecimiento de la población había sido considerada una realidad de los países desarrollados; sin embargo, se ha constatado actualmente que el número de adultos mayores tiende a crecer con mayor rapidez en los países en vías de desarrollo, constituyéndose en un problema por resolver en la gran mayoría de ellos.

La población de 60 y más años está aumentando en América Latina a una velocidad de 3 % anual, en comparación con un aumento de 1,9 % para la población total. Por eso, la Declaración del Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo establece como una de sus recomendaciones para enfrentar este fuerte aumento, la imperiosa "...adopción de medidas destinadas a generar los mecanismos institucionales necesarios para el suministro de servicios de seguridad social y de salud a este segmento de la población".

Países como Chile se encuentran en un proceso de envejecimiento poblacional paulatino y sostenido: a partir de los años sesenta se observa un descenso de la fecundidad y la mortalidad con un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. En el año 1960 la población de 60 años y más representaba aproximadamente un 7 % de la población total; esta proporción aumentó a un 9,8 % en 1992 y se proyecta

un 16,5 % para el año 2025, en el cual la población de adultos mayores sobrepasará los tres millones.

## Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la vejez

El estudio de la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en este grupo etario es una valiosa ayuda para determinar las necesidades de atención psicogeriátrica. La determinación de posibles factores de riesgo de los distintos trastornos psiquiátricos posibilita el diseño de políticas de prevención.

En la población general, es decir, entre las personas que viven en la comunidad en forma no institucionalizada, los trastornos depresivos constituyen el desorden psiquiátrico más frecuente en la vejez, aunque ésta no constituye factor de riesgo. La depresión en la vejez está asociada al sexo femenino, problemas de salud, pérdida de la pareja, nivel socioeconómico bajo, soporte social pobre y a la ocurrencia de eventos vitales recientes, inesperados y adversos.

El estudio epidemiológico más importante que se ha llevado a cabo en Estados Unidos, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en varias ciudades de Estados Unidos (*Epidemiologic Catchment Area*, ECA), determinó una prevalencia para depresión mayor y distimia de un 6,3 %, y cifras del orden del 12,9 % para depre-

sión subclínica en las personas mayores de 65 años. Ambas cifras son menores a las encontradas en el grupo etario del adulto joven, entre 18 y 24 años. En el Reino Unido se han encontrado cifras de 9 % de depresión mayor y de un 15,9 % de depresión clínicamente significativa en personas de 60 o más años.

Estudios epidemiológicos llevados a cabo en la ciudad de Zaragoza, en España, revelan cifras del orden del 4,8 % de depresión según criterios psiquiátricos DSM-III-R, siendo más frecuente el trastorno adaptativo con ánimo depresivo (2,5 %), luego la distimia (1,3 %) y, finalmente, la depresión mayor (1 %).

Un análisis de la muestra poblacional de la comunidad de Duke del estudio de la ECA, que comparó el grupo etario de 45 a 64 años con el grupo de 65 y más, muestra que tanto la prevalencia de seis meses como la de vida de distintos trastornos ansiosos disminuye en el grupo de 65 y más años (ver la tabla 1).

**Tabla 1**  
Trastornos de ansiedad. Prevalencia de seis meses (Estudio ECA-Duke)

Diagnóstico	Tramo etario	
	45 – 64	65 y más
Fobia simple	13,29	9,63
Fobia social	2,04	1,37
Agorafobia	7,30	5,22
Desorden de pánico	1,10	0,04
Tr. obsesivo-compulsivo	2,01	1,54
Tr. ansiedad generalizada	3,10	1.90

Los trastornos fóbicos son los problemas de ansiedad más frecuentes en los adultos mayores. Los trastornos de ansiedad pueden debutar en este grupo, aunque no es lo más frecuente. La agorafobia es un síntoma que puede aparecer en la tercera

edad y que se correlaciona con enfermedades físicas comórbidas u otros incidentes traumáticos. Los signos y síntomas de los trastornos fóbicos son menos severos en los viejos que en los adultos más jóvenes, sin embargo pueden ser más incapacitantes. Miedo a la muerte o a ser víctima de actos criminales son fobias específicas que pueden aparecer en la vejez. El trastorno de pánico puede, aunque rara vez, aparecer por primera vez en la vejez y, en este caso, los síntomas son más leves, pero la presencia de agorafobia es más frecuente que en los adultos más jóvenes. Ansiedad originada por enfermedades médicas o inducidas por consumo de sustancias es un trastorno definido en el DSM-IV como frecuente en la vejez. Enfermedades cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, neurológicas, infecciosas y algunos cánceres pueden presentar ansiedad. El consumo de algunos fármacos puede originar síntomas ansiosos como, por ejemplo, las drogas simpaticomiméticas, las hormonas de reemplazo, tanto tiroideas como esteroideas, y los psicofármacos.

El estudio de la ECA indicó que la prevalencia de síntomas positivos en pacientes esquizofrénicos que han envejecido, sumada a la de estados paranoides persistentes, no alcanza al 0,5 %, y el abuso y dependencia del alcohol asciende a un 2 %.

La frecuencia de demencia senil en la población senescente es del orden del 4 al 8 %, aumentando drásticamente a partir de los 80 años, según investigaciones efectuadas en Estados Unidos y diversos países europeos.

El proyecto “Demencias Asociadas a la Edad”, dirigido por la Dra. Pilar Quiroga, informó cifras de prevalencia de demencia del orden de un 5,96 % en personas

no institucionalizadas residentes en zonas urbanas al sur de Santiago de Chile, y un aumento de estas cifras con la edad, hecho que aparece en los resultados de los estudios epidemiológicos realizados en distintas partes del mundo (ver la tabla 2).

Tabla 2

Prevalencia de demencia según edad

Tramo etario (años)	Porcentaje (%)
65 – 69	7,7
70 – 74	13,5
75 – 79	18,9
80 – 84	29,0
85 y más	30,1

**Proyecto “Demencias asociadas a la edad”**

Entre los estudios epidemiológicos poblacionales que se han llevado a cabo en América Latina, que hayan incluido a personas de 60 o más años, cabe destacar el dirigido por el Dr. Benjamín Vicente en diez comunas de Santiago de Chile. Esta investigación informó una tasa de prevalencia de seis meses para algún trastorno CIDI – DIS/DSM III de 28,26 % para el grupo etario de 60 y más años, solo levemente superior al encontrado para el grupo etario de 15 a 24 años (28,1 %) y muy inferior a los grupos de 25 a 59 años (31,76-49,81 %). Los adultos mayores presentaron 5,58 % de trastornos afectivos, 7,06 % de trastornos ansiosos/somatomorfos, 1,12 % de abuso/dependencia a alcohol y drogas, 1,12 % de trastornos esquizofrénicos y 13,39 % de síndrome orgánico cerebral, siendo esta última patología la única que aumentó en el grupo de 60 o más años.

Las tasas de suicidio aumentan con la edad, lo que está en contradicción con la disminución de las tasas de depresión. En

Chile, las tasas de suicidio en los mayores de 65 años más que duplican la de los jóvenes entre 15 y 24 años. Como factores de riesgo se encontraron: el sexo masculino, la depresión residual, el alcoholismo, la separación conyugal, la viudez, el padecimiento de una enfermedad física grave e intentos suicidas anteriores.

Los problemas psiquiátricos en los adultos mayores son considerablemente más frecuentes en los servicios médicos hospitalarios y ambulatorios.

Estudios internacionales indican que las cifras de patología psiquiátrica aumentan entre un 40 % a un 50 % entre los senescentes hospitalizados por enfermedades físicas, siendo frecuente la comorbilidad de enfermedades físicas con trastornos depresivos, ansiosos o estados confusionales.

Un estudio llevado a cabo en la atención primaria en Chile indica que más de un 40 % de los senescentes que consultan por morbilidad general presentan un trastorno psiquiátrico.

En los hogares de ancianos la gran mayoría de sus residentes presenta algún trastorno psiquiátrico, ya sea un síndrome demencial o alteraciones severas de conducta.

Los trastornos psiquiátricos en la vejez deben ser vistos en el contexto de un proceso de envejecimiento físico, mental y social. La mayoría de los senescentes sufre, al menos, una enfermedad física; sin embargo, solo una minoría está incapacitada para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria necesitando vivir en hogares protegidos o casas de reposo. Con el envejecimiento se producen cambios en la velocidad de las actividades intelectuales, pero la mayoría de los senescentes permanece

mentalmente competente y, teniendo en cuenta esta normalidad, los adultos mayores deben ser evaluados psiquiátricamente considerando además que el envejecimiento influye en la presentación, curso y tratamiento de los problemas psiquiátricos.

### **La psicogeriatría en América Latina**

Según nuestro conocimiento, existe actividad gerontopsiquiátrica en Cuba, Uruguay, República Dominicana, Panamá, Perú, Brasil, México, Chile y Venezuela. Presentaremos aquí los ejemplos de Argentina y México.

- En Argentina, en los hospitales generales que dependen del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, existen servicios de psicopatología y salud mental y, dentro de ellos, un sector de gerontopsiquiatría para atención ambulatoria.

Con representantes de cada una de estas secciones de servicios de psicopatología y salud mental se formó la Red de Psicogeriatría del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esta red, en sus inicios, fue asesorada por el Dr. Mario Strejilevich y, luego, continuó por varios años la Dra. Haydée Andrés; actualmente realiza cursos de la especialidad y participa en distintos eventos gerontológicos. En la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires funciona la Cátedra de Psicología de la Vejez como materia de grado optativa, y en la Facultad de Medicina de la misma universidad se dictan cursos de actualización en posgrado, de un año de duración. También en universidades privadas, en el nivel de posgrado, se dictan carreras relacionadas con gerontología. En universidades del interior existen carreras de posgrado en gerontología, por ejemplo, en la Universidad Nacional de Córdoba y en la Universidad

de Tucumán.

En la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) se encuentra el Instituto de Formación de Posgrado donde se lleva a cabo la carrera de psiquiatría. En el tercer año de esta carrera se dicta el módulo de Gerontopsiquiatría, de una hora semanal, con 64 horas de duración en un cuatrimestre. Desde esta asociación también se proponen cursos más intensos de psicogeriatría de duración anual. Asimismo, realiza todos los años su congreso anual con masiva concurrencia de los psiquiatras del país. Allí hay cada vez más actividad gerontopsiquiátrica: cursos intracongreso y simposios con invitados extranjeros. La APSA también tiene sesiones o capítulos. El de Gerontopsiquiatría, junto con el de Infanto-Juvenil, fueron los primeros en crearse. Este capítulo realiza tarea docente a través de cursos anuales, jornadas, ateneos mensuales, con profusa participación en los congresos anuales.

En la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría surgió la propuesta de formar un Foro de Gerontopsiquiatría integrado por tres sociedades: la Asociación de Psiquiatras Argentinos, la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría y la Sociedad Neurológica Argentina. Este foro participa con una mesa redonda en cada uno de los congresos de cada especialidad. Desde hace varios años, en la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría, se desarrolla, auspiciado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), un curso anual de posgrado de Psicogeriatría para geriatras y psiquiatras.

En la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría los gerontopsiquiatras somos convocados para dictar el Módulo de Gerontopsiquiatría en la carrera de especia-

listas que lleva a cabo la sociedad con la Asociación Médica Argentina. En este ámbito, participamos activamente junto con los médicos geriatras en los congresos de gerontología y geriatría con cursos y mesas redondas.

En Argentina es grande el número de psiquiatras y geriatras que se interesan en esta formación. Las posibilidades laborales los llevan a trabajar con adultos mayores y, entonces, recurren a esta formación.

- En México, en 1993, se incorporó la Cátedra de Psicogeriatría a la especialidad de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). A partir de 1999, el Instituto Nacional de Psiquiatras "Ramón de la Fuente" realiza, anualmente, el Diplomado de Psicogeriatría para psiquiatras titulados. La Asociación Psiquiátrica Mexicana estableció el Capítulo de Psicogeriatría con el objetivo de realizar actividades académicas sin reconocimiento como subespecialidad.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino de Álvarez" cuenta con el servicio de psicogeriatría (hospitalización y consulta externa). Realiza el Diplomado de Psicogeriatría con duración de un año académico, dirigido a médicos generales, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales y con reconocimiento de la UNAM. Desde 1995 todos los hospitales psiquiátricos del país cuentan con servicio de psicogeriatría. En 1994, la Secretaría de Salud de México normativiza y reconoce un programa de "atención de adultos mayores".

En la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL) se pidió la apertura de la Sesión de Gerontopsiquiatría, lo que fue aprobado en el Congreso de APAL que se llevó a cabo en La Habana, Cuba, en 1988. Desde entonces en los congresos de la

APAL se realizan encuentros de la sesión y se ha logrado acercar a psiquiatras que se interesaban en el tema.

## **El futuro desarrollo de la psicogeriatría en América Latina**

El desarrollo de la psicogeriatría en Latinoamérica implica:

Educación de la población sobre los eventos vitales que se producen en la etapa de la vida denominada vejez y sus posibles formas de enfrentamiento.

Su integración en el currículum de pregrado de las carreras relacionadas con la salud.

Su enseñanza en el currículum de formación de posgrado de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales.

Su integración en cursos de postítulo para profesionales de la salud.

Diseño de programas de detección y tratamiento de los principales trastornos psiquiátricos de la vejez en la atención primaria de salud.

Incorporación de un componente de psicogeriatría en los servicios de geriatría que, necesariamente, deberán desarrollarse en los hospitales generales.

Incorporación de un componente de psicogeriatría en los hospitales geriátricos actualmente existentes o por formarse.

Desarrollo de la psicogeriatría como una subespecialidad de la psiquiatría, lo que deberá reflejarse en la oferta de servicios para la tercera edad en clínicas y hospitales psiquiátricos.

---

## Referencias bibliográficas

- Alessi, C. & Cassel, C. (1996) Medical Evaluation And Common Medical Problems. In: J. Sadavoy, L. Lazarus, L. Jarvik, G. Grossberg, (eds). *Comprehensive Review Of Geriatric Psychiatry-II*. American Psychiatric Press, Washington DC.
  - American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*, ed. 4. American Psychiatric Association, Washington DC.
  - CEPAL/CELADE/FNUAP (1993) *Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*. Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo, México DF.
  - Clarke, A.H. & Lewis M.J. (1982) Fear of crime among the elderly. *British Journal of Criminology*, 232, p. 49.
  - Domínguez, O. (1987) *Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años y más en Chile*. Simposio Internacional sobre "El envejecimiento ante el fenómeno del desarrollo. Aspectos multidisciplinarios". Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social.
  - Escobar, M.C. y Salinas, I. (1996) Diagnóstico situación de los adultos mayores en Chile. En: F. Lolas, (ed.) *Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos demográficos*. Impreso Talleres Gráficos Dapaa, Santiago de Chile.
  - Gómez, A. (1998) Trastornos depresivos y suicidalidad. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 36 (2), pp. 93-101.
  - Gurland, M.D. (1996) Epidemiology of Psychiatric Disorders. In: J. Sadavoy, L. Lazarus, L. Jarvik & G. Grossberg, (eds.) *Comprehensive Review Of Geriatric Psychiatry-II*. American Psychiatric Press, Washington DC.
  - Litvak, J. (1995) *Políticas y programas de atención a los ancianos*. Documento presentado en el "Taller sobre políticas y programas de atención a los ancianos en cuatro países de América Latina", 18-20 mayo, Santiago de Chile.
  - Medina, E., et al. (1995) Atención médica en Santiago. *Revista Médica de Chile*, 123, pp. 108-115.
  - Rojas, G., González, M.I., Varas, Y., et al. (1995) Trastornos cognitivos y emocionales en los senescentes: detección y manejo por el médico general. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 33, pp. 39-43.
  - Sheikh, J.I. (1993) *Is late onset panic disorder a distinct syndrome?* Proceeding of the 146<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting of The American Psychiatric Association, San Francisco, Ca, May.
  - Vicente, B., Saldívia, S., Rioseco, P., et al. (1994) Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Revista de Psiquiatría*, XI (4), pp. 194-202.
-

# CORRIENTES PSICOLÓGICAS Y PSICOTERAPÉUTICAS EN AMÉRICA LATINA

---

Héctor R. Fischer, María Carlota Piaggio, Inés Negreira, y Franca Tiberi  
*Universidad Argentina John F. Kennedy, Buenos Aires, Argentina*

## Introducción

Entendemos que a través de la historia los conceptos psicológicos y psicoterapéuticos están ligados indefectiblemente al momento histórico, filosófico, social y cultural en el que se desarrollan. No existe actividad humana alguna que pueda desprenderse de la realidad que la rodea, y en la cual se desenvuelve, progresa o se destruye, por eso el relativismo cultural se impone sobre las concepciones universalistas. Sin embargo, existen modelos o desarrollos que marcan no solamente estrategias, sino también concepciones acerca del sujeto al que debemos asistir.

Desde este punto de vista, pensamos que existen tres tipos de escuelas o desarrollos en el curso de la historia de la psicología indefectiblemente ligados a la medicina que, a su vez, tienen su origen en un momento determinado de la evolución humana. Los especialistas tratan a sus pacientes de acuerdo con alguno de estos modelos, aunque se esté en búsqueda de un modelo integrador u holístico que pueda abarcar al ser humano y a sus diferentes posibilidades psicoterapéuticas. A pesar de que ya no existen, prácticamente, discusiones acerca de que el hombre es un ser biopsico-social, agregaremos que, además, es un ser valorativo y que, en el momento

de su tratamiento, esta premisa muy generalmente no es tenida en cuenta, por cierta tendenciosidad del quehacer profesional. Esto es muy similar a lo que sucede en la astronomía, donde nos proclamamos copernicanos y afirmamos que la tierra gira alrededor del sol mientras éste permanece relativamente estático; pero, en la práctica, es muy común sostener que “el sol sale” como si fuera el astro el que se trasladó mientras la tierra queda firme, transformándonos así en verdaderos ptolomeicos.

Estos modelos, de acuerdo con lo publicado por Fischer y Piaggio (1996), serían: el organogenético, que tiene su punto de partida en el siglo V a.C. en el seno de la cultura griega; el psicogenético, que se afirma sobre el pensamiento judeo-cristiano; y el sociogenético, que se desarrolla a partir de la primera Revolución Industrial en el siglo XVII.

No escapará al intelecto de nuestros lectores que tanto el moderno abordaje psicofarmacológico, y su cada vez más sofisticada producción de moléculas, como el conductismo o la reflexología se encuentran ubicados dentro del primer modelo, mientras que las hipótesis teóricas de diferentes tipos de aparatos psíquicos y la jerarquización de un inconsciente dinámico y atemporal, constituyen el núcleo del



desarrollo del psicoanálisis que, conjuntamente con las diferentes formas de terapias existenciales, se incluyen dentro del grupo denominado psicogenético. Por último, también en relación con el momento de su surgimiento, los desarrollos sociogenéticos permiten los abordajes familiares y también sociales, incluyendo las ideas de lo que se dio en llamar la antipsiquiatría. Quisiéramos que quede claro que los nombres deslizados solamente marcan algunas de las posibilidades que se dan en el campo del tratamiento psicológico, pero no todas. A lo anteriormente expresado debemos agregar que tiene que existir una íntima relación entre la concepción antropológica que sustentamos, es decir qué noción de hombre tenemos, con el método que utilizaremos en su abordaje, para arribar, así, a un acto de conocimiento específico. Es decir, que debe existir una triple adecuación (Fischer y Piaggio, 1997) óptica (objeto), metodológica (método) y gnoseológica (acto del conocimiento) para realizar, con posible éxito, un tratamiento psicológico.

Esta introducción está dirigida, en primer lugar, a entender que la historia de la humanidad se desarrolla bastante uniformemente, o sea, que los saltos cualitativos o rupturas epistemológicas son muy pocas, produciéndose lenta y uniformemente las modificaciones. Esto es lo que ocurre con el desarrollo de las líneas psicológicas en América Latina, que tiene pequeñas diferencias entre los países pero sí con la mayoría de los del hemisferio norte, debido al poder económico de éstos y al importante desarrollo en los sistemas de comunicaciones, provocando que a Latinoamérica la información académica llegue siempre con considerable retraso. Recién en los últimos tiempos, con el advenimiento de internet,

este último aspecto se está equilibrando.

### **Aspectos históricos**

En general, podemos sostener que las bases de una psicología científica en Latinoamérica no han sido sistematizadas, debiéndose rastrear en datos emanados de otras disciplinas afines y en los archivos de entidades académicas, hospitalarias y científicas. Las dos vertientes que contribuyeron a la formación de las bases de la psicología son la filosofía y la medicina, tan así es que uno de los primeros datos obtenidos nos señalan que la psicología filosófica escolástica comienza a enseñarse en la nueva Universidad de Córdoba (Argentina) en el año 1621, entonces bajo el dominio español.

Es indudable que los vaivenes políticos y las migraciones, sobre todo de Europa Central, guardan estrecha relación con la instalación y desarrollo de las diferentes corrientes psicológicas en América Latina.

No se poseen otros datos importantes hasta mediados del siglo XIX y comienzos del XX, en los cuales la disciplina comienza a desarrollarse con más fuerza, aunque ya en 1827 se inicia la psicoterapia en Argentina, con la tesis doctoral de Diego Alcorta y, en 1878, Luis Güemes con la tesis "Medicina Moral" (nombre con que se conocía la psicoterapia en aquellos tiempos). En Colombia, la psicología como ciencia comienza con unos pequeños esbozos a mediados del siglo XIX.

Al comenzar la segunda mitad del siglo XX, la psicología en América Latina continuaba bajo la influencia de los pioneros europeos, procedentes de Alemania, España, Polonia, Hungría y Rusia, que habían llegado a estas tierras en las décadas de los años 20, 30 y 40, y se establecieron en

Argentina, Brasil, Colombia, Perú, Uruguay y Venezuela. Algunos de estos eran Waclaw Radecki, Helena Antipoff, Mercedes Rodrigo, Francisco del Olmo, Emilio Mira y López, Walter Blumenfeld, Carl Jesinghaus, Béla Székely y Gregorio Fingermañ.

En la última década del siglo XIX, llegaban a Chile, Guillermo Mann y Enrique Schneider contratados por el gobierno de ese país, quienes hacia 1889 asumieron sus respectivas cátedras de psicología en la Universidad de Chile.

En 1907 se crea el Laboratorio de Psicología Experimental en la Escuela Normal de Copiapó y el Laboratorio para la Docencia e Investigación Científica en Psicología de la Universidad de Chile.

No existen dudas de que Chile fue el primer productor de psicólogos en el Cono Sur, profesión que posee más de un siglo como disciplina universitaria y más de sesenta años de experiencia en el entrenamiento profesional.

La psicología, como área del saber, ya se enseñaba en México desde 1896 y se ha desarrollado bajo el influjo europeo y norteamericano. En una primera etapa es sumamente notoria la influencia de la psicología francesa (Janet, Pierón, Ribot, por ejemplo), y de la alemana (Wundt y Kulpe, y, posteriormente, Freud, Jung, entre otros).

En Argentina, y explícitamente a su capital, en 1908 se crea, bajo la influencia de José Ingenieros, la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, cuyos miembros trabajaban con hipnosis, luego, sugestión y, por último, persuasión.

A partir de 1915 y hasta la década del '30, los planteos positivistas dieron paso a otros proyectos que pusieron mayor acento en la perspectiva filosófica y psicológica, de origen principalmente alemán. La tenden-

cia teórica de esa época estuvo claramente centrada en los procesos psíquicos superiores, de corte vitalista y axiológica, que enfatizó lo emocional y lo afectivo por sobre otro tipo de consideraciones.

En los años treinta irrumpe la psicología médica y las teorías freudianas, de las cuales se hace parlante en 1936; en 1945 Emilio Pizarro Crespo y Lelio Zeno publican la primera obra latinoamericana de medicina psicosomática denominada "Clínica Psicosomática".

En Brasil, entre 1914 y 1930, varios psiquiatras contribuyeron a la progresiva difusión de las hipótesis psicodinámicas en los principales centros urbanos. En 1927 se fundó en San Pablo la Sociedad Brasileira de Psicanálise, primera sociedad psicoanalítica de Latinoamérica. Al año siguiente se creó la Revista brasileira de psicanálise que fue acogida con entusiasmo por el mismo Freud. En 1936 se instaló en San Pablo Adelheid Koch, proveniente del *Berliner Psychoanalytisches Institut*; ella fue la primera analista didacta de Brasil (Roudinesco y Plon, 1998).

Con motivo de la Guerra Civil española y, luego, por la Segunda Guerra Mundial, diferentes especialistas europeos migran hacia América, no siendo extraño que por la influencia de varios de ellos —como Ángel Garma, Arnoldo Raskovsky, Celes Cárcamo (argentino, pero recién llegado de su formación psicoanalítica en París)— Marie Langer, Heinrich Racker, y los aportes argentinos de Enrique Pichon-Rivière y Alberto Tallaferro, funden en 1942 la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), reconocida por el Congreso Internacional de Psicoanálisis en la ciudad de Zurich, en 1944, como miembro de la *International Psychoanalytical Association* (IPA). A partir

de ese momento la APA se transforma en el centro convocante para la formación de aspirantes a psicoanalistas de toda Latinoamérica.

El 17 de diciembre de 1951 se funda en la Ciudad de México la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). El primer Congreso Interamericano de Psicología se llevó a cabo en Santo Domingo (República Dominicana) entre el 10 y el 20 de diciembre de 1953.

Por entonces, producto de la influencia de los pioneros europeos, la corriente científica de orientación objetiva, experimental y psicométrica había alcanzado un significativo desarrollo en América Latina.

Hacia las primeras décadas del novecientos se generan reacciones espiritualistas lideradas por Alejandro Korn, en Argentina, Antonio Caso, en México, y Alejandro Deustua, en el Perú. Metodológicamente la filosofía de Bergson, cuyo pensamiento orientó la reacción en contra del positivismo, implicaba la exaltación de la intuición como medio para penetrar en las profundidades de la realidad psíquica. A la doctrina de Bergson se sumaron expresiones del idealismo alemán, que se inicia con la fenomenología de Husserl y continúa con la difusión de los sistemas de Scheler, Hartmann y Heidegger.

Sin embargo, y como consecuencia de la sucesión de gobiernos dictatoriales (militares y civiles), la carrera de psicología se crea en el suelo Argentino recién en 1955, y en el ámbito de la Facultad de Filosofía y Letras, lo que suena muy extraño en un país que, prácticamente desde sus orígenes, se planteó la existencia de la psicología y de la psicoterapia. Las primeras carreras y escuelas de psicología en universidades públicas en la Argentina fueron la de Rosario

(1955/6), la de Buenos Aires (1957), la de Córdoba (1958), la de La Plata (1958), la de San Luis (1958), la de Tucumán (1959), y la de Mar del Plata (1966). En este país, desde los primeros graduados y durante casi veinte años, el psicólogo fue considerado, de acuerdo a la Ley N° 17.132 de 1967, como auxiliar del médico psiquiatra.

Haciendo un pequeño rastreo de lo que sucede en el resto del continente, vemos que los demás países de la región se encuentran a gran distancia de estos precursores de las prácticas y abordajes psicológicos.

Por ejemplo, los antecedentes de las ideas psicológicas en Cuba se encuentran en la obra filosófica progresista de pensadores del siglo XX, como Félix Varela, José de la Luz y Caballero, y Enrique José Varona. En este país, antes de 1959, no existía la escuela de psicología, pero se la impartía como asignatura en las carreras de filosofía y letras y pedagogía. Recién el 10 de enero de 1962 se crea la Escuela de Psicología, quedando estructurada dentro de la Facultad de Ciencias. La línea científica y metodológica seguía los lineamientos imperantes en la entonces Unión Soviética.

Es notoria la diferencia que existe con un país como Chile, en el que la primera entidad formadora de psicólogos en la Universidad de Chile tiene fecha de creación el 20 de agosto de 1946, por Decreto 1023, y que tuvo desde el comienzo una orientación hacia el campo experimental, si bien aplicada a problemas laborales y educativos.

Por otro lado la carrera de psicología en Bolivia tiene su origen en el Departamento de Psicología, que comenzó sus actividades en el año 1966 atendiendo las necesidades de las distintas carreras de la Universidad de La Paz, ofreciendo a los estudiantes e

instituciones los servicios clínicos y de orientación con el nombre de Centro de Investigación Psicológica.

Por esa misma época, tanto en Chile como en México —con la gradual influencia europea—, se incorporaron abordajes psicodinámicos y otros de orientación fenomenológico descriptiva de tipo existencial.

Un par de años más tarde se inicia en la República Dominicana la formación de psicólogos, estableciéndose la carrera de psicología en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y en la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

En Guatemala, por la misma época, fue creada la Escuela Superior de Psicología y, desde sus inicios, proyectó sus esfuerzos a preparar, en los niveles de maestría y doctorado, profesionales sólidamente capacitados para desempeñarse competentemente en distintas áreas de aplicación de la administración y desarrollo de recursos humanos. Todos estos enfoques fueron más tarde enriquecidos con la integración de los aportes desarrollados por la Psicología Cognitiva y la Teoría de Sistemas a los programas de investigación y docencia de la escuela mencionada.

Retomando la situación de la Argentina, es necesario destacar que frente a los cambios históricos ocurridos en este país entre 1976 y 1983 la psicología fue vista como “subversiva” y contrapuesta a las tendencias que el gobierno de facto intentó instaurar, razón por la cual fue categorizada por los militares como “ideología exótica” con el consecuente cierre de las inscripciones en diversas carreras de psicología (entre otras barbaridades).

Con el retorno de la democracia en 1983, la situación se volvió a modificar, las Universidades de Psicología volvieron a funcio-

nar como lo hacían antes del golpe militar de 1976 y muchos docentes exiliados pudieron retornar a nuestro país.

Como puede apreciarse, el desarrollo de la psicología y, como consecuencia de ella, de las corrientes psicoterapéuticas actuales, se fue instalando con dispareja distribución con el correr del siglo XX.

### **Aspectos psicoterapéuticos**

Volviendo al comienzo de nuestro trabajo, en el cual planteábamos la existencia de diferentes desarrollos o corrientes en el ámbito psicoterapéutico, debemos reconocer que en nuestro continente han tenido cabida todos y cada uno de ellos, con mayor o menor posicionamiento. En general, podríamos afirmar que hacia principios del siglo XX predominaron las corrientes ligadas a lo orgánico-experiencial; a partir de la segunda guerra mundial comenzaron los abordajes psicodinámicos, como el psicoanálisis o el análisis existencial, y hacia último cuarto de siglo comenzaron a surgir métodos más ligados a la necesidad de “agilizar la cura”. También es interesante la aparición de las denominadas terapias alternativas, como las flores de Bach, la aromaterapia, la gemoterapia, técnicas de relajación, entre otras.

En muchos países con predominio de inmigración europea está adquiriendo una gran importancia la psicología comunitaria, con un trato social y grupal de la enfermedad, pero haciendo hincapié, básicamente, en la psicología de la salud.

Con un afán más informativo que formal académico, intentaremos hacer un recorrido por los diferentes tipos de tratamientos terapéuticos, sin tomar partido ni marcar diferencias cuantitativas, sino haciéndolo simplemente en un orden alfabético.

*Análisis transaccional.* Es una herramienta que intenta la comprensión del sí mismo a partir de la comprensión del otro, y de desprender los sentimientos negativos a partir de una concepción psico-socio-cultural y familiar. Actualmente muchos profesionales venezolanos, guatemaltecos, nicaragüenses y peruanos se forman siguiendo los principios del Análisis Transaccional, según la concepción de Eric Berne.

*Cognitivismo.* Su prevalencia se encuentra en países tales como Uruguay, Costa Rica, Guatemala y República Dominicana, siendo muy reciente su ingreso a países más desarrollados, como Argentina y Brasil. En Paraguay se intenta utilizarlo en los programas sociales que implementa el gobierno.

En sus vertientes conductuales (Bandura, Rotter, Mischel) en Chile, Venezuela y Colombia adquiere su máxima inserción, aplicándose al campo laboral para comprender el rol de la empresa en la sociedad y las formas de gestión en sus diferentes áreas (producción, marketing, desarrollo, negociación, entre otras), ya que en todas ellas participa activamente el sujeto humano, objeto de preocupación y estudio del psicólogo.

*Conductismo.* La tendencia predominante en el ámbito mexicano, en sus inicios, fue la conductista, sobre todo bajo el enfoque skinneriano. Del mismo modo sucedió en Nicaragua y Costa Rica. Otra vertiente del conductismo es la reflexológica; Jorge Thenon abre el camino en Argentina, en 1945, con el Seminario de Estudios Pavlovianos. Un año antes Konstantin Garivlov intenta la consolidación del freudismo con el pavlovismo con "El problema de la neurosis en el dominio de la reflexología" y en 1953 con "El psicoanálisis a la luz de la re-

flexología".

Gestalt. Héctor Salama Penhos fundó, en 1983, el Instituto de Psicoterapia Gestalt, que también tuvo desarrollos en Argentina, Nicaragua y Ecuador, aunque en estos momentos se encuentra con escasa evolución.

*Psicoanálisis.* Como se señaló anteriormente, la APA es una de las primeras instituciones de esa orientación en Latinoamérica, luego de la brasilera, concurriendo para su formación diferentes profesionales del resto del continente. En 1943 aparecen las primeras producciones científicas de la sociedad, a partir del artículo de Ángel Garma "La génesis del juicio de realidad", al que sigue Celes Cárcamo con "Impotencia psíquica y neurosis actuales". En julio del mismo año la APA publica su órgano oficial: la *Revista de Psicoanálisis*, primera de habla española.

La práctica y la enseñanza del psicoanálisis en México fueron inauguradas por Erich Fromm en el año 1950, quien se había trasladado desde Nueva York por problemas de salud de su esposa. Su presencia motivó a un grupo de médicos para solicitarle análisis y formación psicoanalítica. De este grupo surge en 1956 la Sociedad Mexicana de Psicoanálisis.

En 1945, unos años antes de la llegada del Fromm a México, y no existiendo allí psicoanalistas que se abocaran a hacer su análisis personal, los doctores Santiago Ramírez, Avelino González, entre otros, viajaron a Buenos Aires para comenzar su formación en la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Tal como se mencionó, la difusión del psicoanálisis comenzó en Brasil ya en 1914. Con el tiempo se produjo un gran desarrollo clínico, primero en San Pablo, que se pro-

pagó a otras ciudades. Pero, a diferencia de Argentina, no surgieron nuevos teóricos, tal vez debido a que entre los emigrados a Brasil no se encontraron educadores y, a la vez, teóricos, como sí se dio en Buenos Aires. Las cifras actuales demuestran que la implantación del psicoanálisis en Brasil sigue siendo un fenómeno urbano. Después de setenta años de existencia sigue siendo un asunto de la burguesía blanca, y fuertemente feminizado (70 % de profesionales mujeres).

La Sociedad Psicoanalítica de Venezuela se formó a comienzos de 1989, cuando los teóricos en psicoanálisis decidieron formar un nuevo grupo que fuera componente de la IPA. Por la misma época surgen grupos dedicados al psicoanálisis con orientación lacaniana: se dictan seminarios dedicados al estudio de las teorías de Sigmund Freud y Jacques Lacan.

En Nicaragua, dentro del psicoanálisis, encontramos las vertientes freudianas clásicas y la orientación lacaniana. Sin embargo, en Argentina y en Brasil el lacanismo tiene su mayor difusión, con varias escuelas introducidas a partir de los aportes de Oscar Massota desde 1964.

*Psicoterapias breves.* Se encuentran en franco incremento por los costos de otros tipos de terapia y la necesidad de una rápida reintegración de los sujetos a la cadena laboral y la vida social. Coadyuva a este auge el régimen de la medicina prepaga.

No debemos olvidar otros enfoques, como los sistémicos, existenciales o las teorías de la comunicación y el aprendizaje, que tienen su campo de acción en tratamientos de tipo grupal y familiar.

### **Aspectos sociopolíticos**

Más allá de las diferentes prácticas psi-

coterapéuticas, Latinoamérica presenta un mapa de miserias, no solamente económicas, que dificulta el trabajo en salud mental. Tanto es así que en 1990 diferentes actores sociales se reunieron en Venezuela para proponer medios para una mejor asistencia psiquiátrica y psicológica, resultando una valiosa declaración (conocida como la "Declaración de Caracas") que enfatizó en la prevención y atención primaria de los problemas de salud mental, en la descentralización de los servicios a la comunidad y en neutralizar la influencia de la concepción manicomial de la salud mental. Sabemos que no son las declaraciones las que cambian la historia, pero muchas veces son útiles como punto de partida para cambios significativos.

Se nos presenta un mundo muy particular, con países como República Dominicana donde se calcula que treinta mil mujeres ejercen la prostitución y cientos de ellas han sido "exportadas" a países de mejor condición económica.

Otro estigma es el alcoholismo que afecta a un gran número de adultos jóvenes, incrementándose sobre todo en la adolescencia. El consumo de alcohol, especialmente en grupos callejeros, es un cuadro cotidiano en los países en vías de desarrollo.

Otro aspecto importante es el de la violencia en general y la familiar en particular, con abuso de menores y otras formas de pérdida de la dignidad. La correlación alcohol-violencia familiar es muy alta, por lo que, lamentablemente, esta última está en franco aumento, ya se trate de violencia ejercida sobre los hijos o sobre los cónyuges, y también sobre ancianos, pudiendo ser ésta de tipo psicológico, físico o, incluso, sexual. Diversos países del área han habilitado oficinas especiales (o comisarías

de la mujer] para que se puedan efectuar las correspondientes denuncias que, pese a las campañas de difusión, constituyen un porcentaje muy bajo (alrededor del 20 %).

Una de las consecuencias psicológicas de esta situación es la alta incidencia de depresión en la población, siendo el padecimiento psicológico de mayor impacto, constituyéndose en una de las principales causas de consulta médica, aun cuando no se concurre por la depresión en sí. Es sabido que la prevalencia de psicopatologías en las consultas de atención primaria es alta, estimándose que los problemas de depresión y ansiedad llegan a estar presentes en el 30 % de los pacientes que acuden al médico general. No obstante, la capacidad de los profesionales para identificar estos procesos es baja, calculándose que hasta un 50 a 70 % de ellos pasan desapercibidos ante el médico de familia.

En Latinoamérica, más allá de las particulares diferencias según regiones, la depresión se suele manifestar en su forma enmascarada: las personas tienden a experimentar este cuadro con dolores y malestares que persisten a pesar del tratamiento médico.

Otro flagelo de la posmodernidad latinoamericana es el incremento del consumo de drogas (marihuana y cocaína, entre otras). No hay que olvidar que muchos de estos países son productores de materia prima. Hoy vemos niños en la calle que se drogan con diferentes productos de consumo masivo, como pegamentos, jarabes antitusivos o productos de bajo costo, pero de altísima toxicidad. Los diferentes abordajes terapéuticos para esta patología se acompañan con nuevos y modernos tratamientos comunitarios en hostales u hospitales de día, o las llamadas “comunida-

des terapéuticas”, en las que, además de la orientación psicológica (psicoanalítica o cognitivista construccionista) se forman grupos de autoayuda, generalmente con la coordinación de un exadicto.

Gobiernos como los de Brasil, Chile, Argentina, Cuba y Panamá, de acuerdo con sus posibilidades económicas, llevan a cabo políticas destinadas a proteger y tratar a los grupos en peligro.

Otro denominador común a varios países de América del Sur son las secuelas de los regímenes militares y dictaduras que prevalecieron en la región en las décadas del 70 y del 80. Una de las consecuencias fue la perpetuación del régimen manicomial como recurso para el encierro del discapacitado mental, como modo de quitarlo de circulación y con ausencia de políticas de rehabilitación o prevención. En Uruguay y Paraguay, para citar solo dos países, ha sido notoria la inercia de estas políticas oficiales, incluso después de finalizadas las respectivas dictaduras y de formuladas las políticas oficiales según la declaración de Caracas. Las actividades de rehabilitación, prevención y tratamiento ambulatorio están en manos del ejercicio privado o de fundaciones y ONG's.

Otra consecuencia funesta de estos regímenes la constituyen los efectos de la violencia política, que se tradujo en prisiones ilegales, desaparición forzada de personas y tortura. Salvo escasas excepciones, la atención de los damnificados y de sus familiares está a cargo de instituciones privadas sin fines de lucro.

En tal sentido, no podemos dejar de destacar que en la Universidad Argentina J. Kennedy funciona desde el año 2000 una Unidad Académico Asistencial que surge como respuesta a los requerimientos de la

Comunidad ofreciendo desde el campo de la Salud Mental dispositivos de atención a la población ante diversas situaciones que pudieran demandar asistencia psicológica, aún en casos de emergencia y catástrofe social.

En Latinoamérica hay varios países cuya población de origen autóctono constituye una parte sustancial de la población total, subsistiendo incluso las lenguas originales en el trato cotidiano. Bolivia, Panamá y Guatemala son algunos ejemplos, pero, tal vez, el caso más paradigmático sea el de Paraguay, donde se estima que el 40 % de la población solo habla guaraní. Estas poblaciones quedan marginadas, en general, cuando los gobiernos encaran campañas de salud, dado que su divulgación suele estar preparada exclusivamente en el idioma oficial.

Otro problema de Latinoamérica es la particular forma de distribución de la población; en la mayoría de los países se ha producido una masiva migración de habitantes desde las áreas rurales empobrecidas hacia los centros urbanos, constituyendo cinturones de pobreza y hacinamiento. Gran parte de la población ha trocado un

tipo de miseria por otro en medio de un proceso violento de aculturación. Y en la nueva miseria y marginación urbana se dan, mayormente, los problemas ya enumerados de alcoholismo, drogadicción y todo tipo de violencia, con su inmensa secuela de padecimientos y trastornos morales y psicológicos. Se trata de grandes contingentes que, prácticamente, no tienen acceso a atención psicológica a no ser por los escasos planes oficiales o por organizaciones privadas sin fines de lucro. Aun existiendo la posibilidad de recibir apoyo terapéutico, no siempre hay una adecuada difusión y búsqueda activa del necesitado. En las áreas rurales, en general de difícil acceso, la oferta es, obviamente, muchísimo más limitada por lo que las cifras que se presentan en este trabajo sobre profesionales en los diversos países deben ser entendidas como limitadas a las áreas urbanas.

Para finalizar, reproducimos un cuadro comparativo entre diversos países del continente, con relaciones entre población y número de psicólogos, así como cantidad de establecimientos dedicados a la formación profesional.

País	Población	Nº Psicólogos	Universidades	Inicio Carrera	Hab/Psic.	Pisc/ 100.000 H.
Argentina	36.050.042	38.000	27	1955	974	103
Bolivia	8.000.000	780	12	1971	10.256	10
Brasil	156.000.000	86.290	111	1958	1.808	55
Canadá	29.248.100	14.160	59		2.066	48
Colombia	35.000.000	15.000	19	1947	2.333	43
Chile	14.478.370	4.000	36	1946	3.620	28
Cuba	10.800.000	3.660	3	1961	2.951	34
Ecuador	11.000.000	1.500	14	4957	7.333	14



País	Población	N° Psicólogos	Universidades	Inicio Carrera	Hab/Psic.	Pisc/ 100.000 H.
Guatemala	10.000.000	1.900	5	1948	5.263	19
México	93.800.000	11.000	96	1928	8.518	12
Paraguay	4.200.000	1.588	4	1963	2.645	38
Perú	23.000.000	4.500	12	1955	5.111	20
Puerto Rico	3.600.000	1.619	4	1966	2.222	45
R. Dominicana	8.000.000	883	14	1967	9.060	11
Uruguay	3.151.662	3.500	2	1951	900	111
EE.UU.	272.000.000	152.000	1379		1.789	56
Venezuela	21.844.496	5.595	3	1956	39.044	26
Totales	740.072.670	345.975	1.691		4.162	39,59

Fuentes: Toro, 1999; Alonso y Eagley, 1998.

---

#### Referencias bibliográficas

- Fischer, H. y col. [1996] *Conceptos fundamentales de psicopatología I y II*. C.E.A., Buenos Aires.
  - Roudinesco, É. y Plon, M. [1998] *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Paidós, Primera Edición, Buenos Aires.
-

# PSIQUIATRÍA SOCIAL Y CULTURAL EN AMÉRICA LATINA

Javier Mariátegui

Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

## I. Psiquiatría social

*Deslinde conceptual.* La psiquiatría social nace por la extensión —necesariamente a la familia primero y a los grupos sociales más abarcantes después— de los factores que influyen en el enfermar psiquiátrico. De modo pues que, aunque parezca una afirmación perogrullesca, toda psiquiatría es, por definición, social, pues asciende necesariamente de los grupos de pertenencia (familia), a los grandes conglomerados sociales: a las colectividades humanas. Psiquiatría social, como rama especializada, es el estudio de los aspectos sociales propiamente dichos, presentes en la salud y el enfermar psíquicos, en los grupos y las colectividades humanas, en la trama compleja de las relaciones interpersonales, con énfasis en lo morbígeno o patógeno de éstas sobre la realidad individual concreta, con miras a esclarecer los elementos etiopatogénicos, los factores gravitantes del medio social en la eclosión y curso de los desórdenes mentales, con el propósito de evitarlos y el ánimo de favorecer conductas tendientes a la recuperación de la salud y, de ser posible, la prevención o profilaxis de las enfermedades mentales.

Una definición de psiquiatría social que tome en cuenta los factores mencionados remitiría, complementando el deslinde de Redlich, a una interdisciplina que se ocupa de la gravitación de los factores del medio humano, físico, social y cultural (ecológicos

por tanto) en la etiología, el cuadro clínico, la evolución, el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales y los desórdenes del comportamiento. Es interdisciplina —o transdisciplina— porque comprende la intervención de varias disciplinas que estudian la conducta humana organizada en equipos de investigación integral. La psiquiatría social también ha sido llamada sociología psiquiátrica (sociopsiquiatría), aunque es evidente que se trata de un campo más amplio que el de las ciencias sociales, puesto que supone un enfoque antropológico general. El campo de aplicación de la psiquiatría social se da, mayormente, en la psiquiatría comunitaria y en los grandes temas de la salud mental contemporánea.

*Vastedad del campo.* De lo expuesto se infiere la carga teórica de la psiquiatría social, esto es, que debe ofrecer el soporte teórico a los temas que revisa o a los campos en que se aplica. Asunto de primera importancia es, por ejemplo, la discusión de grandes temas como el concepto de normalidad-anormalidad, individuo-sociedad, salud-enfermedad, rural-urbano, marginalidad social, entre otros temas de raigambre epistemológica.

La psiquiatría social es también el marco adecuado para el estudio de la psicología de las masas o de los grandes movimientos sociales (del pasado, presente y conjeturables en el futuro), los comportamientos sociales de los pueblos, la psicología o psicopatolo-

gía política que comprende individuos en relación con grupos o comportamientos de masas al influjo de caudillismos y asuntos conexos. Asimismo, los cambios suscitados por la quiebra de los modelos ideológicos.

Todo ello desborda la formación del psiquiatra, inclusive en las sociedades más desarrolladas, por lo que hemos considerado en la definición de psiquiatría social su carácter interdisciplinario, con la intervención de otros estudiosos de la conducta humana y expertos —ecólogos y ambientalistas, demógrafos, economistas, filósofos sociales, psichistoriadores, religiólogos y sexólogos, entre los principales recursos— con la conducción del psiquiatra con especial formación social complementaria.

En América Latina no se han dado aportes de significación en este campo de deslindes conceptuales y de marco teórico. En todo caso, lo original en el campo de la antropología psiquiátrica, especialmente de su base epidemiológica, está contenido en la vasta obra de Fernando Pagés Larraya, en la Argentina, y en los aspectos del alcoholismo en los estudios de Juan Marconi y José Horwitz, en Chile, y de Klaus-Dieter Gorenc, en México. Del repertorio de temas que consideramos de apertura en psiquiatría social, nos referiremos a continuación a la epidemiología psiquiátrica pues encontró, en la década del sesenta del milenio pasado y en décadas sucesivas, una gran acogida en América Latina.

*Dominio.* La epidemiología psiquiátrica ha sido objeto preferente de la investigación en América Latina, aún antes que la psiquiatría social conformase su *corpus*. Los estudios con las estadísticas hospitalarias fueron los primeros en aparecer como tempranos indicadores de la frecuencia y la distribución de los trastornos mentales en determinada institución hospitalaria y, por extensión, en la región a la que asistía. Los estudios de epidemiología retrospectiva se han nutrido exclusivamente de esta información, de gran interés

en los estudios comparativos de las tendencias históricas. Las cifras de los ingresos y la distribución de los diagnósticos se han extrapolado a realidades más amplias de ámbito nacional. Las estadísticas bien conducidas son de importancia todavía, pese al desarrollo de los métodos actuales de registro y de indagación epidemiológica de vastos sectores de las poblaciones menos desarrolladas.

En América Latina los primeros estudios epidemiológicos se refirieron al alcoholismo y condiciones afines. Los trabajos pioneros fueron los de Horwitz y Marconi, procedentes del país con las más elevadas tasas de consumo *per cápita*. Una visión de conjunto de la epidemiología del alcoholismo en América Latina se encuentra reunida en la monografía "Epidemiología del Alcoholismo en América Latina", publicada en Buenos Aires en 1967. En Costa Rica la elevada prevalencia del alcoholismo ha favorecido su estudio multidisciplinario y la creación de un Centro de Investigaciones del Alcoholismo, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud. La síntesis descriptiva y crítica de socio-psiquiatría en Perú fue revisada por el autor en una tesis sobre el tema, que incluye los resultados del primer trabajo epidemiológico realizado en Lima en un distrito urbano ("Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima", 1969). El conjunto de datos epidemiológicos en América Latina se publicó en el libro "Epidemiología Psiquiátrica en América Latina" (1970), una visión de conjunto de la problemática en esta parte del subcontinente. En México, en el Instituto Nacional de Psiquiatría, por el estímulo de su director Ramón de la Fuente, la sección correspondiente de investigaciones y encuestas sociales (M. Elena Medina-Mora), realiza un trabajo sistemático y de aliento en una serie de aspectos de la psiquiatría social mexicana. La revista Salud Mental da cuenta de los hallazgos. En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hi-

deyo Noguchi tiene un conjunto de trabajos y de proyectos de psiquiatría social activados por sus centros comunitarios de salud mental, publicados en una serie monográfica.

En Cuba los estudios conocidos como de "psiquiatría social" pertenecen más bien, en rigor, a la psiquiatría cultural y serán examinados en ese apartado. En el campo estrictamente social, la epidemiología psiquiátrica tiene una amplia aplicación en las principales ciudades de la isla. El estudio descriptivo y dinámico de la familia, en relación con la presencia de enfermos mentales en las mismas, ha encontrado aceptación. La extensión de los servicios psiquiátricos a todo el país, desde la instauración del sistema socialista, hace de Cuba una realidad especial, diferente del resto de países latinoamericanos.

Los estudios de migración en sus relaciones con la salud mental han tenido un campo de atención preferente en América. En Brasil, N. De Almeida Filho estudió en Salvador (Bahía) las relaciones entre salud mental y desórdenes mentales, sin encontrar una asociación negativa. El primer estudio de un síndrome psicósomático asociado a la movilidad geográfica fue realizado por C. A. Seguí, en el Perú, y la contribución de la región al estudio de la movilidad espacial (geográfica) ha encontrado en América Latina un escenario natural para la indagación desde que, en mayor o menor medida, todos los países de la región sufrieron activos procesos de cambio geográfico, de manera aluvional o desorganizada en algunas latitudes por la migración del campo al entorno de las ciudades.

En el Perú la publicación sucesiva de los dos libros: "Psiquiatría y Sociedad" (1962), editado por Seguí, y "Estudios de Psiquiatría Social en el Perú", por B. Caravedo, H. Rotondo y J. Mariátegui, recoge las más importantes contribuciones peruanas al campo de la psiquiatría social en las décadas intermedias de la centuria pasada. Interés preferente ha tenido en nuestro subcontinente

el estudio psicosocial del avestamiento o asentamiento humano marginal.

Todo el proceso de crecimiento de la periferia de las grandes ciudades creó un espacio aún no totalmente estudiado de varios aspectos de psiquiatría social. Las "barriadas" en el Perú, las "villas miseria" de Argentina, las poblaciones "callampa" de Chile, los "ranchos" de Venezuela, con denominaciones reveladoras de la lengua y la cultura populares en los países latinoamericanos. En todos los casos se trata de fenómenos de forzada urbanización, con despoblamiento del campo empobrecido con verdadero crecimiento neoplásico de las principales ciudades; ello ha dado nacimiento a un grave problema por la insuficiencia de los recursos básicos, educativos y sanitarios, reflejados en obras como, por ejemplo, "Cómo sobreviven los marginados" (1983) de Larissa Lomniz, en México, "Migración interna a la metrópoli" (Lima, 1970), por Oscar Valdivia, y el examen sociológico "Desborde popular y crisis del Estado", de José Matos Mar, también del Perú, entre los más destacados testimonios de este fenómeno migratorio.

Conviene señalar que uno de los estudios pioneros en este campo fue el de Rotondo y colaboradores, que estudiaron detenidamente una zona de tugurios ("Mendocita", 1957), con la excelente asesoría inicial de José María Arguedas, Luis A. Guerra y José Matos Mar. Toda una serie de procesos de adaptación y las crisis personales forman un amplio capítulo de la psicología y la psicopatología del desarraigo. Este es un proceso que se desarrolla por etapas que han sido estudiadas por N. Yampey, de Buenos Aires.

Este grave problema detectado por la psiquiatría social latinoamericana ha generado respuestas de acción tanto asistencial como preventiva, en algunos casos —como en Chile— con las comprensibles connotaciones ideológicas (Marconi); mientras que en Cali, Colombia, León y Climent han ofrecido importantes formulaciones multidisciplinarias

dentro de los límites más amplios de la medicina social. En Costa Rica, G. Adis Castro ha realizado una encomiable labor en el estudio de las actitudes de la población en relación con el enfermo mental y la percepción de la enfermedad en diferentes estratos socioeconómicos. Los estudios de movilidad vertical y de cambio social en América Latina, como en todo el mundo en desarrollo, dan mayor frecuencia de desórdenes esquizofrénicos en sectores sociales inferiores y de trastornos afectivos primarios en los superiores. La dificultad para delimitar las clases sociales es siempre una barrera que impide estos estudios o hace cuestionables sus resultados.

Además de las migraciones internas, cada día son más frecuentes hacia países vecinos de la región y el hemisferio total. Grupos humanos importantes, mayormente conformadas por personas de bajo nivel socioeconómico y escasa instrucción, migran de Perú a Argentina y Chile, países que, por su proximidad, pueden alcanzarse con escaso costo de transporte; los emigrantes se reúnen allí en busca de apoyo y de referencia cultural.

Recientemente se ha apreciado un flujo migratorio hacia Europa, España e Italia principalmente, como contrapartida de las poblaciones que de esos países se asentaron en Latinoamérica. Desde mediados de la centuria anterior, migran a los Estados Unidos mayormente profesionales calificados en busca de perfeccionamiento y de mejores centros de trabajo; la mayoría se queda y retorna solo un porcentaje menor.

Los desastres naturales, lamentablemente frecuentes en América Latina —en especial en la costa oeste—, han obligado al estudio de las poblaciones expuestas a estos riesgos y de sus consecuencias. En Colombia y en Perú se han realizado los mayores esfuerzos en este campo. Federico Sal y Rosas describió los psicósíndromes que siguen a los grandes sismos. Raquel Cohen, peruana residente hace muchos años en Estados

Unidos, y Bruno Lima, brasilero también residente en Norteamérica, son autores de importantes trabajos sobre los grandes sismos de Armero (Colombia).

La violencia —tanto a nivel de desplazamientos, patología familiar, pandillas organizadas, cuando no la violencia doméstica— ha sido tratada a lo largo de varias décadas por estudiosos de la psiquiatría social. Son pioneros los estudios de Carlos A. León sobre la violencia en Colombia.

Fenómenos religiosos merecen también la atención de la psiquiatría social latinoamericana; no solo los grandes movimientos religiosos de origen occidental sino también las formas de religiosidad sincrética en sus formas populares. Este aspecto de la vida cotidiana de los desposeídos corresponde a la psiquiatría cultural y ahí será ampliado.

## II. Psiquiatría cultural

También denominada transcultural, ciscultural, intercultural (*cross cultural*), de contacto de culturas, incluye la psiquiatría folklórica y la etnopsiquiatría. Esta categoría era también considerada dentro de la psiquiatría social. La cultura es entendida, en sentido amplio, como el conjunto de modelos o comportamientos que son compartidos por el conjunto de los individuos que conforman la comunidad y que se traduce en la forma cotidiana de vivir.

En países en desarrollo, en que coexisten individuos con pensamiento racional (o “científico”) con otros de pensamiento pre-racional (o “precientífico”), el estudio de los factores culturales en la definición de la enfermedad guarda estrecha relación con las conductas diagnósticas y terapéuticas, y debe tenerse en cuenta en los planes de prevención destinados a la población en general.

La psiquiatría cultural tiene sus orígenes en las observaciones del creador de la nosografía psiquiátrica moderna, Emil Kraepelin, quien en Java y Borneo verificó la constan-

cia de síntomas nucleares aliados de componentes del cuadro clínico derivados de la cultura, las tradiciones y las costumbres. Del lado sociológico se tienen las contribuciones de Franz Boas, Margaret Mead, Ruth Benedict y Ralph Linton, y los estudios de la personalidad y la cultura. La influencia de Sigmund Freud fue sin duda notable, porque la teoría psicoanalítica se basa bastante en el concepto de represión.

En América se debe reconocer la importancia del grupo de estudios transculturales de la Universidad de *MacGill*, en Canadá, con la conducción de Eric Wittaker y de H.B. Murphy. La revista *Transcultural Review*, actualmente *Transcultural Psychiatry*, es un elemento de comunicación de primer orden en la tarea de publicar las contribuciones en este campo. Antes que se fundara la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), se estableció el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET), conformado por Seguí (Perú), Bustamante (Cuba) y González Enríquez (México), que hicieron un primer estudio comparativo de la actitud de los grupos humanos en relación con el niño enfermo.

La influencia de las culturas africanas y las prácticas animistas del curanderismo fueron estudiadas en Cuba por José A. Bustamante, quien es autor, con A. Santa Cruz, del libro "Psiquiatría Transcultural" (La Habana, 1975). El término "transcultural" fue propuesto por Fernando Ortiz, notable estudioso de la realidad cubana (de la cubanía) antes que se tradujera directamente del inglés.

Los síndromes ligados a la cultura mejor estudiados en Latinoamérica son el ya mencionado "síndrome psicossomático de adaptación", descrito por C. A. Seguí, ligado a la migración interna que se observa en los nativos andinos que "bajan" desde las grandes alturas al nivel del mar y que, al lado de una serie de cambios fisiológicos y bioquímicos estudiados por la Escuela Peruana de Biolo-

gía Andina, presentan disturbios psicossomáticos. El síndrome antropopático del "susto" fue descrito en Perú por Federico Sal y Rosas en 1955. El "susto" o "jani", de la medicina indígena, es de fenomenología estructural esencialmente peruana y, más precisamente, quechua. Se relaciona con la pérdida o "robo" del alma por la tierra. Ligada a una fuerte impresión, el "susto" se presenta con síntomas somáticos y psíquicos en ambos sexos, más frecuente en niños y adolescentes, y es excepcional en ancianos. El tratamiento corresponde al auténtico curandero, partícipe del mundo emocional del enfermo, con rituales mágicos de indudable eficacia psicoterapéutica.

En los países andinos se han descrito dos síndromes que también se aprecian en los asentamientos humanos con predominio andino de las ciudades de la costa, en especial en Lima. El "pishtaco", personaje ingrato, generalmente gordo, que deambula entre sus víctimas succionándoles la grasa y con ella la energía (astenia, mengua de la energía sexual y cuadro depresivo-delusional); y el "duende", en que la persona agraviada, mujer joven generalmente, al influjo de un personaje grotesco —vestido de manera estrafalaria, con gran capacidad intimidatoria y ubicuidad geográfica—, presenta síntomas somáticos, depresivo-ansiosos, disociativos y somatomorfos.

Existen otros síndromes psicoculturales, menos frecuentes, relacionados con los "aires", el espíritu de los cerros y las lagunas, que llevan a una serie de rituales para evitarlos y que forman parte de la "etiqueta" o el trato social de los peruanos altoandinos.

Algunos síndromes culturales "exóticos" se han descrito en Perú. El koro, por ejemplo, representado entre malayos y en territorios asiáticos y el medioeste, eventualmente en otros lugares de Norte y Sudamérica, inclusive en Perú. Es el temor y la creencia delusional de retracción genital en el abdomen, que se encuentra también en cuadros psicóticos de-

presivos o esquizofrénicos, dentro de un más vasto cuadro de despersonalización. El amor o locura homicida, que como cuadro paroxismal fue descrito entre malayos se encuentra aisladamente en otras latitudes del mundo.

Los comportamientos religiosos merecen al psiquiatra social algunas reflexiones, tanto las formas de sincretismo (la "santería" cubana, la más extendida forma religiosa de la isla) como otras variantes de los cultos católicos. El sacerdote jesuita Manuel Marzal ha estudiado la religión en las diversas comunidades y distingue entre la iglesia cultural, la popular y las nuevas iglesias. La iglesia cultural es la tradicional, que los campesinos que migran a la ciudad "recrean" con la incorporación de los "santos" de su lugar de origen y que sirve en el proceso de identidad

de los emigrantes que conservan las viejas tradiciones, como ocurre con los clubes de los provincianos. La popular es la que se desarrolla inspirada en las formas posconciliares, con un enfoque teológico nuevo inspirado en la teología de la liberación, "...que se traduce por la simpatía y aún en militancia en los partidos de izquierda". Finalmente, las nuevas iglesias son las conformadas por confesiones no católicas con poder económico "...que han desarrollado un agudo proselitismo en los pueblos jóvenes de Lima en los últimos años". Este cambio en la fisonomía general de la religiosidad ha permitido el crecimiento de la fe en las "santas" populares como Sarita Colonia, que tiene una extensa adhesión por parte de la amplia gama de los marginados.

---

### Referencias bibliográficas

- Alarcón, R. y Arana J. (1995) Psiquiatría social. En: G. Vidal, R. Alarcón y F. Lolas (eds). *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. T. III. Médica Latinoamericana, Buenos Aires.
  - Bustamante, J.A. y Santa Cruz, A. (1975) *Psiquiatría Transcultural*. Científica-Técnica, La Habana.
  - Caravedo, B. Rotondo, H. y Mariátegui, J. (eds.) (1963) *Estudios de psiquiatría social en el Perú*. Del Sol, Lima.
  - Gorenc, K-D. et al. (1998) Verdad de primer orden: la inconmensurabilidad del alcoholismo. *Revista de Neuropsiquiatría*, 61, p. 1064.
  - Horwitz, J. Marconi, J. y Adis Castro, G. (1967) *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Monografía No.1 de Acta, Buenos Aires.
  - León, C. A. (1995) Cuadros psiquiátricos típicos de América Latina. En: G. Vidal, R. Alarcón y F. Lolas (eds.) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. T. III. Médica Panamericana, Buenos Aires.
  - Mariátegui, J. (1972) *Sociopsiquiatría en el Perú*. Algunos aspectos de investigación. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
  - Mariátegui, J. (1977) La psiquiatría social en el Perú. En: G. Vidal, H. Bleichmar y R.J. Usandivaras (eds.) *Enciclopedia de Psiquiatría*. Ateneo, Buenos Aires.
  - Mariátegui, J. (1977) Psiquiatría social. Introducción. En: G. Vidal, H. Beichmar y R.J. Usandivaras (eds.) *Enciclopedia de Psiquiatría*. Ateneo, Buenos Aires.
  - Mariátegui, J. y Adis Castro, G. (1970) *Estudios de epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Monografía No.2 de Acta, Buenos Aires.
  - Ortiz, F. (1912) *Entre cubanos. Psicología Tropical*. Ciencias Sociales, La Habana.
  - Pagés Larraya, F. (1982) Bases para un estudio de prevalencia de los trastornos mentales en la Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 28, pp. 183-193.
  - Pagés Larraya, F. et al. (1981) Migración y patología mental en la civilización de los chirigueros. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 27, pp. 15-22.
  - Seguín, C.A. (ed.) (1962) *Psiquiatría y sociedad*. Universidad Nacional de San Marcos, Lima.
  - Yampey, N. (1981) El proceso transcultural en América Latina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 27, pp. 177-185.
-

# SALUD SEXUAL EN LAS AMÉRICAS

Rubén Hernández Serrano<sup>1</sup> y Rafael García Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

<sup>2</sup>Instituto de Sexualidad Humana, Santo Domingo, República Dominicana

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (PAHO, 1998) refiere que durante la última década del siglo XX las condiciones de salud de las Américas han continuado un proceso de mejoría, como resultado de una serie de factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos, y de una mayor cobertura por parte de los servidores de salud. Destaca, también, que los cambios no se han generado en igual proporción en toda la región ni en todos los grupos sociales dentro de un mismo país.

La OPS llama la atención sobre la mejoría en el control de las enfermedades infectocontagiosas y las de transmisión sexual, pero, al mismo tiempo, señala un aumento en los accidentes y la violencia, incluyendo la que ocurre en el ámbito doméstico.

La violencia ha sido motivo de estudios independientes para tratar de comprender e intervenir en un área que, dentro de los hogares, afecta principalmente a las mujeres y a los niños y niñas. Ellsberg y Arcas (2001), en un seminario organizado por la OPS, destacaron la necesidad de dar especial atención a la violencia sexual y al acoso, sin olvidar las violaciones, la mutilación genital, los asaltos sexuales, la prostitución forzada, el abuso conyugal, el abuso sexual dentro del núcleo familiar y el abuso a los ancianos. Señalaron las autoras el logro de legislaciones específicas para dar protección a estos grupos vulnerables, pero dejan ver que ellas no son garantía de control del fenómeno de la violencia en toda su extensión. En Venezuela, luego de la realización del Congreso Mundial "Violencia 98", se aprobaron dos leyes muy importantes: la Ley Contra la Violencia

Doméstica y la Ley de Protección al Niño y al Adolescente, las que tienen plena vigencia en la actualidad. Este proceso ha continuado actualizándose y hoy tenemos una Ley que se cumple, aspecto de difícil cumplimiento en la Región, la Ley Orgánica sobre del derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007)

La OPS, además, manifiesta su preocupación por el aumento de las muertes violentas, los trastornos mentales y los abusos de alcohol y tabaco. Al mismo tiempo, señala la reducción de las tasas de natalidad y la prolongación en los años de vida. La población de personas en la tercera edad tiene demandas que hay que tratar de satisfacer. Venezuela vive una situación crítica al ver las estadísticas del CEV, que señalan ya 20.000 muertes violentas por año, lo cual es extremadamente dramático (Briceño Leon, UCV 2012). Además se hace muy poco por atender a los familiares, amigos y relacionados que son víctimas del estrés y depresión reactivas.

No hay duda de que el panorama de la salud está cambiando en las Américas hacia un modelo más deseable, pero hay un descuido marcado de los problemas sexuales no relacionados con la violencia. Tenemos una iniciación sexual cada vez más temprana, aumento de los embarazos en las adolescentes y cifras alarmantes de disfunciones sexuales, tanto en el hombre como en la mujer (Laumann et al., 1994). (Morillo, Davila Prevalencia de DS en el Norte de Sur América ( Densa 2000 )

Se estima que el 43 % de las mujeres y el 31 % de los hombres en Estados Unidos padecen una disfunción sexual (Laumann, Paik & Rosen,



1999). Dichos autores informan que las disfunciones están asociadas con algunas características sociodemográficas, tales como edad, nivel educativo y ubicación en diferentes grupos raciales. Se demostró, además, que las disfunciones son más frecuentes en hombres y mujeres con problemas de salud física y mental. En el estudio DENSA la cifra es mayor 53 %.

Ello motivó a la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA/AMP) a elaborar un Programa Educativo en Salud Sexual (SHEP), después de demostrar fehacientemente que incluso los líderes de la psiquiatría y de la sexología en el plano mundial poseen poco o ningún conocimiento acerca de cómo abordar de manera científica e integral los diversos problemas que afectan a la sexualidad humana. Por ello, se convocó a un grupo de expertos que realizaron numerosas reuniones para publicar su Base de Conocimientos, producto de la revisión del material docente existente, visto desde distintas perspectivas y en el marco de asuntos muy controversiales.

(Mezzich y Hernandez, *Psychiatry and Human Sexuality*, Jason Aronson, WPA 2006)

Feldman, Goldstein, Hatzichristou et al. (1994), en el estudio de envejecimiento de Massachusetts, revelan cifras mucho más alarmantes para la población masculina entre 40 y 70 años. Señalan que el 52 % de los hombres padece alguna forma de disfunción eréctil lo cual concuerda con las cifras del DENSA.

Watson & Davis (1997) indican que el 10 % de los pacientes atendidos en medicina general presenta algún tipo de dificultades sexuales o de su relación de pareja. Read, King & Watson (1997) llaman la atención hacia el hecho de que solo el 2 % de los médicos en práctica general consigna las dificultades sexuales de los pacientes, y solamente uno de cada diez de los pacientes que piden ayuda, la recibe.

En América Latina los estudios epidemiológicos de prevalencia en población general son escasos, por lo cual no es posible establecer la verdadera presencia de las disfunciones sexuales, tanto del hombre como de la mujer, en esta

región. La mayoría de los estudios se ha limitado a determinar o clasificar la morbilidad padecida por aquellos que llegan a los servicios. Estudios sobre demanda de servicios realizados en el Instituto de Sexualidad Humana de la Universidad Autónoma de Santo Domingo revelan que la patología más frecuente en el hombre es la eyaculación precoz, seguida por la disfunción eréctil (DE); en la mujer la anorgasmia ocupa el primer lugar, seguida por los trastornos del deseo sexual. Se señala que existe un aumento de la demanda de servicios para poblaciones infantiles víctimas de abuso sexual, mujeres víctimas de violencia intra familiar y conflictos en la relación de pareja. Estas cifras coinciden ampliamente con las obtenidas por la Unidad de Terapia y Educación UTES, de Caracas. (Hernandez y Parra, UTES, 2004)

El panorama del Instituto de Sexualidad Humana bien puede ser el de otros países de nuestra América. Este aumento de las demandas de servicios ha puesto una inusitada presión sobre las instituciones que proveen atención principalmente a las clases más humildes y en pobreza crítica, donde parece abundar con más virulencia la violencia, el abuso sexual, los embarazos tempranos y los conflictos de parejas.

Creemos que la región puede dar una respuesta coordinada, y ya hay ejemplos de formación de recursos humanos en salud sexual en diferentes países; pero es necesario que tratemos de ampliar la cobertura llegando a los médicos de familia y de atención primaria, de manera que podamos servir a todos aquellos que precisen mejorar su salud sexual. Se ha demostrado que casi la totalidad de los pacientes con una disfunción sexual no expresa sus quejas al médico general, pero, si se les pregunta, casi todos están dispuestos a hablar de su sexualidad, gracias a que el tema hoy se discute abiertamente en los medios académicos y en los MCS.

Todo ello motivó a la OPS (PAHO OPS, 2000) a convocar una reunión de expertos, celebrada exitosamente en Antigua, Guatemala, que pro-

dujo un documento oficial, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), titulado: "Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la Acción", que representa una guía para la implementación de programas de educación sexual.

Han existido numerosos proyectos y programas —entre los que merecen ser destacados los realizados en Venezuela, Colombia, México, Cuba, Ecuador, República Dominicana y Argentina— que han permitido la formación de una nueva generación de profesionales interesados en sexología. En Venezuela se logró el reconocimiento de la sexología médica por parte de la Federación Médica Venezolana, (FMV 1996) y de la psicología sexológica por parte de la Federación de Psicólogos de Venezuela, lo cual garantiza el nivel de formación académica que los profesionales del área deben tener y acreditar.

El avance obtenido por la venta en el mercado de un ya amplio arsenal terapéutico para el tratamiento de la DE en el hombre (sildenafil, tadalafil y vardenafil, y ahora el Avanafil) y de los trastornos sexuales en la mujer (DHEA, tibolona y terapias de reemplazo hormonal), la aparición de medicamentos que mejoran el

deseo sexual y la calidad y satisfacción de las relaciones sexuales en el contexto de la pareja, así como también las técnicas psicoterapéuticas, terapias sexuales y esquemas que permiten modificar positivamente la calidad de vida, auguran un panorama esperanzador en esta área del conocimiento tan importante y que permaneció bloqueada a la investigación por los tabúes sexuales que aún imperan.

Ello, unido al establecimiento de prioridades fundamentales que deben ser abordadas en el campo de los Derechos Sexuales (WAS, 1997), Tratamiento del Ofensor Sexual (APSA, 2002), parafilias, manejo de la problemática de la adolescencia, fenómenos sociales y transculturales, embarazos precoces, abuso sexual infantil, estilos de vida sexualmente saludables, manejo de las discapacidades, trastornos de las identidades sexuales y variaciones de la conducta sexual, permitirán el desarrollo armónico, coherente y metodológico del área de estudio en referencia. El campo es ahora sumamente extenso y la necesidad ya alcanza niveles extremos, lo cual ha sido consecuencia directa de la explosión de conocimientos y liberación de actitudes.

---

#### Referencias bibliográficas

- APSA (2002) *Declaración de Mar del Plata sobre el Tratamiento del Ofensor Sexual*.
- Briceno Leon y cols. *Violencia e Institucionalidad*. OV. UCV. Ed Alfa 2012
- Ellsberg, M. & Clavel-Arcas, C. (2001) *Towards an integrated model of care for family violence in Central America*. Pan American Health Organization. Washington D.C.
- Feldman, H.A., Goldstein, I., Hatzichristou, D.G., Krane, R.J. & McKinlay, J.B. (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male Aging Study. *The Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Laumann, E., Gagnon, J., Michael, R. & Michaels, S. (1994) *The Social Organization of Sexuality*. University of Chicago, Chicago, IL.
- Laumann, E.O., Paik, A. & Rosen, R.C. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), pp. 537-44.
- Mezzich JE, Hernandez Serrano R. *Psychiatry and Human Sexuality*. Jason Aronson, WPA, 2006.
- PAHO OPS (2000) *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la Acción*. Reunión de Consulta, Antigua, Guatemala.
- Pan American Health Organization (1998) *Health in the Americas*. Publication N° 569, PAHO, Washington, D.C.
- Read, S., King, M. & Watson, J. (1997) Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public Health Medicine*, 19(43), pp. 387-91.
- WAS (World Association for Sexology) (1997) *Human Sexual Rights Declaration*. Valencia 1997, Hong Kong 1999.
- Watson, J.P. & Davies, T. (1997) Psychosexual problems. *British Medical Journal*, 315, pp. 239-242.
- Wellings, K., McDowell, W., Catchpole, M. & Goodrich, J. (1999) Seasonal variations in sexual activity and their implications for sexual health promotion. *Journal of Research in Social Medicine*, 92(2), pp. 60-4.
- WPA Forum Psychiatry and Human Sexuality (2000) *Current Opinion in Psychiatry*, 12, pp. 267-273.



# **PROBLEMAS SOCIALES Y PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA**



# USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA PERSPECTIVA HISPANOAMERICANA

---

Pedro Ruíz  
*University of Miami, Florida, USA*

## Introducción

El uso y abuso de sustancias psicoactivas es hoy uno de los problemas más serios y complejos en América. Aunque en Estados Unidos es mayor el consumo de estas sustancias, también muchos otros países americanos presentan una gran tasa de consumo, como México, Brasil, Argentina, Venezuela y otros.

Hasta cierto punto, el cuadro que se observa en Estados Unidos, con respecto al uso y abuso de sustancias psicoactivas, semeja un microcosmos de todo el continente americano. Esto es aún más evidente en relación con la población hispana que reside en Estados Unidos, que ha crecido mucho en las últimas décadas y está compuesta por todos los países y zonas geográficas hispanas del continente. Desde el año 1980 el índice de crecimiento de la población hispana ha sido de 71 %, en comparación con la población blanca que ha crecido solo un 14 %. En el año 1995, la población hispana constituía el 10,2 % de la población de Estados Unidos (*Office of Applied Studies*, 1999).

Pese a que en este país se ha observado una disminución progresiva en el uso y abuso de sustancias psicoactivas durante la última década, la población hispana residente aún sigue padeciéndolos severamente, por ejemplo, en el caso de la heroína y la cocaína

(U.S. *Bureau of the Census*, 1996). Dentro de este contexto, en este capítulo se hará una revisión epidemiológica de las tasas de uso y abuso de estas sustancias en la población hispana en Estados Unidos; también se presentará y discutirá el papel del factor económico en lo que respecta a su producción, distribución y uso/abuso, sobre todo el del índice de pobreza; se discutirá la política que se sigue actualmente en la lucha contra la adicción a través del continente y, finalmente, se analizará el papel que desempeña la cultura en el proceso adictivo.

## Tasas epidemiológicas corrientes

Se estima que en el año 1998, 13,6 millones de personas consumieron drogas ilícitas en Estados Unidos. En el grupo juvenil, de 12 a 17 años, el 9,9 % las tomó en el año 1998. Esto representó una disminución, ya que en 1997 dicho porcentaje fue de 11,4 %. La tasa más alta en este grupo se observó en 1979, con 16,3 % (*Office of Applied Studies*, 1999). Marihuana fue la droga más frecuentemente usada por este grupo. Es importante notar que dos sustancias psicoactivas tuvieron un aumento considerable en lo que respecta a las personas que las emplearon por primera vez: heroína y cocaína. Ambas tienen un gran estado de severidad y fueron usadas en grandes cantidades por la población hispana de Estados Unidos:

81.000 personas usaron heroína por primera vez en 1997. En el grupo juvenil el aumento fue el más alto desde los comienzos de la década de los 70. Asimismo, se estima que 730.000 personas consumieron cocaína por primera vez en 1997. Esto constituyó un aumento significativo desde el año 1991 (*Office of Applied Studies*, 1999).

En lo que respecta a la tasa de uso de sustancias psicoactivas basada en grupos étnicos, entre los negros la tasa fue, en el año 1998, de 8,2 %, o sea, 2 millones de personas; entre los hispanos fue de 6,1 %, o sea 1,4 millones de personas; entre los blancos de 6,1 %, o sea, 9,9 millones de personas (*Office of Applied Studies*, 1999). La tabla 1 muestra el uso de cocaína, alcohol, tabaco y marihuana en Estados Unidos en 1998.

Como se aprecia en esta tabla 1, el índice de uso de cocaína es más alto en la población hispana que en la población blanca, e igual que en la población negra. El índice

relativo al consumo de tabaco y marihuana es menor en los hispanos, y el de alcohol es intermedio en los hispanos.

Como se observa en la tabla 2, los puertorriqueños y los sudamericanos tienen los índices más altos de empleo de marihuana, tabaco y de todas las drogas; los cubanos y los sudamericanos tienen los índices más altos en el consumo de alcohol.

La tabla 3 muestra que los estudiantes hispanos tienen un índice alto en lo que respecta al consumo de cocaína, heroína y esteroides. Dichas sustancias psicoactivas tienen una perspectiva muy severa, con graves repercusiones educacionales y, a largo plazo, sociales y económicas. Por ejemplo, el porcentaje de abandono escolar de los estudiantes en 1996 fue de 37,6 % entre los hispanos, de 17,6 % entre los negros, y de 44,8 % entre los blancos (NIDA, 1998). Como consecuencia, se observa que, en 1996, solo el 61,9 % de los hispanos completó sus es-

Tabla 1

Uso ilícito de sustancias psicoactivas en U.S.A. [1998]

	HISPANOS %	NEGROS %	BLANCOS %
COCAÍNA	1,3	1,3	0,7
ALCOHOL	45,4	39,8	55,3
TABACO	25,8	29,4	27,9
MARIHUANA	4,5	6,6	5,0

Adaptado de: *Office of Applied Studies (1999). Summary of Findings from the 1998 National Household Survey on Drug Abuse.*

Tabla 2

Uso ilícito de sustancias psicoactivas por hispanos en U.S.A. (1995 y 1996 combinados)

	MARIHUANA %	TABACO %	ALCOHOL %	TODAS LAS DROGAS %
TODO HISPANO	3,8	24,7	44,2	5,2
PUERTORRIQUEÑOS	5,4	29,4	41,3	7,0
MEXICANOS	3,9	24,4	44,9	5,2
CUBANOS	2,5	24,4	48,9	4,2
CENTROAMERICANOS	2,5	22,9	38,0	3,8
SUDAMERICANOS	4,3	25,3	49,3	6,7
OTROS HISPANOS	2,9	21,4	42,8	3,7

Adaptado de: NIDA (1998). *Drug Use Among Racial/Ethnic Minorities. NIH Publication N° 98 – 3888.*

Tabla 3

Tasa por vida de sustancias psicoactivas en los estudiantes de 12º grado en U.S.A. (1997)

	HISPANOS %	NEGROS %	BLANCOS %
MARIHUANA	48,6	41,3	48,3
INHALANTES	13,7	6,4	18,9
ALUCINÓGENOS	13,0	2,6	16,6
COCAÍNA	18,0	1,4	8,1
HEROÍNA	2,2	0,7	2,1
ALCOHOL	80,5	72,1	82,7
TABACO	63,9	46,1	68,3
TRANQUILIZANTES	6,4	2,3	7,6
ESTEROIDES	2,9	1,8	2,1

Adaptado de: NIDA (1998). *Drug Use Among Racial/Ethnic Minorities*. NIH Publication N° 98 – 3888.

tudios de *high school*, en comparación con el 83 % de los negros y el 91,5 % de los blancos.

Como lo demuestran los índices de uso de sustancias psicoactivas antes presentados, la situación de los hispanos que residen en Estados Unidos es muy precaria y, por lo tanto, merece mucha atención.

### Factores económicos

El análisis de los grupos de hispanos que están más afectados por el uso y abuso de las sustancias psicoactivas a través de todas las regiones geográficas del continente americano, especialmente en Estados Unidos, denota una estrecha relación entre los factores económicos y la adicción, sobre todo entre los grupos de hispanos que sufren un nivel alto de pobreza.

Al respecto se conoce que la tasa o índice de psicopatología de los grupos pobres es 2,5 veces más alto que la de los grupos ricos (Dohrenwend et al., 1980). Se cree que esto se debe a las tensiones sociales creadas por los estados de pobreza. Todos los factores relacionados con la pobreza deben ser tomados en cuenta cuando se trata de entender y resolver el problema de la farmacodependencia en el continente ame-

ricano; es decir, el desempleo, los niveles bajos de educación, la baja tasa de vivienda y el precario nivel de salud pública, entre otros.

El factor socioeconómico también se ha observado en grupos de niños que reciben asistencia social. Al respecto, T.S. Langner y colaboradores (1974) encontraron que el nivel de educación de las madres de los niños que recibían asistencia social estaba relacionado con el nivel de cuidados médicos que los niños recibían. Mientras más alto era el nivel educacional de las madres, mayor era el nivel de los cuidados médicos. Además, se observó que los niños que recibían asistencia social tenían un estado de salud muy precario en comparación con los niños que no la recibían. También se ha demostrado que las personas que no tienen un buen sistema de relaciones sociales padecen un gran sentimiento de impotencia y desamparo en relación con el medio ambiente; estos estados pueden llevar a muchos adolescentes al uso y abuso de sustancias psicoactivas como una búsqueda de mejor autorregulación emocional (Labouvie, 1986).

Los conceptos relacionados con el nivel socioeconómico tienen mucha aplicación en los hispanos que usan y abusan de sus-



tancias psicoactivas. Por ejemplo, en 1996, el 29,4 % de los hispanos vivía bajo el nivel de pobreza en Estados Unidos, en comparación con un 11,2 % entre los blancos; entre los negros el porcentaje era también alto (28,4 %). Se sabe que el 23,1 % de las familias hispanas está dirigido por mujeres (o sea, los padres están ausentes), mientras que en la población general de Estados Unidos dicho porcentaje es de solo 16,5 %. Las familias puertorriqueñas son las que más están en esta situación —con un 38,9 %—, seguidas por las de Centro y Sudamérica —con un 25 %—, las mejicanas —con 19,5 %— y las cubanas —con 18,9 %. Desde el punto de vista educacional, solo un 9,2 % de hispanos termina el college (universidad) en comparación con un 21,3 % de la población general de Estados Unidos. Al respecto, el porcentaje de los mexicanos es de un 5,4 %, el de los puertorriqueños de un 9,7 %, el de los centro y sudamericanos de un 15,6 %, y el de los cubanos de un 20,2 % (U.S. Bureau of the Census, 1991).

### **La política en contra de la farmacodependencia**

La política actual en el continente está, sin lugar a dudas, dirigida en su mayor parte por el gobierno de Estados Unidos. Dicha política está basada en el modelo criminal o de encarcelamiento más que en el modelo preventivo o médico-rehabilitador. Esto tiene grandes repercusiones económicas, ya que el costo más alto de este tratamiento, en el caso de un adicto adulto en Estados Unidos (basado en el modelo residencial a plazo largo), es de US\$ 6.800 al año, mientras que el encarcelamiento de un adicto adulto conlleva un costo anual de US\$ 25.900 (*The National Drug Control Strategy*, 1998).

Esta política gubernamental se refleja en el presupuesto destinado en 1999 por el gobierno americano para la lucha contra la farmacodependencia. En ese año se

asignaron 17,1 billones de dólares para este objetivo (*The National Drug Control Strategy*, 1998). Sin embargo, de este presupuesto se fijaron 6.724 billones de dólares para los aspectos criminales de la adicción, 2.928 para eliminar el sistema de producción de sustancias psicoactivas y 1.669 para interceptar, a nivel internacional, la entrada de sustancias psicoactivas a Estados Unidos. O sea, un total de 11.321 billones de dólares fue asignado para asuntos criminales: el 67 % del presupuesto total de ese año. Para la prevención, rehabilitación y tratamiento se asignaron solo 5.679 billones de dólares, es decir, el 33 % del presupuesto total de ese año.

Al respecto, en 1992 el costo total del tratamiento de las enfermedades debidas al alcohol fue de 18.820 billones de dólares y el de las sustancias psicoactivas fue de 9.931 (NIDA, 1998). Sin embargo, el costo anual total de las enfermedades relacionadas con el alcohol y las sustancias psicoactivas, sin incluir el tabaco, se estima en un total de 110 billones de dólares anuales en Estados Unidos, y el del tabaco en 65 billones (Hopkins, 1992).

El modelo criminal que propugna el gobierno de Estados Unidos en la lucha contra la farmacodependencia se refleja en el número de adictos encarcelados en las prisiones federales por motivos relacionados. En 1990 fue de 58.838 (el 48 % de los encarcelados en las prisiones federales), en 1993 fue de 80.815 (el 59 %) y en 1995 fue de 80.538 (el 60 %) (*The National Drug Control Strategy*, 1998).

### **Factores culturales**

Los factores culturales han sido implicados en el uso y abuso de sustancias psicoactivas en varias formas a través de los años. Por ejemplo, el 26,40 % de los adictos adolescentes méxicoamericanos dedican poco

tiempo a relaciones familiares; sin embargo, solo el 6,32 % de los adictos adolescentes mexicanos demuestran esa característica cultural (Pumariega et al., 1992). Además, los adictos adolescentes méxicoamericanos (40,52 %) dedican más tiempo a ver televisión o a oír la radio que los adictos adolescentes mexicanos (24,36 %). También, los adictos adolescentes méxicoamericanos (19,72 %) dedican más tiempo a sus amigos que los adictos adolescentes mexicanos (12,9 %).

Otro estudio demostró que entre los factores de riesgo en el uso y abuso de sustancias psicoactivas entre la población juvenil/adolescente influyó tener madres y padres menos educados, pertenecer a una familia solo con el padre o la madre como jefe de familia, tener madres que también usaban sustancias psicoactivas y padres con un alto nivel de aculturación (Gfroerer & De la Rosa, 1993).

En otro estudio se demostró que entre los puertorriqueños que vivían en el estado de Nueva York y que habían nacido en Puerto Rico, el nivel de uso y abuso de sustancias psicoactivas era de 25 %, mientras que entre los puertorriqueños que habían nacido en Estados Unidos y que vivían en el estado de Nueva York el nivel de uso y abuso de sustancias psicoactivas era de 53 %. Además, entre los puertorriqueños que vivían en el estado de Nueva York y que preferían hablar en español, el nivel de uso y abuso de sustancias psicoactivas era de 8 %, mientras que entre los que preferían hablar en inglés el nivel era de 45 % (N.Y. *State Division of Substance Abuse Services*, 1986).

Entre los grupos de hispanos que migran de un país latinoamericano a otro, o a Estados Unidos, se producen estados de aculturación o de alienación sociocultural. Estos pueden producir problemas de identidad, discriminación, pobreza y pérdida de las redes familiares; a la vez, pérdida de la estima

y aumento del estrés y la tensión, lo cual puede conducir al uso y abuso de sustancias psicoactivas (Ruiz & Langrod, 1997).

Desde el punto de vista sociocultural, tenemos que considerar el impacto del uso y abuso de sustancias psicoactivas en la infección con el VIH y el desarrollo del SIDA. Entre los hispanos dicho efecto es devastador (Ruiz, Guynn & Matorin, 2000; Ruiz, 2000). Además, la cultura hispana ha jugado un papel central en este sentido (Fernández, Ruiz & Bing, 1993; Ruiz & Fernández, 1994). Los altos niveles de uso y abuso de cocaína y heroína entre los hispanos que residen en Estados Unidos juegan un gran papel en los altos niveles de VIH/SIDA que se observan entre ellos. Por ejemplo, en los casos del SIDA de los adultos/adolescentes hombres, acumulados hasta diciembre de 1997, los hispanos tenían un 43 % de los casos relacionados con el uso intravenoso de sustancias psicoactivas; la población blanca, en cambio, solo un 17 %. Los negros también tenían un porcentaje muy alto: 43 % (NIDA, 1998).

Sin lugar a dudas, como se demostró anteriormente, la cultura juega un papel de gran importancia en el entendimiento del uso y abuso de sustancias psicoactivas entre la población hispana del continente americano, así como en su tratamiento y prevención.

## Conclusión

Durante los últimos 10 a 15 años el número total de personas que usan y abusan de sustancias psicoactivas en Estados Unidos ha disminuido progresivamente. Sin embargo, las tasas de consumo de cocaína y heroína siguen siendo altas entre los hispanos que residen en esa nación. En el resto del continente americano la tasa de uso y abuso de sustancias psicoactivas ha seguido creciendo en la mayoría de los países, sobre

todo en México, Brasil, Venezuela y Argentina. Al respecto, los factores socioeconómicos y socioculturales juegan un papel muy importante, no solo en la comprensión de las causas de la adicción, sino también en

su tratamiento y prevención. Además, la posición o política de los gobiernos es clave en cuanto al equilibrio que se necesita entre el modelo criminal, o de encarcelamiento, y el modelo preventivo o médico-rehabilitador.

---

### Referencias bibliográficas

- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S. & Gould M.S. (1980) *Mental Illness in the United States*, Praeger, New York.
  - Fernández, F., Ruiz P. & Bing, E.G. (1993) The mental health impact of AIDS on ethnic minorities. In: A.C. Graw, (ed.) *Culture, Ethnicity, and Mental Illness*. American Psychiatry Press Inc., Washington, D.C., pp. 573-586.
  - Gfroerer, J., De La Rosa, M. (1993) Protective and risk factors associated with drug use among Hispanic youth. *Journal of Addictive Diseases*, 12 (2), pp. 87-107.
  - Hopkins, R. (1992) *Business Week*, 3270, pp. 63-94.
  - Labouvie, E.W. (1986) Alcohol and marijuana use in relation to adolescent stress. *International Journal of the Addictions*, 21, pp. 333-345.
  - Langner, T.S., Gersten, J. & Eisenberg, J. (1974) Approaches to measurement and definition in the epidemiology of behavior disorders: Ethnic background and child behavior. *International Journal of Health Services*, 4, pp. 483-501.
  - New York State Division of Substance Abuse Services (1988) *Statewide Household Survey of Substance Abuse, 1986: Illicit substance use among Hispanic adults in New York State*. Albany, New York.
  - NIDA (1998) *Drug Use Among Racial/Ethnic Minorities*, DHHS, NIH Publication N° 98 – 3888.
  - NIDA 1998, *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States*, DHHS, NIH Publication, N° 98, 4327.
  - Office of Applied Studies (1999) *Summary of Findings from the 1998 National Household Survey on Drug Abuse*, DHHS, SAMHSA, Rockville, Maryland.
  - Pumariega, A.J., Swanson, J.W., Holzer, C.E., Linskey A.O. & Quintero-Salinas, R. (1992) Cultural Context and Substance Abuse in Hispanic Adolescents, *Journal of Child and Family Studies*, 1 (1), pp. 75-92.
  - Ruiz, P. (1998) *Avances en el manejo del alcoholismo y la farmacodependencia*, Anales del XIV Congreso Nacional de Psiquiatría "Honorio Delgado" y I Reunión Regional (APAL) Caribe y Países Bolivarianos "Carlos Alberto Segúin": Salud Mental y Psiquiatría en el Umbral del Nuevo Milenio, Centro de Producción Editorial de la U.N.M.S.M., Lima.
  - Ruiz, P. (2000) Living and dying with HIV/AIDS: A psychosocial perspective. *American Journal of Psychiatry*, 157 (1), pp. 110-113.
  - Ruiz, P. & Fernández, F. (1994) Human immunodeficiency virus and the substance abuser: Public policy considerations. *Texas Medicine*, 90 (5), pp. 64-67.
  - Ruiz, P., Guynn, R.W. & Matorin, A.A. (2000) Psychiatric considerations in the diagnosis, treatment, and prevention of HIV/AIDS. *Journal of Psychiatric Practice*, 6 (3), pp.129-139.
  - Ruiz, P. & Langrod, J.A. (1997) Hispanic Americans, In: J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman & J.G. Langrod, (eds.) *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, Third Edition, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, pp. 705-711.
  - *The National Drug Control Strategy: A Ten Year Plan 1998*, Office of National Drug Control Policy.
  - U.S. Bureau of the Census (1991) *Current Population Report*, Series P – 20, N° 449.
  - U.S. Bureau of the Census (1991) *Current Population Report*, Series P – 25, N° 1130.
-

# SALUD MENTAL, POBREZA Y OTROS FACTORES SOCIALES EN AMÉRICA LATINA

Miguel R. Jorge y Gustavo S. Giovannetti

*Escuela Paulista de Medicina, Universidad Federal de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil*

## Introducción

Algunos factores sociales, como la pobreza, se han asociado desde hace largo tiempo a la enfermedad mental, pero en forma especial después de la segunda guerra mundial; en aquel entonces surgió una nueva disciplina llamada “psiquiatría social”, cuya definición es diferente según varios autores [Clausen, 1956; Dunham, 1959; Caplan, 1964; Henderson y Burrows, 1988]. El objetivo de la psiquiatría social ha sido buscar la relación entre enfermedad mental y factores sociales: clase social, ambiente urbano y rural, emigración, hechos que generan tensión, organización de la familia y apoyo social.

Al acercar el aspecto social al manejo del paciente psiquiátrico, la psiquiatría social ha colaborado en cambiar el tratamiento y la rehabilitación desde el hospital psiquiátrico hacia la comunidad, con la creación de servicios comunitarios en el Reino Unido y los Estados Unidos, en los años sesenta, el llamado Movimiento de Reforma Psiquiátrica en Italia, en los setenta, y en muchos países latinoamericanos posteriormente. Durante muchos años los psiquiatras sociales dieron más importancia a los cambios sociales que a la solución del problema psiquiátrico [Krupinske, 1992], e hicieron sentir su influencia en la práctica de la psiquiatría general hasta que surgie-

ron los aportes de las neurociencias para la comprensión y manejo de las enfermedades mentales.

La pobreza, que se refleja en el estatus socio económico (ESE) —y que se mide por grado de escolaridad, ingreso y tipo de trabajo—, tiende a asociarse con alteraciones psiquiátricas [Robins y Regier, 1991; Kessler et al., 1995; Costello et al., 1996; Patel et al., 2010, Lund et al., 2011]. La pobreza también es un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones mentales [Hollingshead y Redlich, 1964; Dohrenwend, 1990; Lund et al., 2010] y, además, para el pronóstico de la evolución de la enfermedad [Gift et al., 1986]. Diversas causas sociales —adversidad, tensión, el descenso social en personas genéticamente predispuestas— pueden unirse al ESE con alteraciones psiquiátricas [Dohrenwend y Dohrenwend, 1969; Plomin, 1990]. Una investigación hecha por Dohrenwend et al. (1992) explica las relaciones entre clase social y alteraciones mentales, demostrando con hallazgos casi experimentales “que lo social puede tener importancia en la esquizofrenia, en la depresión en mujeres, y en la conducta antisocial en hombres”.

Johnson et al. (1999) hicieron un estudio longitudinal en la comunidad para investigar las teorías de las predicciones de causalidad y selección social, en relación con

el ESE de los padres y su repercusión en los hijos. Los resultados mostraron que “el bajo ESE de la familia se asociaba con el riesgo de que los hijos presentaran alteraciones, como personalidad destructiva, angustia y depresión” y, además, que “el rendimiento escolar deficiente no estaba en relación tan estrecha con el bajo ESE de los padres”.

Otro estudio clásico (Jablenski et al., 1992), hecho en diez países (Colombia en Latinoamérica) por la Organización Mundial de la Salud (OMS), demostró, para sorpresa de todos, que los pacientes esquizofrénicos de los países en desarrollo tenían una evolución más favorable que los de países desarrollados. Tratando de comprender este hallazgo algunos autores (Edgerton y Cohen, 1994) opinaron que el estudio estaba sesgado porque los pacientes más graves no podían tener posibilidad de atención médica en los países en desarrollo, pero Jablenski et al. (1994) sugieren relacionar el contexto cultural con una investigación “sensitivo cultural”.

Desde el punto de vista epidemiológico, la pobreza se relaciona con un estatus socioeconómico bajo, escolaridad insuficiente, desempleo y falta de apoyo por parte de la comunidad (WHO, 2010). Muchas personas con alteraciones mentales viven en un ambiente de pobreza, desnutrición, violencia, abuso, propensión a contraer enfermedades y mortalidad alta.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que el 25 % de los adultos en las Américas padece de alguna alteración mental durante el transcurso de su vida, y que en países desarrollados y en vías de desarrollo de la misma región hay un porcentaje alto de alteraciones mentales que no han sido tratadas, situación

que, probablemente, se vuelva peor con los cambios sociales y demográficos que están ocurriendo (OPS, 2001). Un estudio de la Escuela de Salud Pública de Harvard, para la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, demostró que el efecto del alcohol en Latinoamérica y el Caribe es la causa del 10 % del total de las enfermedades y lesiones, y que el 11 % de las alteraciones neurológicas y psiquiátricas en el mundo aumentarían hasta en un 15 % en 2020 (Murray y López, 1996).

La atención de las enfermedades psiquiátricas en Latinoamérica depende de fondos de los ministerios de salud en la mayoría de estos países, pero “...el aporte de los gobiernos es insuficiente” (Alarcón y Aguilar-Gaxiola, 2000). Hasta ahora, la atención psiquiátrica en América Latina era función de los hospitales, donde no se respetaban mucho los derechos de los pacientes, aunque durante los 80 se intentó cambiar esta situación. La Declaración de Caracas (OPS, 1990), una conferencia regional para la reestructuración de los servicios psiquiátricos, recomendó que los casos primarios se atendieran en forma ambulatoria en hospitalización diurna, o en hogares especiales por el día, y no en un hospital psiquiátrico.

### **Epidemiología de las alteraciones mentales**

Estas afecciones, que son las que prevalecen entre las enfermedades crónicas, a veces afectan hasta al 50 % de la población, con una prevalencia en un plazo de doce meses de 15 al 25 % (Robins y Regier, 1991). Las alteraciones mentales son las más invalidantes de las enfermedades crónicas (Murray y López, 1996) y la comitancia de alteraciones psiquiátricas es más frecuente que un diagnóstico único (Kessler et al., 1994). Al revisar estudios

epidemiológicos clínicos, sobresale uno de la OMS: "El Tratamiento Primario en Colaboración" (Sartorius y Ustun, 1995) que demostró que la mayor parte de las personas que sufren perturbaciones mentales acuden al médico de familia; estos pacientes no son capaces de desempeñar su rol, pero muchos de los casos no fueron diagnosticados por el médico de familia.

No se han hecho muchos estudios epidemiológicos en países latinoamericanos, sin embargo, Vilano et al. (1995), en Río de Janeiro, Brasil, y Florenzano Urzúa (1995), en Santiago de Chile, participaron en el Estudio Internacional de la OMS acerca de enfermedades mentales en servicios de atención primaria. La tabla Nº 1 muestra la prevalencia que se encontró en Brasil y en Chile, comparada con la prevalencia en 15 centros de diferentes lugares del mundo.

Como se puede ver en la tabla Nº 1, la prevalencia de estas afecciones estudiadas en 13 países fue un 24 % menor que en Brasil (38 %) y que en Chile (53 %).

Al comparar la prevalencia de distin-

tas alteraciones ICD-10 con las de los dos países latinoamericanos, se aprecia que únicamente las crisis de pánico son más frecuentes en el mundo que en Latinoamérica. A su vez, otras alteraciones muestran una prevalencia mayor que las encontradas en el resto del mundo, tales como somatización, angustia, y agorafobia. En cuanto al alcohol, la prevalencia de su dependencia es mayor en Brasil, y en Chile es mayor la ingesta excesiva. La prevalencia de distimia, somatización, hipocondriasis y neurastenia fue más alta en Chile que en Brasil y que en el resto del mundo. Resulta curioso que no se registrara crisis de pánico en Río de Janeiro; los autores lo explican diciendo que el estudio fue hecho con pacientes de un consultorio externo de un hospital general universitario y que los pacientes que presentan crisis de pánico acuden a especialistas (Vilano et. al., 1995). Según Goldberg y Lecubrier (1995) existen cuatro causas que explican las prevalencias diferentes entre los distintos centros: que las diversas prevalencias sean un hecho;

Tabla Nº 1  
Prevalencia (%) de alteraciones ICD-10 en servicios de atención primaria.

Alteraciones ICD-10	Río de Janeiro-Brasil	Santiago-Chile	Mundial
Dependencia alcohólica	4,1	2,5	2,7
Abuso de alcohol	1,7	10,0	3,3
Depresión	15,8	29,5	10,4
Distimia	2,4	4,2	2,1
Agorafobia	2,7	3,9	1,5
Pánico	0,0	0,6	1,1
Angustia	22,6	18,7	7,9
Somatización	8,5	17,7	2,7
Hipocondriasis	1,1	3,8	0,8
Neurastenia	4,5	10,5	5,4
Cualquier perturbación CIDI*	38,0	53,5	24,0

Adaptado de Ustun y Sartorius (1995)  
\* Composite International Diagnostic Interview

Tabla N° 2

Prevalencia durante la vida y durante seis meses de desórdenes DIS\*/DSM-III en Puerto Rico.

Alteraciones	Prevalencia por vida "Weighted Rate (SE)"	Prevalencia durante 6 meses "Weighted RATE (SE)"
Cualquier alteración DIS**	28,1 (1,4)	16,0 (1,1)
Alteraciones afectivas	7,9 (0,7)	2,9 (0,5)
Fobias	12,2 (0,9)	6,3 (0,7)
Pánico	1,7 (0,4)	1,1 (0,3)
Obsesivo-Compulsivo	3,2	1,8 (0,4)
Somatización	0,7 (0,2)	0,7 (0,2)
Alteración esquizofrénica	1,8 (0,4)	1,7 (0,4)
Alcohol dependencia/exceso	12,6 (0,9)	4,9 (0,6)
Dificultades cognitivas	3,0 (0,7)	3,9 (0,7)

Adaptado de Canino et al., 1987

\* DIS: Diagnostic Interview Schedule

\*\* Excluyendo uso y dependencia de drogas, personalidad antisocial, anorexia nerviosa, disfunción psicosexual.

que los conceptos de las enfermedades no sean los mismos; que en las diferentes culturas no exista la misma necesidad de solicitar ayuda, además de las diferencias demográficas de la gente que busca atención médica.

Otro estudio importante fue el de Canino et. al. (1987), en Puerto Rico, relacionado con el Área Epidemiológica del Instituto de Salud Mental. En la tabla N° 2 se pueden ver los índices de prevalencia, durante toda la vida y en un plazo de seis meses, cuando más de 1 de cada 4 personas y 1 de cada 6 presentaron alteraciones mentales en el transcurso de la vida, o en los seis meses previos a la evaluación. Otro hallazgo importante fue que las alteraciones no fueron de una prevalencia muy alta, pero sí para la dependencia y abuso del alcohol.

Basándose en este estudio de Canino et al. (1987), Levav et al. (1989) han hecho una estimación en la que predominan cinco alteraciones mentales (esquizofrénicas, afectivas, abuso/dependencia del alcohol, deterioro cognoscitivo y angustia); de lo cual se deduce que aumentarán más que

el crecimiento demográfico, y el deterioro cognoscitivo y la angustia más que los otros. Según Levav et al. (1989), la prevalencia de las alteraciones mencionadas, será mayor en los países del Caribe que en otras regiones de América Latina.

Estudios para América Latina llevados a cabo en San Pablo, Brasil, tomando como muestra un grupo urbano de la clase media de la población, utilizaron el Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Andrade et al. (1999) encontraron que alrededor del 46 % de la muestra tenía, al menos, un diagnóstico de alteración mental en el transcurso de la vida y un 26 % en el año previo a la entrevista (33 % y 18 %, respectivamente, si no se considera la adicción al tabaco). Las alteraciones más frecuentes fueron depresión, angustia, somatización y el abuso/dependencia del alcohol (tabla N° 3).

Según los autores, el 34,4 % de la muestra en estudio acudió a un servicio de salud en el mes previo a la entrevista y un 8,3 % consultó a un especialista. Los que más acudieron a un servicio de salud fueron

Tabla N° 3

Prevalencia, durante la vida y durante 12 meses, de perturbaciones mentales

Alteración	Durante la vida % (SE)	Durante 12 meses % (SE)
Cualquier perturbación menos tabaquismo	33,1 (1,3)	18,5 (1,1)
De orden afectivo	18,5 (1,2)	7,9 (0,7)
Ansiedad generalizada	4,2 (0,6)	1,7 (0,4)
Pánico	1,6 (0,5)	0,8 (0,2)
Fobias	8,4 (0,6)	5,0 (0,5)
Obsesivo-Compulsivo	0,3 (0,1)	0,2 (0,1)
Alguna forma de angustia	12,9 (1,0)	8,0 (0,7)
Abuso/dependencia del alcohol	5,5 (0,7)	4,5 (0,7)
Dependencia de drogas	1,1 (0,3)	0,6 (0,2)
Perturbación psicótica no afectiva	1,9 (0,2)	0,8 (0,2)
Conversión	2,2 (0,4)	0,5 (0,2)
Somatización	6,0 (0,7)	4,2 (0,6)
Bulimia nerviosa	1,5 (0,3)	1,0 (0,3)
Alteración cerebral orgánica	1,2 (0,3)	—

Fuente: Andrade et al., 1999.

Tabla N° 4

Prevalencia de alteraciones DSM-III-R en los estudios de CJE\*

Estimaciones de por vida	Brasil % (SE)	México % (SE)
Cualquier tipo de angustia	17,4 (1,0)	5,6 (0,8)
Cualquier disposición de ánimo	15,5 (1,0)	9,2 (1,2)
Cualquier sustancia	16,1 (1,2)	9,6 (0,7)
Cualquier alteración en estudios	36,3 (1,5)	20,2 (1,4)
Estimaciones en 12 meses	Brasil % (SE)	México % (SE)
Cualquier tipo de angustia	10,9 (0,8)	4,0 (0,6)
Cualquier disposición de ánimo	7,1 (0,7)	4,8 (0,8)
Cualquier sustancia	10,5 (1,0)	5,8 (0,6)
Cualquier alteración en estudios	22,4 (1,3)	12,6 (1,1)

\*Adaptado de la OMS, CJE, 2000

mujeres, personas de edad (mayores de 60 años) y pacientes que habían presentado perturbaciones mentales en el transcurso del año anterior (angustia y depresión, especialmente).

A pesar de que encontramos algunas diferencias en la prevalencia de perturbaciones mentales en dos diferentes fuentes de

información del mismo estudio hecho en Brasil (Andrade et al., 1999; Andrade et al., 1996; OMS Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica / CIEP, 2000), en el segundo de ellos se pueden comparar los datos de dos países latinoamericanos (Brasil y México) con otros norteamericanos (EEUU y Canadá) y europeos (Alemania,



Países Bajos y Turquía). Si se estudian solo los datos de Brasil y México, en la tabla N° 4 se observa que la prevalencia durante la vida y en doce meses es dos veces superior en Brasil; pero esta muestra, comparada con la mexicana, está tomada en gente de mayor edad, con un nivel de escolaridad mejor, con mayor cantidad de divorciados, solteros y que tiene trabajo.

### Servicios de psiquiatría

Como ya lo hemos dicho, la salud mental no es una prioridad para las autoridades de salud en el mundo (Patel et al., 2007) y una mayor oferta de servicios es necesaria principalmente en países con menor grado de desarrollo (Eaton et al., 2011). De acuerdo con Desjairlais et al. (1995) eso se debe a varios factores:

- El peso de las enfermedades mentales es relativamente invisible, ya que no afectan mayormente a las tasas de mortalidad.
- La idea errada de que las enfermedades mentales no son verdaderamente “enfermedades”.
- La creencia de que las enfermedades mentales tienen muy pocos o ningún tratamiento efectivo.

Un estudio dirigido por la Escuela de Salud Pública de Harvard, en 1990, mostró que de las diez causas que limitan al ser humano en el mundo, cinco son afecciones psiquiátricas: depresión unipolar, alcoholismo, alteración bipolar afectiva, esquizofrenia y alteraciones obsesivo-compulsivas (Murray y López, 1996). Este mismo estudio mostró que las enfermedades psiquiátricas y neurológicas suman el 28 % de todos los años vividos —debido a la limitación— comparado con el 1,4 % de todas las muertes y el 1,1 % de los años de vida perdidos. Esta situación no se presenta solamente en los

países de mejor nivel de vida. En el Estudio Internacional de Enfermedades Mentales OMS sobre Protección de la Salud General (Ustun y Sartorius, 1995), dos países latinoamericanos mostraron altas tasas de limitación, moderada hasta severa, entre los pacientes con desórdenes F10, F32-34 y F4 ICD-10 (39,3 % en Brasil y 32,6 % en Chile).

La Declaración de Caracas (OPS, 1990) marcó un hito en la política de salud mental para América Latina. Como ya se dijo, la atención de las enfermedades mentales debe trasladarse del hospital psiquiátrico hacia la comunidad y, también, apremia dictar una legislación que proteja los derechos de los pacientes. En la reunión del Consejo Dirigente de la OPS, en 1998, se emitió un documento final en el que se urge a los Estados Miembros a reconocer que “un mayor esfuerzo para la reorientación de los servicios que prestan atención a los enfermos mentales es acercar más a la comunidad (incluyendo a los servicios de salud mental) a los seguros de salud o planes de pago, y a programas de atención de salud” (OPS, Reunión del Consejo Dirigente, 1998).

Hay gran disparidad entre los servicios que atienden a ricos y pobres en América Latina. Muchos de estos últimos reciben tratamiento en hospitales que distan considerablemente de ser eficientes, o en consultorios externos donde la atención dura nada más que algunos minutos; mientras que los adinerados se atienden en forma privada (los pacientes reciben tratamientos basados en técnicas de orientación psicoanalítica). En los países latinoamericanos la relación entre el número de psiquiatras y población no está lejos de lo recomendado por la OMS, pero siempre existe una parte

de la población que todavía constituye un problema. Los gobiernos de América Latina no asignan la prioridad debida a la salud en general y, en particular, a la salud mental, lo que se refleja en el bajo presupuesto asignado. La posibilidad de tener personal capacitado y programas eficientes es, por lo general, desconocida en la región (Mateus et al., 2008; Araya et al., 2009).

Un asombroso informe de un hospital psiquiátrico en Argentina, hecho por Desjarlais et al. (1995), resulta decidor acerca de los servicios psiquiátricos en países latinoamericanos, aún en nuestros días:

“En 1990, en el Hospital Psiquiátrico Moyano, situado en las afueras de Buenos Aires, dependiente del Estado, y que alberga a 1650 mujeres, se produjo la muerte de 32 de ellas por desnutrición. La versión oficial del hospital dice que las muertes se debieron a la edad avanzada y a otras causas naturales. Las investigaciones posteriores descubrieron que un número de las mujeres fallecidas tenía entre 40 y 50 años; la falta de fondos y el mal manejo de los recursos estatales provocaron la muerte por inanición de las pacientes. El personal que trabajaba en la cocina dijo que el alimento que recibían las pacientes era apenas para subsistir. También se apreció que dos tercios de las pacientes de Moyano no requerían hospitalización, pero habían sido abandonadas en el hospital por familiares y no tenían otro lugar adonde ir. Se produjo el revuelo en la opinión pública por estas muertes, se despidió a los administradores del hospital y se procedió a efectuar las reformas necesarias para el mejor funcionamiento de la institución”.

Este ejemplo es una realidad conocida por muchos psiquiatras de países latinoamericanos. Saraceno y Barbui (1997) señalan:

“...existe mucha literatura que demuestra que los países en desarrollo mucha veces no pueden proporcionar los mejores recursos a los pacientes, desde la escasez de drogas psicotrópicas hasta el manejo insuficiente psicológico y psicosocial siguiendo técnicas precisas de aproximación. Sin embargo, la tasa de recuperación de los pacientes en estos países no es peor que la de países desarrollados”.

### **Factores sociales**

Desjarlais et al. (1995), en el final del primer capítulo de su conocido libro “Salud Mental en el Mundo: Problemas y Prioridades en los Países de Ingresos Bajos”, declaran que la pobreza y el estancamiento económico influyen directa e indirectamente en el bienestar social y mental. La pobreza se manifiesta en hambre y desnutrición, viviendas en mal estado, mayor riesgo de contraer enfermedades y, muchas veces, atención de salud deficiente. La gran densidad urbana y malas condiciones de trabajo pueden conducir a la angustia, la depresión, o a un estrés crónico, como también a una mala calidad de vida de familias y comunidades. Problemas como hambre crónica, explotación sexual y trabajos que son un desempleo disfrazado, pueden deteriorar la salud mental y social tanto como un estrés agudo que acompañe a una crisis mayor —como un duelo—, hecho que es más que conocido por los profesionales de la salud mental. Entonces, pensar sobre salud mental significa tomar en cuenta una serie de hechos interrelacionados que, a primera vista, no parecen ser problemas “psiquiátricos propiamente tales”.

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2001), Lati-

Tabla N° 5

Magnitud de la pobreza en América Latina

País (año)	Área urbana	Área rural	Total
Brasil (1996)	25 %	8 %	29 %
Chile (1998)	17 %	4 %	18 %
Colombia (1997)	39 %	15 %	45 %
Costa Rica (1997)	17 %	5 %	20 %
El Salvador (1997)	39 %	12 %	48 %
Honduras (1997)	67 %	35 %	74 %
México (1998)	31 %	7 %	38 %
Panamá (1997)	25 %	9 %	27 %
Perú (1997)	25 %	7 %	37 %
Venezuela (1994)	41 %	14 %	42 %

América Latina (1997)\*

Adaptado de CEPAL, 2001

\*18 Países.

noamérica se compone de 22 países agrupados en la región andina, el cono sur de Sudamérica, México, América Central y el llamado Caribe latinoamericano. En 1999, la población de estos países era de 510 millones de personas. La CEPAL describe una gran variabilidad en los indicadores que miden la magnitud de su pobreza (tabla N° 5).

## Pobreza

Se ha estudiado la relación entre clase social y alteración mental; al menos, desde el trabajo clásico de Hollingshead y Redlich (1964), en el que estos autores afirman que existe una relación bien clara entre posición social y llegar a ser un paciente psiquiátrico, y mientras más baja sea la clase social, mayor es la proporción de pacientes en la población. Sin embargo, en un estudio de Goldberg y Morrison, publicado en 1963, se indica que la distribución de la clase social de los padres de pacientes esquizofrénicos es igual al de la población tomada en general, sugiriendo que la jerarquía menor del trabajo en que se ocupaban estos pa-

cientes se debía a que ellos no llegaban a alcanzar su potencial social.

Gruenberg (1967) describió el “síndrome de desmoronamiento social” como una situación en que las personas sometidas a un estrés grande y continuo pueden manifestar retraimiento, agresividad, apatía o negativismo, sin tomar en cuenta cualquier otro diagnóstico que pudiera agregarse. Fried (1982) conceptualizó el estrés endémico como “el fenómeno de escasez que permanece o aumenta por situaciones constantes de pérdida o privación, por situaciones mantenidas de recursos insuficientes o por no tener oportunidades de desempeñar un rol”. Además, enfatizó que los efectos más llamativos se manifestaban en las formas sutiles y subclínicas de apatía, alienación, retraimiento, negar afectividad a sí mismo, disminución de la productividad y resignación.

Dos proyectos diferentes de investigación, que muestran las relaciones entre estatus socioeconómico y salud mental, se realizaron en Brasil en los años 80. Santa-

na (1982) encontró que mientras más bajo era el ingreso de los residentes de un distrito de El Salvador, mayor era la morbilidad psiquiátrica. Y Mari (1987) encontró en San Pablo, donde los sectores de ingresos altos son vecinos de los barrios pobres, que las familias que habitaban en viviendas miserables tenían una morbilidad psiquiátrica más alta que los que vivían en mejores condiciones.

Lima et al. (1999), en un estudio realizado en una ciudad del centro sur de Brasil, descubrieron que perturbaciones psiquiátricas menores, diagnosticadas por el SRQ, estaban relacionadas con el desempleo, asaltos/robos y, en forma inversa, con la escolaridad y el ingreso familiar.

### **Migración y urbanización**

Según Desjarlais et al. (1963), el número de personas que vive en lugares urbanos y la extensión de la pobreza en ciudades han aumentado de manera notoria en las dos o tres últimas décadas, lo que conduce a una relación de cambio social importante. Datos del año 2000 de las Naciones Unidas (Crensom, 2001) muestran a tres ciudades en América Latina (Ciudad de México; San Pablo, Brasil, y Buenos Aires, Argentina) entre las diez más populosas del mundo.

En las últimas décadas fue posible observar la migración desde las zonas rurales a las áreas urbanas. Datos del IBGE —una agencia brasileña de datos demográficos (2001a; 2001b) — mostraron que una de cada tres personas en Brasil vivía en el área rural en 1950; en el año 2000, en cambio, esta proporción llegó a una de cada cinco personas. También, de acuerdo con Desjarlais et al. (1995), “como la urbanización en América Latina, Asia, África y la zona del Pacífico ha ocurrido generalmen-

te sin un aumento brusco de la prosperidad por industrialización, existe una pobreza urbana considerable en las ciudades grandes de estas regiones”.

Caravedo et al. (1963) hicieron una serie de estudios de comunidades en el Perú y notaron en todas ellas que los grupos urbanos tenían niveles más altos de depresión, agresividad y alcoholismo que los grupos rurales; niveles de epilepsia, reacciones depresivas y perturbaciones psicósomáticas eran mayores entre los emigrantes; en cambio, psicosis y reacciones angustiosas eran mayores en los no emigrantes. Estudios más recientes de la morbilidad psiquiátrica desarrollados en Puerto Rico (Camino et al., 1987) y en Brasil (Mari et al., 1993; Almeida Hijo et al., 1997; Andrade et al., 1999) revelaron que una proporción importante de la población adulta urbana de estos países (del 19 % al 34 %) padece alguna alteración psiquiátrica con una predominancia de fobias, abuso del alcohol, angustia y depresión.

En un segundo análisis de datos de uno de estos estudios hechos en Brasil, Almeida Hijo (1998) no encontró una relación significativa entre el hecho de ser emigrante y su repercusión psicológica (tabla N° 6).

### **Empleo**

Desjarlais et al. (1995) señalan que en economías emergentes, como la latinoamericana, “...aproximadamente el 10 % de la fuerza laboral en muchas ciudades está desempleada en cualquier momento dado. El porcentaje de gente subempleada es, sin duda, mucho mayor”.

En 1982, Almeida Hijo encontró que el estatus de estar desempleado es un indicador más claro de morbilidad psiquiátrica en el medio residencial; pero, en otro estu-

Tabla N° 6

Ventajas razones y 95 % intervalos de confianza (ic) para la asociación entre estatus de emigración y alteraciones no psicóticas.

Diagnóstico (N° de casos)	En total (ic)	Ajustado (ic)
Ansiedad (124)	1,32 [0,73 – 2,39]	0,96 [0,50 – 1,85]
Fobias (137)	1,08 [0,61 – 1,90]	0,65 [0,34 – 1,24]
Somatización (60)	1,99 [0,87 – 4,60]	1,32 [0,52 – 3,3 ]
Depresión (58)	1,87 [0,90 – 3,94]	1,71 [0,70 – 4,14]

Adaptado de Almeida Hijo, 1998.

Tabla N° 7

Ventajas razones y 95% intervalos de confianza (ic) para la asociación entre empleo y alteraciones no psicóticas.

Diagnóstico (N° de casos)	En total (ic)	Ajustado (ic)
Ansiedad (124)	0,68 [0,39 – 1,20]	1,35 [0,75 – 2,43]
Fobias (137)	0,45* [0,26 – 0,78]	0,93 [0,53 – 1,64]
Somatización (60)	1,41* [0,20 – 0,84]	0,98 [0,44 – 2,25]
Depresión (58)	0,51* [0,25 – 1,01]	0,88 [0,38 – 2,04]

Adaptado de Almeida Hijo, 1998

\* p < 0,05.

dio publicado en 1998, establece que hombres de clase social baja que tenían trabajo en la economía formal, padecían más perturbaciones no psicóticas que los trabajadores del sector informal, tal vez porque los primeros ganaban, ahora, sueldos más bajos y tenían menos oportunidades comparadas con años anteriores. En esta misma publicación, Almeida Hijo (1998) también ha expresado que “un trabajo formal, regular y estable protegería la salud mental del individuo” (tabla N° 7). Pero, de acuerdo con este autor, ajustes de regresión logística resultan en la eliminación del esperado efecto protector del empleo en la salud mental.

### Alcohol y drogas

Galduroz et al., (1997) estudiaron el efecto de drogas psicotrópicas durante toda la vida en estudiantes que tenían entre 10 y 17 años de edad, en diez ciudades grandes de Brasil. Encontraron que casi 1 de cada 4

había consumido, al menos, una droga (excluyendo alcohol y tabaco) durante su vida. Las drogas probadas con mayor frecuencia fueron solventes (13 %), cannabis (7,6 %), benzodiazepinas (5,8 %) y cocaína (4,4 %). Noto et al. (1998) repitieron este mismo estudio en niños y adolescentes que vivían en las calles de seis ciudades grandes de Brasil y hallaron que las drogas más empleadas (excluidos alcohol y tabaco) fueron solventes (53 %), cannabis (50 %) y cocaína (33 %). Otro estudio publicado en 1997 (CEBRID, 1999), en jóvenes entre 10 y 20 años de edad que tenían problemas con la ley en Medellín, Colombia, comprobó que el 90 % había ingerido bastante alcohol durante su vida, 70 % había consumido cannabis, 59 % cocaína, 35 % “basuco” (cocaína impura, fumada), 33 % heroína y 20 % éxtasis.

Un libro publicado recientemente por la Organización Mundial de la Salud (Riley y Marshall, 1999) se ha enfocado en patrones de la ingesta de alcohol y problemas

relacionados en ocho países en desarrollo (dos de ellos latinoamericanos: Brasil y México). Carlini-Cotrim (1999) señaló que el consumo de alcohol aumentó en forma significativa entre los estudiantes secundarios brasileños desde 1987 a 1993, sobre todo en las niñas, e hizo referencia a algunos estudios que relacionan la ingesta de alcohol con accidentes automovilísticos, violencia y otros problemas, tales como daños a la salud y dificultades en el colegio y el trabajo. Medina-Mora (1999), estudiando el tema en México, describió que los problemas más comunes relacionados con el alcohol en ese país son: familiares (15 %), de salud (12 %) y niñas (9 %).

## Violencia

La emoción dominante, según niños mayas/guatemaltecos que viven en campos de acogida en México y Guatemala, es miedo o temor (Melville y Likes, 1992).

Martín-Baro (1989) considera que el conflicto de baja intensidad en El Salvador tiende a "criminalizar la mente de los niños", mediante la creación de moralidades aberrantes y destructivas.

Las décadas de guerrillas en Colombia, la represión militar y el crimen organizado han creado un "estado generalizado de desmoralización, tanto en el sentido de un debilitamiento del espíritu como de una corrupción de la moral" (León, 1987).

"Los nervios", es la queja más corriente de las mujeres refugiadas salvadoreñas que se atienden en una clínica de salud mental de Nueva Inglaterra (USA). Según el criterio psiquiátrico (DSM-III-R y SADS), casi la mitad de estas mujeres han padecido de uno o más episodios de depresión mayor en los dos últimos años, y algunas han acusado depresión crónica o distimia.

Muchas de ellas padecen síntomas de estrés pos traumático (EPT), que incluye pesadillas recurrentes de violencia traumática, la sensación súbita de que el hecho traumático vuelve a repetirse, irritabilidad y estallidos de cólera. Muchas de las mujeres que se atendían en la clínica padecían de trastornos debido a violencia doméstica o abuso en el hogar (Jenkins, 1991).

En la región de las Américas la mortalidad por causas asociadas a la violencia es preocupantemente alta y va en aumento. En México, por ejemplo, actos violentos motivaron el 5 % del total de muertes en 1982, y el 8 % del total de años perdidos del potencial de vida. En El Salvador las muertes por violencia eran el 9 % del total de muertes en 1984 y el 21 % del potencial de años de vida perdidos. En Colombia los homicidios aumentaron 50 % entre 1972 y 1982 y se triplicaron entre 1983 y 1992. En 1990 el homicidio era la principal causa de muerte entre los menores de 20 años (OPS, 1993).

## Conclusiones

Durante largo tiempo la principal preocupación de la literatura sobre salud mental, en cuanto a la relación entre perturbaciones psiquiátricas y el estatus socio económico, fue la controversia sobre las explicaciones de la causalidad y la selección social, acerca de la relación inversa entre ellos. Esto resultó ser más complejo de lo que se esperaba. Depende del tipo de alteración psiquiátrica, el género, el trasfondo étnico y aspectos culturales, entre otros factores.

Varios países en América Latina han experimentado un crecimiento económico resultando en un ingreso *per cápita* mayor, pero la brecha entre ricos y pobres se ha

profundizado. Esta situación se refleja en una distribución desigual entre el ingreso y el acceso a bienes y servicios. Si bien existe atención pública de salud, la calidad del servicio no es semejante a la de las clases altas. Además, las cifras de violencia, desempleo, problemas de alcohol y drogas, y desplazamiento social son más frecuentes en los pobres que en los ricos.

La globalización y la modernización son conceptos maravillosos, pero el mundo real en América Latina y otros países tercermundistas es muy diferente de lo que se ve en las telenovelas. Tornar reales los sueños de justicia social y salud para todos no es tarea de los oficiales de gobierno, sino de toda la población.

### Referencias bibliográficas

- Alarcón R.D. & Aguilar-Gaxiola, S.A. (2000) Mental health policy developments in Latin America. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), pp. 483-490.
- Almeida-Filho, N. (1982) The psychosocial costs of development: labor, migration and stress in Bahia, Brazil. *Lat Am Res Review*, 17, pp. 407-432.
- Almeida-Filho, N. (1998) Becoming Modern after all these years: social change and mental health in Latin America. *Culture, medicine and psychiatry*, 22, pp. 285-316.
- Almeida-Filho, N., Mari J.J., Coutinho, E., Andreoli, S.B., Fernandes, J. and Franca, J. (1997) Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *The British journal of psychiatry; the journal of mental science*, 171, pp. 524-529.
- Andrade, L.H.S.G., Lolio, C.A., Gentil, V., Laurenti, R. (1999) Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiq Clin*, 26(5), pp. 257-261.
- Araya R, Alvarado R, Minoletti A. (2009) Chile: an ongoing mental health revolution. *Lancet*, 374, pp. 597-98.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., Sesman, M., Guevara, L.M. (1987) The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Puerto Rico. *Archives of general psychiatry*, 44, pp. 727-35.
- Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York.
- Caravedo, B., Rotondo, H., Mariategui, J. (1963) *Estudios de psiquiatría social en el Perú*. Ediciones del Sol, Lima.
- Carlini-Cotrim, B. (1999) Country Profile on Alcohol in Brazil. In: Leanne Riley and Mac Marshall. *Alcohol and Public Health in 8 Developing Countries*. Ed. World Health Organization/WHO, Substance abuse Department Social Change and Mental Health, pp. 13-35.
- Comisión Económica Para América Latina. (2000) *Panorama social de América Latina*. 1<sup>st</sup>. ed. CEPAL[on line]. United National ed.[cited 2001 Jul 2], Available from URL: <http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/8/lcg2068/indice.htm>
- Clausen, J. (1956) *Sociology and the field of mental health*. Russell Sage Foundation. New York.
- Costello, E.J., Angold, A., Burns, B.J., Stangl, D.K., Tweed, D.L., Erkanli, A., Worthman, C.M. (1996) The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, pp. 1129-1136.
- Crenson, M. (2001) ONU aponta SP como a 4ª cidade do mundo. O Estado de São Paulo, p. C3.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A. (1995) *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford University Press, New York.
- Dohemwend, B.P., Levav, I., Shrout, P.E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B.G., Skodol, A.E., Stueve, A. (1992) Socioeconomic status and psychiatry disorders: the causation -selection issue. *Science*, 255, pp. 946-52.
- Dohrenwend, B.P. (1990) Socioeconomic status and psychiatry disorders: Are the issues still compelling? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 25, pp. 41-7.
- Dohemwend, B.P., Dohemwend, B.S. (1969) *Social status and psychological disorders*. Wiley, New York.
- Dunham, H.W. (1959) *Sociological Theory and mental disorder*. State University Press, Wayne.
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Baingana, F., Araya, R., Ntulo, C., Thornicroft, G.,

Saxena, S. [2011]. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378, pp. 1592-1603.

- Edgerton, R.B., Cohen, A. (1994) Culture and schizophrenia: The DOSMD challenge. *The British journal of psychiatry; the journal of mental science*, 164, pp. 222-31.

- Florenzano Urzúa, R., Acuña Rojas, J., Fullerton Ugalde, C., Castro Munoz, C. (1995) Results from the Santiago de Chile Centre. In: *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Edited by T.B. Ustun and N. Sartorius.

- Fried, E. (1982) Building psychic structures as a prerequisite for change. *J Group Psychother*, 32(4), pp. 417-30.

- Galduroz, J.C.F., Noto, A.R., Carlini, E.A. (1997) *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras-1997*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/CEBRID, São Paulo.

- Gift, T.E., Strauss, J.S., Ritzler, B.A., Kokes, R.F. & Harder, D.W. (1986) Social class and psychiatry outcome. *The American journal of psychiatry*, 143, pp. 222-5.

- Goldberg, D.P. & Lecrubier, Y. (1995) Form and Frequency of Mental Disorders across Centres. In: *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Edited by T.B. Ustun and N. Sartorius.

- Goldberg, E.M. & Morrison, S.L. (1963) Schizophrenia and social class. *The British journal of psychiatry; the journal of mental science*, 109, pp. 785-802.

- Gruenberg, E.M. (1967) The social breakdown syndrome: some origins. *The American journal of psychiatry*, 123, pp. 1481-1489.

- Henderson, A.S. & Burrows, G.D. (1988) *Handbook of social psychiatry*. Elsevier, Amsterdam.

- Hollingshead, A.B. & Redlich, P.C. (1964) *Social class and mental illness*. Wiley, New York.

- Jablensky, A., Sartorius, N. & Emberg, G. (1992) Schizophrenia, manifestations, incidence and course in different cultures: a WHO ten-country study. *Psychological medicine*, 20, suppl.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2000*. IBGE [on line] 2001a, [cited 2001 Jul 2] Available from URL: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Histórico*. IBGE [on line] 2001 b, [cited 2001 Jul 2] Available from URL: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censohistorico/default.shtm>

- Jablensky, A., Sartorius, N., Cooper, J.E., Anker, N., Korten, A. & Bertelsen, A. (1994) Culture and schizophrenia criticism of WHO studies are answered. *The British journal of psychiatry; the journal of mental science*, 165, pp. 434-436.

- Jenkins, J.H. (1991) The state construction of affect: political. ethos and mental health among Salvadoran refugees. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, pp. 134-165.

- Johnson, J.G., Cohen, P., Dohrenwend, B.P., Link, B.G. & Brook, J.S. (1999) A Longitudinal Investigation of Social Causation and Social Selection Processes Involved in the Association Between Socioeconomic Status and Psychiatry Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), pp. 490-99.

- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B. & Stang, P.E. (1995) Social consequences of psychiatric disorders: I. Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1026- 1032.

- Kessler, R.C., Mc Gonagle, K.A., Zhao, et al. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 8-19.

- Krupinski, J. (1992) Social psychiatry and sociology of mental health: a view on their past and future relevance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, pp. 91-97.

- Leon, C. (1987) *Observing violence: the case of Colombia*. Presented as the Simon Bolivar Lecture to the 140th Meeting of the American Psychiatric Association, Chicago, May, 13.

- Levav, I., Lima, B.R., Lennon, M.S., Kramer, M. & Gonzalez, R. (1989) Mental health for all in Latin America and Caribbean. Epidemiologic basis for action. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 107, pp. 196-219.

- Lima, M.S., Soares, B.G.O. & Mari, J.J. (1999) Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clin*, 26(5), pp. 225-235.

- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S, Chisholm, D, Das, J, Knapp, M., Patel, V. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. [2011] *Lancet*, 378, pp. 1502-14.

- Lund, C., Breen, A., Flisher, A.J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J.A., Swartz, L., Patel, V. (2010) Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc. Sci Med*, 71, pp. 517-28.

- Mari, J.J. (1987) Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. *Soc Psychiatry*, 22, pp. 129-138.



- Mari, J.J., Almeida-Filho, N., Coutinho, E., Andreoli, S.B., Miranda, C.T. & Streiner, D. (1993) The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychological medicine*, 23, pp. 467-474.
- Martin-Baro, I. (1989) Political violence and war as cause of psychological trauma in El Salvador. *J Ment Health*, 18, pp. 3-20.
- Mateus, M.D., Mari, J.J., Delgado, P.G., Almeida-Filho, N., Barrett, T., Gerolin, J., Goihman, S., Raz-zouk, D., Rodriguez, J., Weber, R., Andreoli, S.B., Saxena, S. (2008) The mental health system in Brazil: policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst.*, 2, pp. 12
- Medina-Mora, M.E. (1999) Country Profile on Alcohol in Mexico. In: Leanne Riley and Mac Marshall. *Alcohol and Public Health in 8 Developing Countries*. Ed. World Health Organization/WHO, Substance abuse Department Social Change and Mental Health, pp. 75-94.
- Melville, M. & Kurtz, K.M. (1992) Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism. *Social Science and Medicine*, 34, pp. 533-548.
- Murray, C.J.L. & Lopez, AD. (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health on behalf of WHO and The World Bank, Cambridge.
- Noto, A.R., Nappo, S., Galduroz, J.C.F., Mattei, R. & Carlini, E.A. (1998) IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras-1997. Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas /CEBRID, São Paulo.
- Pan American Health Organization/PAHO. (1990) *Regional conference about the restructuring of psychiatric services in the Region*, 12-14 November 1990, Venezuela (A final report) Washington, DC.
- Pan American Health Organization/PAHO. (1993) *Final report of the Workshop about formulation of mental health policies and plans*. PAHO, Washington, DC.
- Pan American Health Organization/PAHO. (1998) *Governing Council Meeting*. Final report. PAHO, Washington, DC.
- Pan American Health Organization/PAHO. *Mental health in the Americas: New challenges in a new millennium*. Mental Health Program. Division of Health Promotion and Protection. PAHO [on line] 2001 [cited 2001 Ju13]. Available from URL: <http://www.paho.org/English/HPP/whd2001MentalHealthSPP.ppt>
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., Hosman, C., McGuire, H., Rojas, G., van Ommeren, M.. (2007) Treatment and prevention of mental disorders in low-income countries. *Lancet*, 370, pp. 991-1005.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., Flisher, A.J. (2010) Mental disorders: equity and social determinants. In: Eric Blas and Anand Sivasankara Kurup. *Equity, social determinants and public health programmes*. Ed. World Health Organization/WHO, pp. 115-134.
- Plomin, R. (1990) The role of inheritance in behavior. *Science*, 248, pp. 183-188.
- Riley, L. & Marshall, M. (1999) *Alcohol and Public Health in 8 Developing Countries*. Ed. World Health Organization/WHO, Substance abuse Department Social Change and Mental Health.
- Robins, L.N., & Regier, D.A. (1991) *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. Free Press, New York.
- Robins, L.N., Locke, B.Z. & Regier, D.A. (1991) *An overview of psychiatric disorders in America*. Free Press, New York.
- Santana, V. (1982) Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. *Série de estudos em Saúde* (Secretaria de Saúde da Bahia), 3, pp. 1-122.
- Sarraceno, B. & Barbui, M.D. (1997) Poverty and Mental Illness. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 42(3), pp. 285- 90.
- Sartorius, N. & Ustun, T.B. (1995) *Mental illness in primary care: an international study*. John Wiley & Sons, New York.
- Villano, L.A.B., Nanhay, A.L.G., De Moraes, L.R. & Costa e Silva, J.A. (1995) Results from the Rio de Janeiro Centre. In: *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Edited by T.B. Ustun and N. Sartorius.
- World Health Organization/WHO. (2010) *Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. World Health Organization and Mental Health and Poverty Project, Geneva.
- World Health Organization/WHO. (2000) International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78(4), pp. 413-26.

# GLOBALIZACIÓN Y SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA

César Mella Mejías

*Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, República Dominicana*

La globalización es el ordenamiento internacional en el marco de un mundo unipolar, donde el fin del conflicto Este-Oeste, de la amenaza nuclear y de una subversión que pondría en peligro el orden capitalista mundial han desaparecido (Ceara-Hatton, 1995; Arroyo, 1996).

Cuando Cristóbal Colón llegó al nuevo mundo, la Reina Isabel tardó meses en enterarse; sin embargo, en los años setenta del siglo pasado, el arribo del primer hombre a la luna fue conocido de inmediato como resultado de lo que se ha dado en llamar la mundialización, apoyada y expandida, por supuesto, por el desarrollo tecnológico abrumador, en especial el de los medios de comunicación.

Para muchos, la globalización es un estadio superior del desarrollo del capitalismo, en el cual las grandes corporaciones de los diez países más ricos han necesitado colocar sus excedentes financieros para reproducirlos en una escala continental.

Para Latinoamérica el costo de estar “fuera” de la globalización es mayor que “estar dentro” (Ceara-Hatton, 1995); de ahí que las reformas de los Estados en términos arancelarios, de su fortaleza monetaria respecto al Yen, al dólar y a otras monedas fuertes, han tenido que formularse mirando hacia la globalización y, en particular, hacia la adscripción de países pequeños a

los convenios internacionales que, generalmente, benefician a los países grandes.

El siglo pasado sorprendió a la humanidad sumergida en dos grandes guerras mundiales y, sin embargo, conoció los mayores inventos y descubrimientos de los cuales no disfrutó durante los diecinueve siglos precedentes. Al final de la centuria, la caída del muro de Berlín replanteó todo el marco filosófico y de poderío económico-militar del planeta. Estamos frente a un acelerado proceso de integración que no solo es económico, sino político, social y cultural. Ello obliga a los países a reformular su relación con una creciente innovación tecnológica, su capacidad productiva y su desempeño competitivo en el plano comercial (Vaitsos, 1994).

En su libro, “La Nueva Economía. La Globalización”, Joaquín Estefanía plantea con llamativa agudeza: “En esencia, la globalización económica es aquel proceso por el cual las economías nacionales se integran progresivamente en el marco de la economía internacional, de modo que su evolución dependerá cada vez más de los mercados internacionales y menos de las políticas económicas gubernamentales. La mayor parte de los estudiosos de la globalización coincide en que su base tecnológica está en el carácter cada vez más inmaterial de la producción, en el desarrollo informá-

tico de los medios de comunicación, en la transferencia de conocimientos y de gestión en tiempo real de los flujos financieros, y en la estandarización —como consecuencia de lo anterior— de los mercados. Una masa creciente de capitales que navegan por el ciberespacio parece dar rendimientos sin necesidad de la intervención de los otros factores de producción (trabajo y tierra); es decir, existe una forma de capital financiero que proporciona rentas considerables frente a la actividad productiva clásica. Las transacciones financieras diarias equivalen, por ejemplo, a la producción de bienes y riquezas de un país como Francia —perteneciente al club de los siete más ricos del mundo— en un año. O por hacer otra analogía: el monto de las transacciones de los mercados monetarios y financieros representa alrededor de cincuenta veces el valor de los intercambios comerciales internacionales” (Estefanía, 2001).

El laureado escritor latinoamericano Mario Vargas Llosa ha afirmado que “...estamos asistiendo a un fenómeno extraordinariamente positivo, quizá lo mejor que le ha ocurrido a la humanidad en toda su historia, que es la internacionalización total del planeta, la disolución progresiva de fronteras en todos los campos, en lo cultural, lo tecnológico, lo económico. Pero eso crea una inseguridad, una especie de temor a lo desconocido, que es lo que alimenta la retracción nacionalista” (El País, 1996).

Como vemos, no existe un acuerdo sobre el origen del término globalización y los límites de su significado, lo cierto es que el siglo XXI nos encuentra con un planeta en el cual lo que ocurre a miles de kilómetros

lo sabe al instante cualquier ser humano del mundo. La mundialización permite a las grandes corporaciones realizar grandes transacciones económicas con el uso del ordenador, y el conocimiento científico se esparce rápidamente en las grandes avenidas informáticas de la internet.

La planetización impulsa la migración no solo por razones de turismo, sino porque el exilio económico y político encuentra en la aeronáutica modernas formas de procurarse seguridad, libertad y progreso a distancia (Hamuui-Halabe y col., 2001).

Latinoamérica ha recibido el siglo XXI con sistemas políticos heterogéneos cuya anhelada democracia no ha superado la pobreza y la insalubridad de la mayoría, como se ha pregonado. Una América que, desde el río Bravo hasta Tierra del Fuego, está plagada de inequidades sociales y en donde coexisten el ordenador y el analfabetismo, el emigrante bien dotado de inteligencia y conocimiento y el campesino sin tierras y desempleado; a ello se suma el cierre de empresas nacionales que han sido ahogadas precisamente porque el proyecto global le usurpa, con poder político y económico, sus mercados naturales.

¿Cuál ha sido el impacto de la globalización en los fenómenos de salud-enfermedad colectiva y, en particular, de salud mental?

“La salud mental representa una de las últimas fronteras que es preciso franquear para mejorar la condición humana. Habida cuenta del estigma y abandono generalizados, la salud mental debe ser incorporada ahora mismo en la agenda internacional<sup>1</sup>”.

“Los trastornos psicosociales afectan el desarrollo, la paz y la seguridad de muchas sociedades. La comunidad internacional

1. Jimmy y Rosalynn Carter. Expresidente y exprimera dama de EE.UU.

debe movilizarse para hacerles frente. La pobreza, el conflicto y la agitación social, especialmente si se acompañan de crueldad y degradación, pueden causar graves daños en el área mental. Quienes no gozan de bienestar y tienen la salud mental afectada están imposibilitados para desarrollar la totalidad de sus potencialidades<sup>2</sup>”.

Los avances tecnológicos y farmacoterapéuticos, así como los de la medicina preventiva, fueron extraordinarios durante el siglo pasado.

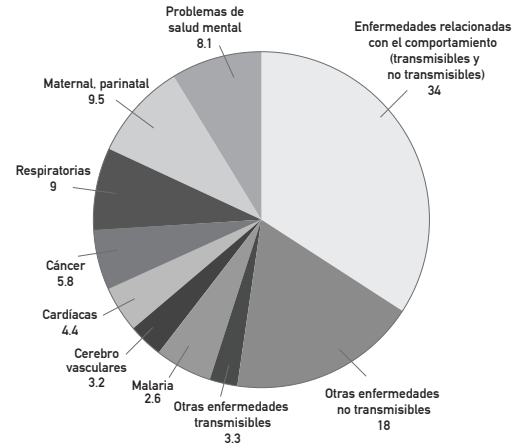
El promedio de esperanza de vida en los países más pobres se elevó; la viruela, que mataba a millones de seres humanos, fue erradicada. La mortalidad infantil ha disminuido en muchos países de América Latina.

Se recuerda que la influenza mató a más seres humanos en el mundo que la primera guerra mundial.

En los últimos cincuenta años del siglo recién pasado esta parte del continente mejoró de forma global su nivel de alfabetización, el consumo de agua potable, la deposición de las excretas y la disminución de la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, lo que disminuyó la mortalidad infantil de forma ostensible.

“Tal como sucede con otros sectores, en América Latina y el Caribe el sector salud está pasando por un proceso de cambios intensos y rápidos. Estos están relacionados con la reforma del Estado, la globalización, y la integración regional. La reforma del sector salud se ajusta a los marcos definidos por la reforma del Estado en general, clasificándose entre lo que se acordó llamar reformas de segunda generación. Ésta responde también a algunos determinantes sectoriales entre los que se encuentra

Figura 1



Fuente Adaptado del Banco Mundial, 1993

\* AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad

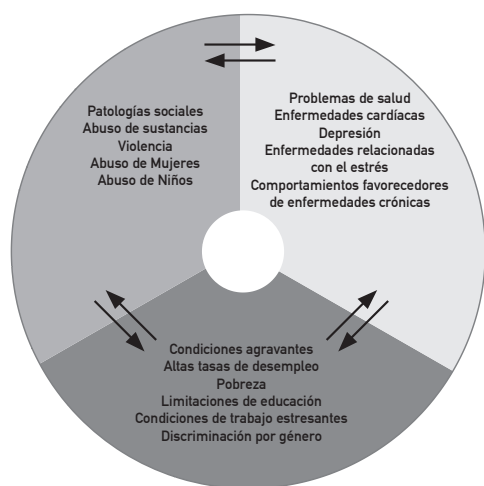
la necesidad de reducir las inequidades en salud y aumentar la efectividad de las políticas del sector. Debido a las implicaciones que la reforma del sector salud tiene para la sociedad en general, para los productores de bienes y servicios y para quienes formulan políticas sectoriales, ésta ha despertado un gran interés como tema de investigación y como objeto de acción política (Viera, 1998).”

Aunque la longevidad ha aumentado y la calidad material de vida da acceso a grandes recursos tecnológicos, ello no se ha expresado en forma proporcional en la calidad de vida y la felicidad de los seres humanos (OPS/OMS, 2000).

“Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son una parte importante de los problemas de salud de todas partes del mundo. De acuerdo con un estudio reciente del Banco Mundial, el conjunto de los problemas de salud mental (entre los que se incluyeron las lesiones autoinfligidas) constituyen una de las mayores cau-

2. Dr. Boutros Ghali. Exsecretario general de la ONU.

Figura 2



Modelos de conjuntos correlacionados de problemas

sas de años de vida sana perdidos, siendo responsables por 8,1 % de la pérdida (ver la figura 1). Se calcula que el 34 % de todas las discapacidades se deben a problemas relacionados con el comportamiento, como violencia, enfermedades diarreicas, desnutrición, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de vehículos de motor y otras lesiones involuntarias. El número de mujeres, hombres y niños aquejados por enfermedades mentales alcanza a varios cientos de millones. Otros son víctimas de la aflicción inducida por la violencia, el desplazamiento, la pobreza y la explotación. El abuso de sustancias y otros problemas de la conducta afectan la vida de innumerables adolescentes, adultos jóvenes y ancianos. Las mujeres y los niños son víctimas de abuso en una magnitud sobrecogedora” (Dercjarlais et al., 1997).

En general, los problemas mentales, sociales y del comportamiento se agrupan en entidades superpuestas que, al vincularse con la reciente irrupción de cambios globales y la emergencia de nuevas patologías, interactúan para intensificar sus

efectos sobre el comportamiento y el bienestar (ver la figura 2). Uno de los grupos de problemas está formado por el abuso de sustancias, violencia, maltrato de mujeres y niños, y las secuelas psiquiátricas de esas agresiones. En otro conjunto se relacionan problemas de salud de base biológica —como las afecciones cardíacas, el estrés y la depresión— con cambios en el desempeño social, el apoyo interpersonal y la capacidad personal para enfrentar problemas. Conjuntos de problemas como los mencionados son más frecuentes y difíciles de enfrentar en circunstancias en las que predominan altas tasas de desempleo, bajos ingresos, limitaciones en la educación, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, estilos de vida malsanos y violación de los derechos humanos. Influyen en esas condiciones sociales las poderosas transformaciones globales de nuestra era. Muchas condiciones, entre ellas la violencia, el suicidio y las lesiones causadas por desastres, lo mismo que ciertos trastornos mentales —como la depresión—, a menudo están relacionadas con la misma constelación de factores sociales. Algunas de estas fuerzas son de naturaleza global, en tanto que otras difieren según la región y la nación.

América Latina, en el período 1990-2000, se vio afectada por crisis económicas que originaron “ajustes”, muchos de ellos de corte neoliberal, que han reducido la capacidad de los Estados para los programas sociales.

El Organismo Social Contra la Esclavitud (dependiente de la ONU) ubica un total de 35 millones de trabajadores cautivos (forma de esclavitud) en el mundo y cita entre los países en donde existe esta práctica a República Dominicana, Haití y Bolivia (Der-

cjarlais, 1997 p. 10).

La desnutrición, la pobreza y las distocias por partos mal atendidos son fuentes generadoras de alteraciones en el desarrollo neurológico, originando trastornos ulteriores, como la epilepsia y el retardo mental.

El número de refugiados en el mundo por conflictos bélicos o por acción de las fuerzas naturales (terremotos, inundaciones, entre otros) ha sido estimado por la ONU en 20 millones. Si un 10 % de los afectados presentase trastornos inadaptativos de conducta, ello implicaría una fuerte carga asistencial para el país anfitrión.

Los desastres naturales, como los huracanes, dejan secuelas anuales de muertos, desolación y sufrimientos en países de América Latina donde estas fuerzas destructivas son endémicas, como en Cuba, Haití, República Dominicana y Puerto Rico.

La violencia doméstica, barrial y escolar ha motivado a la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS, 2000) a promover la estrategia: "medios físicos y psicosociales sanos: haz la paz", creando redes de animación comunitaria de prevención y educación alrededor de la morbilidad y mortalidad por violencia.

Cabe hacer notar que el 20 % a 30 % de las consultas mundiales en atención primaria del mundo se produce por concepto de ansiedad y/o depresión, lo cual significa que los modelos de atención en el presente siglo deberán dirigir sus esfuerzos hacia estos dos gigantes del sufrimiento humano, sobre todo en lo que incumbe a educación y prevención.

Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupados por el aumento de las tasas mundiales de suicidio se preguntan: ¿es el suicidio un indicador de corrupción social o moral, un inconveniente inevitable del desarrollo, o el resultado de varias fuerzas interactuantes?

niente inevitable del desarrollo, o el resultado de varias fuerzas interactuantes?

La tabla 1 demuestra lo revelador del peso del suicidio en la tasa de mortalidad de nuestra región.

El suicidio está relacionado con los trastornos del estado de ánimo y el uso y abuso de sustancias. Uno de los componentes de la globalización es la movilidad por fronteras de sustancias psicoactivas: alcohol, cocaína, heroína y otras. La condición de ilegales de muchas de ellas crea un mercado vinculado a la política, la corrupción y, por qué no, a la morbilidad psiquiátrica. El período actual va a demandar políticas firmes de los gobiernos, no solo en el control de las drogas ilegales, sino en términos de profundos programas de educación-prevenición en el caso del alcoholismo, fenómeno enraizado en lo más profundo de nuestras culturas.

Los grupos de vulnerables por edad de la población plantean retos de la mayor importancia (los jóvenes, por ejemplo) por el abandono de la escuela para vincularse al trabajo, emigrar o buscar un mejor futuro por otras vías. Se ha estimado que la depresión infanto-juvenil y los trastornos por consumo de sustancias constituyen retos preocupantes para los países de la región.

El aumento de la edad promedio en América Latina va paralelo a las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, entre otras, la enfermedad de Alzheimer como elemento invalidante y costoso.

La salud sexual y reproductiva de la mujer tiene, en el embarazo de niñas y adolescentes, en las enfermedades de transmisión sexual y en el incremento de las llamadas madres solteras y desempleadas, un serio problema de salud pública en la región.

Se hace necesaria una reingeniería de las estrategias internacionales y nacionales para enfocar la salud mental en el marco de un mundo global.

El desarrollo de los recursos humanos para la promoción de la salud mental, el uso masivo de los medios de comunicación para educar e impactar en las escuelas y en el seno familiar con modelos ágiles de intervención en crisis, y extender las redes

para un mejor acceso a los medicamentos y a los agentes de salud mental, es un imperativo que se debe poner en primer lugar en los países de América Latina.

Es tiempo de integración y coordinación. Las agendas de las reuniones de presidentes y de ministros de salud deben priorizar la salud mental, pues de ella depende no solo la productividad, sino el derecho a habitar un mundo más justo, armonioso y feliz.

Tabla 1

Población, número de defunciones y tasas brutas de mortalidad en América Latina, 1985-2000

Población y causas de defunciones en la región	Número de defunciones		Tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes			
	1985	2000	Cambio Porcentual	1985	2000	Cambio Porcentual
<b>América Latina y el Caribe</b>						
<b>Población</b>	248,563,000	336,672,000	35.4			
<b>Deficiencias nutricionales</b>	19,349	26,016	34.5	7.8	7.7	-1.3
<b>Enfermedades cerebrovasculares</b>	90,822	137,887	51.8	36.5	41.0	12.3
<b>Cirrosis</b>	33,733	53,695	59.2	13.6	16.0	17.6
<b>Suicidio</b>	8,364	11,836	41.5	3.9	4.1	5.1
<b>Accidentes de vehículos de motor</b>	39,864	58,513	46.8	18.7	20.3	8.6
<b>Homicidio</b>	42,077	64,318	52.9	19.6	22.2	13.3
<b>Total de las causas precedentes</b>	234,209	352,265	50.4	100.1	111.3	11.2

Fuente: Levav et al. 1989

#### Referencias bibliográficas

- Ceara-Hatton, M. (1995) *Revista Económica del Listín Diario* (2-15 abril), Santo Domingo, República Dominicana, p. 10.
- Arroyo, E. (1996) *Neoliberalismo y Globalización, Libre Competencia Vs. Estado Social*. Santo Domingo, República Dominicana, p. 153.
- Vaitos, C. (1994) *Opciones Dominicanas en Tiempos de Globalización e Integración*. Publicación PNUD, Naciones Unidas, p. 33.
- Estefanía, J. (2001) *La Nueva Economía: La Globalización*. Editorial De Bolsillo, Barcelona, p. 49.
- Seriprum, J. y Vargas Llosa. M. (1996) *Dos Peces en el Agua*. El País (España) 1 de Septiembre.
- Hamuui-Halabe y col. (2001) *Efectos Sociales de la Globalización*. Editorial Limusa, México DF.
- Viera, C. (1998) *Globalización, Integración Regional y Gobernabilidad Supranacional en Salud* (mimeo). OPS/OMS, octubre.
- Dercjarlais, E. et al. (1997) *Salud Mental en el Mundo: Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos*. OPS/OMS, Washington.
- OPS/OMS (2000) *El Informe del Director Año 2000: El Progreso de la Salud de la Población*. OPS/614-068, Washington.

# ESTIGMATIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Rodrigo Muñoz

University of California, San Diego, California, USA

## Introducción

Hace doce años atrás, cuando Paul J. Fink era presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), se centraron los esfuerzos en conseguir que la enfermedad mental no fuera sinónimo de estigma. Muchos sectores, así como intercesores de los pacientes, se pusieron en campaña para que la enfermedad no fuera considerada como tal.

En la mayoría de las personas la enfermedad mental se asocia con el miedo a la violencia que pueden presentar estos enfermos y con desconocimiento de lo que es una enfermedad mental, estos hechos conducen a la gente a desentenderse de estos pacientes.

El presente trabajo revisa lo que se ha escrito recientemente sobre estigma y las causas que mantienen el prejuicio no solo hacia los enfermos más deteriorados, sino también hacia muchos que padecen perturbaciones psiquiátricas.

## Publicaciones de la APA

La palabra “estigma” figuraba en el título, o en el resumen, de 22 de las publicaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana en los últimos cinco años.

El estigma es una señal de que el paciente con depresión abandonará el tratamiento. Según Sirey et al. (2001): “...si los pacientes sienten que su enfermedad es un estigma al iniciar el tratamiento, esto influye notoria-

mente en la evolución posterior”. El hecho de no considerar la enfermedad como un estigma ayuda al paciente a no interrumpir el tratamiento, así como a su evolución.

Estos autores utilizaron una escala (*Stigma Coping Scale*) para evaluar la discriminación que las personas sienten hacia los enfermos mentales y la disposición de éstos a abandonar el tratamiento.

Los pacientes mismos, en su mayoría, tenían opiniones desdeñosas respecto a las personas que padecían enfermedades mentales. Pacientes menores de 65 años sentían con mayor intensidad la enfermedad como estigma que los mayores. La percepción de estigma de la enfermedad fue asociada con el abandono del tratamiento entre los de más edad.

“El estigma deja sus huellas en todo el sistema”, dijo el Cirujano General U.S.A. David Satcher<sup>1</sup>. Afecta no solo a individuos, familias, comunidades y profesionales de la salud, sino al sistema mismo. Lleva además a discriminación dentro de los servicios de salud al afectar la forma en que pagamos, manejamos y coordinamos los servicios.

“La enfermedad mental es algo verdadero y no puede separarse de las de orden físico —señaló Satcher—. El lado positivo es que la psiquiatría puede tener éxito con el tratamiento en 80 % a 90 % de los pacientes. El negativo es que, mientras uno de cada cinco

1. Conferencia “Pongámonos en Acción: Un simposio de Salud Mental Nacional para enfrentar la discriminación y el estigma”, auspiciada por el Centro de Servicios de Salud Mental para el Abuso de Sustancias y Administración de la Salud Mental, marzo 2001.



americanos padece una enfermedad mental, solamente la mitad solicita ayuda”.

“Cuando la gente comprenda que las perturbaciones mentales no son consecuencias de faltar a la moral o de la falta de fuerza de voluntad, si no que son enfermedades como cualquier otra, que responden a tratamientos específicos, los prejuicios podrán desaparecer”.

Patrick Corrigan, profesor asociado de psiquiatría de la Universidad de Chicago, expresó, en esa misma conferencia: “El aspecto de estigma en la población comienza con un estereotipo, una creencia negativa acerca de un grupo de gente. Estar de acuerdo con esta creencia se convierte en prejuicio el que, a su vez, lleva a la discriminación”. Aseguró que el estigma puede también corroer de adentro hacia afuera, lo que lleva al individuo a pensar en forma negativa de sí mismo. Los prejuicios que coinciden con el estereotipo llevan a la pérdida de la autoestima y, por consiguiente, el individuo no puede desempeñar su rol en la comunidad.

Corrigan propone tres maneras de combatir el estigma: protesta, educación y contacto personal. En sus estudios el mejor resultado se obtuvo con el contacto personal entre enfermos mentales y personas ajenas a ellos.

En esa conferencia, Satcher manifestó que los profesionales de la salud mental deberían comenzar por informarse ellos mismos acerca del efecto que produce el estigma en la vida de los enfermos mentales y de sus familias. Además, deberían estimular a los responsables de las políticas de salud y a los medios de comunicación de masas para que informen de manera más veraz a la población acerca de las enfermedades mentales.

Chernomas, Clarke y Chisholm (2000) estudiaron a cinco grupos, con un total de 28 mujeres, quienes dijeron padecer de esquizofrenia o de perturbación esquizoafectiva. Vivían en la comunidad y se reunieron para discutir lo que necesitaban en lo que a salud se refiere, desde la maternidad, salud

de la reproducción, relaciones interpersonales y envejecimiento. Estas mujeres sufrían de privaciones, múltiples pérdidas, estigma social, contactos interpersonales limitados y pobreza. Percibían el rechazo y las críticas. Sentían que el sistema de salud se centraba en sus enfermedades y ellas mismas pasaban a ser seres invisibles. Sin embargo, tenían esperanzas de contribuir a mejorar su estado de vida. Los autores enfatizaron la importancia de la relación terapéutica para explorar alternativas, aliviar el impacto de la enfermedad y mejorar el tratamiento.

En varias publicaciones, Richard Lamb (2000), un líder en la lucha contra el estigma, ha sugerido que “...sabemos que la violencia entre personas que padecen enfermedades mentales graves es más común entre los que padecen de psicosis agudas, rehúsan medicamentos y son adictos a sustancias. Conocemos a la mayoría de estas personas. Si queremos que el estigma y la discriminación vayan en disminución tenemos que hacer todo lo posible para darles tratamiento”.

### **El liderazgo de Satcher**

David Satcher es el Cirujano General de los Estados Unidos que más ha promovido el tema de la salud mental. Sus declaraciones, publicadas en la revista *Time* (4 de junio de 2001), merecen leerse atentamente:

“Por la historia conocemos los logros extraordinarios alcanzados en salud pública, pero lo concerniente a salud mental y enfermedad mental muchas veces ha quedado relegado al último lugar en nuestra conciencia como nación. Enfermedades tan trágicas como la esquizofrenia, depresión y desorden bipolar, enfermedad de Alzheimer, alteraciones de conducta en los niños y otras perturbaciones mentales están presentes en uno de cada cinco americanos. En cualquier año que se estudie, pero con demasiada frecuencia, se habla de ellas en voz baja y con vergüenza.

Afortunadamente existe ahora la neuro-

ciencia de la salud mental así como la inquietud por la investigación científica. En la actualidad reconocemos que las enfermedades mentales no solamente son reales, sino que la gran mayoría es tan tratable como las del corazón, hígado, pulmones o riñones. Uno de los hechos más destacados en la investigación de la salud mental en nuestros días es que la brecha entre salud 'física' y salud 'mental' se va cerrando."

El estigma y la desesperanza injustificada acerca de las oportunidades para la recuperación de una enfermedad mental han levantado barreras en conseguir tratamiento tan necesario de la salud mental.

### **Factores del estigma**

Penn et al. (1999) han evaluado la estigmatización que sufren los enfermos mentales y la posibilidad de luchar contra este prejuicio. Los autores hacen notar cómo afecta decididamente la calidad de vida y la autoestima. La investigación ha demostrado que la actitud negativa hacia las enfermedades mentales se relaciona con la falta de contacto con estos pacientes y de información empírica acerca de la relación entre violencia y enfermedad mental. Otros estudios demuestran que el mayor contacto e información empírica hace que los enfermos tengan mayor aceptación y, por lo tanto, ayuda en su reinserción social.

Arboleda-Florez, Holley, Crisanti y otros se han referido a la relación entre la imagen de "violencia" de los enfermos mentales y el estigma. Una de las razones para estigmatizar al enfermo mental es que la población, en general, piensa que son violentos y peligrosos. Aunque partidarios de la salud mental han combatido esta creencia de la opinión pública, no es un hecho comprobado que la enfermedad mental genere violencia y, como dice Lamb (2000), si existieran leyes y financiamiento adecuados, también existirían las soluciones. En todo caso, los encuestados

que mencionan la violencia como rasgo propio de un enfermo mental han aumentado de 4,2 % en 1950, a 44 % en 1996. Cuando se eliminó la frase "el enfermo mental es un peligro para la sociedad" de la definición de enfermo mental, la percepción de violencia disminuyó levemente entre 1950 y 1996.

Una investigación reciente (Link et al., 1998.) demuestra que existen tres hechos relacionados con el estigma: percibir al enfermo mental como peligroso, el deseo de que se mantengan aislados y la falta de información acerca de lo que son los enfermos mentales. Si se considera la violencia en su verdadera perspectiva, las personas podrán establecer mejor contacto con los pacientes psiquiátricos, la comprensión de la enfermedad mental aumentará, y se combatirá mejor el estigma.

Los enunciados del último párrafo pueden ser sustentados por estudios de esquizofrenia (Penn et al., 1999). Personas que habían tenido contacto con pacientes mentales y otras que no lo habían tenido recibieron 1 de 4 "hojas informativas" con datos variables sobre la relación entre esquizofrenia y comportamiento violento. Las personas miraron a continuación una viñeta con un hombre o una mujer con esquizofrenia. Las personas que habían tenido contacto previo con estos pacientes los estimaban menos peligrosos que las personas que no lo habían tenido. Se pudo apreciar también que las personas informadas (por un resumen) acerca de la prevalencia de conducta violenta en los esquizofrénicos, y otros desórdenes psiquiátricos, los consideraban menos peligrosos que las personas que no habían recibido esa información.

El estigma se asocia muchas veces con pacientes que padecen esquizofrenia o adictos a sustancias, muchas otras alteraciones psiquiátricas también se han asociado al estigma.

Las personas que presentan anomalías del apetito soportan, además, el peso del estigma de la gente en general y de los mé-

dicos. Esta actitud obstaculiza el tratamiento efectivo, aparte de otras dificultades. Las creencias más estigmatizantes se basan en verdades a medias acerca del peligro, escasa respuesta al tratamiento y poca motivación para continuarlo. Asimismo, son afectadas por la distancia emocional y la desinformación del público en general.

Se puede errar el diagnóstico y el tratamiento en pacientes que padecen problemas de angustia. Las causas del error son: no valorizar los síntomas debidamente, colocar etiquetas peyorativas a los pacientes y no tomar en cuenta las perturbaciones de ansiedad en el momento de hacer el diagnóstico diferencial. Todo esto lleva a un mal manejo del paciente por falta de interés en investigar mejor los síntomas, y por no considerar la perturbación como enfermedad.

Los pacientes que se atienden en una institución también sufren estigmatización (Wright et al., 2000). El seguimiento de 88 pacientes demostró que el rechazo social es un estrés constante para ellos. Peor aún, la baja autoestima se acentúa, lo que a su vez, debilita el sentirse dueños de sí mismos. Se necesita empatía, apoyo y mayor comprensión para obtener resultados mejores.

Un estudio sobre el estigma estaría incompleto sin mencionar la enfermedad de

Alzheimer, que puede traer consigo la idea de desesperanza. Hay personas que creen sufrir la enfermedad de Alzheimer, pero que, en realidad, padecen otras afecciones menos trágicas y que responden bien a diversos tratamientos. Aun si el diagnóstico está confirmado, quedan todavía muchos meses que vale la pena vivir para casi todos los pacientes y sus familias si se les proporciona información y apoyo. Ni las familias de los pacientes ni los clínicos deben pensar que la vida de estos pacientes tiene poco valor.

Por último, al estigma que acompaña a las dificultades de aprendizaje debe dársele la importancia que merece. El individuo con problemas de aprendizaje no solo debe luchar con su condición, sino frecuentemente, con el aislamiento, falta de comprensión y pérdida de estimación del resto de la gente. En los más jóvenes se debe corregir la dificultad de aprendizaje para que puedan desempeñar su rol en la comunidad.

Hace ya algunos años los psiquiatras comenzaron una lucha por erradicar el estigma. Este breve resumen sobre la situación actual del problema indicaría que la guerra no se ha ganado, quedan muchas batallas todavía para los que luchan por la comprensión, apoyo e integración de los enfermos mentales a la comunidad.

---

### Referencias bibliográficas

- Chernomas, W.M., Clarke, D.E. & Chisholm, F.A. (2000) Perspectives of Women Living With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51, pp. 1517-1521.
  - Lamb, R. (2000) Combating Stigma by Redefining It. *Psychiatric Services*, 51, p. 392.
  - Link, B.G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido B.A. (1998) Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance, *American Journal of Public Health*, 89 (9), pp.1328-33.
  - Penn, D.L., Kommana, S., Mansfield, M. & Link, B.G. (1999) Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness, *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), pp. 437-46.
  - Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., et al. (2001) Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older patients with depression. *The American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 479-481.
  - Wright, E.R., Gronfein, W.P., & Owens T.J. (2000) Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(March), pp. 68-90.
-

# SALUD MENTAL DE LAS MUJERES EN LATINOAMÉRICA: ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Marta B. Rondón

*Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú*

## Introducción

La depresión, la ansiedad, ciertos tipos de trastornos de la personalidad y trastornos somáticos han sido descritos como más frecuentes en las mujeres. Aunque no hay diferencias significativas sexo-dependientes en el tratamiento o manifestaciones clínicas de estas enfermedades, su expresión, a través de los países, varía entre hombres y mujeres (Weissman, 2001).

Este hecho epidemiológico exige que los profesionales de la salud mental busquen los diferentes factores que puedan explicar por qué las mujeres experimentan esos trastornos en mayor proporción que los hombres.

Los investigadores han observado las diferencias estructurales entre el cerebro masculino y el femenino. Ahora se reconoce el rol de la serotonina y otros neurotransmisores, y su compleja interacción con las hormonas de las gónadas, particularmente con el estrógeno. Se han descrito variaciones en la función del eje adrenal pituitaria-hipotálamo, particularmente en la respuesta al estrés (Leibenluft, 1999; Musselman et al., 1998; Nemeroff, 2001).

Estas diferencias biológicas no suceden en un vacío social y cultural. Aún no comprendemos cabalmente la compleja interacción entre la naturaleza (el componente

biológico) y la crianza (los factores sociales y culturales) en la formación de la personalidad (Hyde, 1995).

Debemos también considerar la manera en que una niña es criada y sus tempranas experiencias, lo cual indudablemente determinará su respuesta en su vida futura. La exposición a la violencia en su hogar y la asignación diferenciada en su alimentación y labores domésticas en los años preescolares son importantes (Casper, 1998).

Finalmente, a pesar de varios esfuerzos por probar lo contrario, los psicólogos han encontrado que las mujeres tienen maneras de hacer frente al estrés que las hacen más vulnerables a ciertas condiciones mentales (Traverso, 1998).

Este creciente acopio de conocimientos exige que incluyamos las variables sexo y género cuando estudiamos a nuestros pacientes (sexo se refiere a los aspectos biológicos y anatómicos; género a la construcción social y cultural que determina el comportamiento).

Los aspectos específicos del género deben ser reconocidos al tratar de entender las diferencias en el comportamiento y los niveles de bienestar psicológico. Finalmente, debemos tener en cuenta que aprendiendo acerca de las diferencias del género, adquiriremos un conocimiento va-

lioso que nos hará mejores médicos frente a nuestros pacientes de ambos sexos (Rondón, 1996).

### **Géneros: ¿roles o estereotipos?**

Los últimos cincuenta años han sido testigos de notorios cambios en el estatus de las mujeres en el mundo entero: han aprendido a mirar sus problemas personales y dificultades no solo como el resultado de sus características individuales, sino también en relación con su pertenencia a un grupo que ha sido sometido a una posición subordinada en la sociedad. Este proceso (la adquisición de la conciencia de género) ha ayudado a mujeres y hombres a tomar conciencia de las diferentes demandas sociales y culturales que modelan y restringen la vida de las mujeres, más allá de los aspectos explicados por factores biológicos.

Al mismo tiempo, la sociedad como un todo se ha dado cuenta de que la vida de las mujeres es excesivamente dura y que se impide la realización de todo su potencial por factores definidos culturalmente (rol de género estereotipado, por ejemplo). Más aún, hay un reconocimiento público de la necesidad de promover los derechos de las mujeres y de actuar para corregir las injusticias existentes. Las organizaciones internacionales y los Estados individuales han incluido legislaciones para lograr este efecto.

Situaciones tales como mantener a las niñas en casa para realizar las labores domésticas mientras los niños son enviados al colegio, o la violación marital, han dejado de ser asuntos privados.

La profesión médica ha comenzado a incorporar las necesidades de las mujeres en sus programas; la investigación, ahora, se lleva a cabo para servirles mejor y forta-

lecer su sentido de autodeterminación. La promoción de salud de las mujeres es un área de la más alta prioridad en la agenda de la salud internacional (The World Bank Group, 1995).

### **Problemas de las mujeres en Latinoamérica**

Las mujeres en el mundo entero tienen problemas similares: no pueden realizar todo su potencial y no tienen el mismo acceso a la educación, trabajo, dinero y estatus que los hombres. De este modo, su bienestar, ciertamente, se ve perjudicado.

Sin embargo, como la relación entre la capacidad innata y el rol definido por el género es más bien sutil y está llena de excepciones, la completa realización del potencial de un individuo depende fuertemente de sus condiciones sociales y culturales.

La descripción de los problemas de salud mental de las mujeres debe tomar en cuenta las diferencias en aspectos sociales, culturales y políticos, debido a que los factores que van en detrimento de la salud mental dependen, y son un reflejo, de estas circunstancias externas.

Las necesidades de las mujeres tienen que ser definidas después de un cuidadoso análisis de su condición relativa (características individuales o indicadores tales como escolaridad, estatus nutricional, ingreso) y de su posición (en relación con los hombres en una sociedad dada) (Moser, 1991).

Las mujeres tienen necesidades prácticas y estratégicas. Las prácticas son aquellas que variarían su condición si fueran satisfechas. Tomemos por ejemplo, el acceso al saneamiento ambiental en la población urbana de un país del tercer mundo. Un sistema adecuado de eliminación

de aguas servidas liberaría a la mujer del peligro de enfermedades infecciosas y la llevaría a considerar tener menos niños; la mortalidad infantil sería menor y permitiría a la unidad familiar mejorar su economía, pues menores recursos serían dedicados a las enfermedades y habría más mano de obra disponible para producir mayor riqueza. Esto no cambiaría el hecho de que las mujeres sean consideradas, comúnmente, ciudadanos de segunda clase en esas comunidades y no las eximiría de la atención a sus maridos.

Por otra parte, las estrategias son aquellas cuya satisfacción puede variar la posición de una mujer en la sociedad. Consideremos, por ejemplo, la completa implementación de leyes en contra de la violencia doméstica, incluyendo esfuerzos educativos, preventivos y de protección, además de un adecuado manejo de los ofensores para asegurar que consigan tratarse. Esto cambiaría la posición de sumisión y carencia de apoyo de incontables mujeres, y aportaría a las nuevas generaciones, quienes no se permitirían continuar atrapadas en una situación de violencia doméstica (no sería más “una fatalidad de la mujer”).

En 1995, la conferencia de Beijing enfatizó el fortalecimiento de la mujer como uno de los objetivos centrales de desarrollo para el siglo XXI. Se adoptó una plataforma de acción en todos los programas y políticas, que exigía una perspectiva del género. Con el objeto de fortalecer los objetivos, fueron identificadas las siguientes necesidades estratégicas:

- Igualdad política.
- Eliminación de toda forma de discriminación contra la tenencia de tierras o acceso al crédito.
- Abolición de la división sexual en el tra-

bajo.

- Alivio del trabajo doméstico y de la exclusiva responsabilidad en el cuidado de los niños.
- Libre elección de la maternidad.
- Acción legislativa contra la violencia doméstica (Friedlander, 1996).

En países desarrollados, y para la gente de clase alta en los países en desarrollo, se ha alcanzado algún progreso destinado a la satisfacción de sus necesidades estratégicas y, así, estas mujeres encaran problemas similares que tienen que ver con reconocimiento de las diferencias, con acción legislativa que las disminuya y con esfuerzos para promover una mejor calidad de vida.

Se aprueban leyes para asegurar que las mujeres tengan acceso a cargos políticos. La ley de cuotas se ha incorporado en muchos países y muchas mujeres han sido candidatas al cargo de primer ministro y presidente. Algunos países tienen a una mujer como jefe de Estado.

Las mujeres se han incorporado exitosamente a la fuerza de trabajo. Hablamos, hoy en día, de trabajos desegregados, extensión de licencias maternas, días libres, y del concepto de empleo de tiempo parcial (*part time*). La entrada a altos niveles del mundo corporativo exige que las mujeres aprendan a competir y a manejar la tensión en forma que nunca antes hubiesen imaginado. Han aparecido libros y cursos comentando cómo promover mejor su autoestima, de manera tal que sean mejores integrantes de equipos de trabajo y mejores jefas. El uso de computadoras y de internet ha sido reconocido como un factor importante en su avance.

El hecho biológico de la capacidad repro-

ductiva significa que los trastornos emocionales relativos al ciclo reproductivo han tenido que ser reconocidos y estudiados, y que los encargados de la salud han debido tomar esos trastornos en consideración. La declinación de la función ovárica y los cambios que esto provoca en los diferentes órganos y sistemas obliga a que la actividad hormonal y su sustitución sean bien comprendidas.

Lo dramático de la infertilidad conduce a los científicos y a las organizaciones a efectuar investigación acerca del impacto psicológico de la fertilización asistida.

Por contraste, se observa un extendido uso de anticonceptivos, las mujeres posponen su matrimonio y maternidad hasta finalizar su educación y consolidar sus carreras, y muchas mujeres, aceptando su potencial para la maternidad, no se sienten forzadas a dar a luz para probarse como femeninas.

La violencia contra las mujeres ha salido del dormitorio e ingresado a la esfera pública. Hay leyes contra ello, investigación acerca de sus causas y sobre cómo tratar a los culpables. La policía ha sido entrenada para tratar con mujeres maltratadas. Los gobiernos y las ONG's han fundado albergues. Incluso en las sociedades más tradicionales la violencia en contra de la mujer es considerada un atropello y es condenada.

Temas como el acceso a los beneficios de nuevas tecnologías, los trastornos en la alimentación, el manejo del estrés y el mejor uso del tiempo libre son importantes para la mujer en países desarrollados.

Pero los países en vías de desarrollo tienen algunas características que los hacen muy diferentes, y los aspectos mencionados (que preocupan a las mujeres que están dejando atrás el rol doméstico pasivo)

se tornan secundarios ante la lucha por sobrevivir en medio de una severa privación.

En los pasados veinte años nuestros países han sufrido intranquilidad política, violencia y una urbanización rápida junto con una masiva migración forzada desde el campo a la ciudad. El impacto de esos rápidos cambios incluye el caótico desarrollo de ciudades con servicios insuficientes para la población, el empobrecimiento de la clase media y la desaparición de la familia extendida. Algunos cambios, como la utilización de anticonceptivos, han sido favorables para las mujeres, pudiendo mejorar su autonomía.

La mayoría de los cambios tiene el potencial de traer tanto buenos como malos resultados: la incorporación a la fuerza de trabajo puede mejorar la condición económica de la mujer y su sentido de identidad, pero puede abrumentarla con más responsabilidades. El debilitamiento de la familia extendida no ha sido un cambio completamente favorable pues ha debilitado el soporte social de generaciones más jóvenes, aunque al mismo tiempo ha incrementado su autonomía.

Por lo tanto, las mujeres en Latinoamérica deben priorizar la identificación de necesidades prácticas que tengan el potencial de proporcionarles, eventualmente, cambios en su posición tanto como en su condición. Estos incluyen acceso a buena atención en salud y acceso a educación.

Es casi imposible argüir en contra de la importancia de la educación para las mujeres. El nivel educacional de la madre ha sido asociado a una mejor sobrevivencia infantil, menos malnutrición, menos violencia y uso de drogas en adolescentes de barrios pobres.

Grandes avances han conducido en los últimos diez años hacia el objetivo de la alfabetización universal. Desafortunadamente, el número de mujeres analfabetas es siempre más alto que el de los varones. Los países de la región destinan entre 4,9 % (Bolivia y México) y 1,5 % (Haití) de su PNB a educación. El porcentaje de mujeres por encima de los quince años que no ha aprendido a leer varía entre 54 % (Haití) a 2 % (Uruguay). El número de mujeres analfabetas es dos o tres veces mayor que el de los hombres. Esta situación es todavía peor en áreas rurales.

Alrededor del 40 % de los estudiantes universitarios y graduados en la región son de sexo femenino. La mayoría aún abraza los campos tradicionales, que prolongan el rol de la mujer como cuidadora: enfermera, matrona, doctora, psicóloga, profesora, nutricionista, entre otras actividades. Aunque muchas se están aventurando en ingeniería, leyes e informática.

Sin embargo, no se ha realizado un estudio sistemático de los factores que permitirían a algunas mujeres sobresalir en sus carreras. No hay planes de orientación; hay una gran dificultad en ajustar las necesidades de la mujer embarazada, madre joven estudiante o profesional *junior*.

No se vislumbra un deseo siquiera de discutir acerca de la discriminación sexual u hostigamiento hacia las mujeres estudiantes. Estos temas tienen que ser tratados como parte del esfuerzo destinado a mejorar su salud mental.

Resulta muy difícil ignorar el impacto que tendría mejorar la calidad general y accesibilidad a la atención de salud. Los servicios de salud, sin embargo, han fallado a menudo en reconocer la realidad de la gente pobre, particularmente de las mujeres y

niños y niñas, y, como a menudo dependen de aportes extranjeros manejados centralmente, no invierten directamente en las capacidades organizacionales de la gente. Como resultado, los servicios de salud no son potenciados y, en algunos casos, han alejado a la población de los beneficios que, supuestamente, les serían entregados.

### **Prioridades en la salud mental de las mujeres**

Las prioridades en la salud mental de las mujeres en la región de América Latina incluyen:

- Inclusión de la lucha contra la violencia doméstica en la agenda de salud reproductiva.

Datos de la región muestran que, en Colombia, al menos 30 % de las mujeres informa ser víctima de violencia; en Costa Rica, 20 % delata violencia física, 33 % violencia psicológica y 10 % violación marital. En Chile, dos de cada tres mujeres admiten alguna forma de violencia. En Ecuador, 60 % presenta un informe similar. En Guatemala y México, cerca de la mitad de las mujeres ha sido victimizada, la mayoría por sus cónyuges. En Perú, alrededor de 34 % declara que ha sufrido violencia en su hogar.

Aunque todos los países han legislado contra la violencia doméstica (Puerto Rico fue el primero, en 1989, seguido por Argentina, también en 1989, Bolivia, Ecuador y Panamá, en 1994, y Colombia, Costa Rica, Salvador, Guatemala, Nicaragua y Perú, en 1996) se ha comprobado que es muy difícil disminuir los episodios de violencia doméstica.

La alta tolerancia social hacia la violencia por parte de los varones, la falta de poder de regateo y de habilidades de negociación de las mujeres, y las dificultades para obtener



intervención de la policía, pueden ser algunos factores que inciden en esta situación.

También debe ser estudiada la falta de consideración desde la perspectiva masculina y la organización jerárquica de las familias patriarcales en países de Latinoamérica, donde aún falta la aceptación de maneras alternativas de definir a la "familia". Esto impide a algunas mujeres escapar de situaciones violentas, pues serían dejadas sin compañero.

- Combatir la creciente pobreza de las mujeres:

La invasión más agresiva contra el bienestar psicológico de las mujeres deriva de la privación de las necesidades básicas (alimento y abrigo) y del conocimiento de que las cosas no van a mejorar.

- Situaciones que resultan en pérdida de la autoestima y sentido de mérito y dan paso a la desmoralización (condición cuyas características incluyen desesperanza, sentido de abandono, aislamiento social) (García, 1997). Incluyen:

La utilización política de las mujeres pobres en programas de bienestar que las fuerzan a tomar trabajos mal pagos y de bajo nivel o de activismo político a cambio de dietas de subsistencia.

La forzada incorporación de las mujeres a la economía informal (negocios de propiedad familiar, por ejemplo) que las privan de los beneficios del empleo formal (estatus, plan de pensión, seguros de salud, horario fijo, el sentido de pertenencia a un grupo, tiempo fuera de casa y sus problemas) (Kahne, 1991).

- Mejorar el acceso de las mujeres a la educación y servicios de salud, con especial enfoque en la salud reproductiva

- Educación del personal de salud acerca de los eventos emocionales y trastornos

asociados al ciclo reproductivo.

- Acceso a la educación sobre planificación familiar y a modernos y efectivos métodos de control de la natalidad.

- Cuidado prenatal universal e inmunizaciones.

- Acceso a cuidados profesionales durante el parto.

- Atención especial a las necesidades de las adolescentes embarazadas (Rosenthal, 1993).

- Redes para la promoción de estilos de vida más sanos, alimentación materna, métodos para aumentar la autoestima mejorando la educación.

- Establecimiento de programas nacionales para mejorar el cuidado de la mujer con trastornos emocionales durante los eventos reproductivos.

- Investigar acerca del mejor manejo, sensible a cada cultura, de estos trastornos.

- Prevención y tratamiento de ETS/HIV: las mujeres no solo son víctimas de enfermedades, también son las cuidadoras de los infectados, huérfanos y miembros abandonados por la familia.

- Acceso a nuevas tecnologías para el manejo de la infertilidad y los problemas psicológicos asociados.

- Tolerancia a distintos estilos de vida y acercamiento sensible a cada cultura.

- Destacar las preocupaciones propias de las adolescentes, lo cual incluye:

- Abolir la práctica, muy extendida, de la mutilación de los genitales femeninos, que en la región es representada por prácticas que enseñan a las jóvenes a posponer sus deseos, a descalificar su propia experiencia al placer y a experimentar un sentimiento de culpa hacia la sexualidad y que se expresan además en la penalización del

aborto y la falta de atención en salud sexual y reproductiva.

- Protección de la malnutrición resultante de la desigual distribución de los recursos que favorece a niños y hombres.

- Asegurar que las niñas tengan libertad para asistir a la escuela y tiempo para el descanso.

En la región andina se ha observado que, durante el primer grado, las niñas superan a los niños en habilidades. Esta ventaja, sin embargo, se pierde a los pocos meses; en vez de culpar a las patriarcales actitudes de las profesoras, un investigador concluyó que las niñas sabían más cuando acudían por primera vez al colegio pues ya habían estado a cargo de las labores domésticas. También aprendían más lentamente pues debían realizar tareas domésticas después del colegio.

- Protección ante la posibilidad de actividad sexual prematura.

- Involucrar a las mujeres en el proceso de paz.

Las mujeres son víctimas de violación y tortura en situaciones de conflicto, las refugiadas y desplazadas son a menudo abusadas sexualmente. Esto resulta en un aumento de riesgo de uso de drogas y depresión.

En una situación de guerra civil (terrorismo) y en zonas de conflicto, las mujeres necesitan educación en salud, pesquisa y tratamiento de enfermedades sexualmente transmitidas y servicios culturalmente apropiados para sobrevivientes de violación, tortura y secuestro.

- Protección de las consecuencias del aumento del tráfico y consumo de drogas ilegales.

Las mujeres sufren por el comportamiento violento de los adictos a las drogas,

la exposición a estilos de vida perjudiciales relacionados con el empleo de drogas, incluyendo un alto riesgo de convertirse ellas mismas en adictas, y el débil eslabón en los planes del comercio de drogas: muchas se encuentran en prisión —algunas veces en países extranjeros y por períodos inusualmente largos— por transportar pequeñas cantidades de droga o porque las han comercializado.

- Establecimiento de redes internacionales de apoyo a mujeres migrantes.

Con el objeto de obtener trabajo y escapar de la pobreza, gran cantidad de mujeres han tenido que abandonar sus ciudades mientras sus niños y compañeros permanecen en casa. Esas mujeres sufren no solo las consecuencias del aislamiento y el desarraigo, sino también riesgo de abuso de drogas, prostitución, esclavitud sexual y discriminación laboral.

- Auspicio y reconocimiento de las asociaciones y redes de mujeres por parte de la comunidad, el mercado, el lugar de trabajo, etc.

Estas instituciones deberían ser utilizadas para aumentar la participación e influencia de las mujeres en la sociedad e, idealmente, reforzar la autoestima de sus integrantes.

- Priorizar los temas de género dentro de las políticas económicas y de desarrollo, desagregando datos a lo largo de las líneas de género.

Introducir la perspectiva de género en la planificación pública ha abierto las puertas a una fructífera aproximación no-confrontacional. El punto de vista de género y desarrollo toma en cuenta todas las esferas de la vida de las mujeres: las relaciones de producción están asociadas con las de reproducción. Sin embargo, debe prestar-

se atención a las relaciones sociales en un esfuerzo por comprender cómo las poderosas relaciones de parentesco pueden destruir el impacto de los recursos dirigidos a la mujer. Es preciso observar las leyes en contra de la "violencia familiar" de algunos países que son, en realidad, utilizadas para mantener a las mujeres al interior de su hogar, a menos que ejerzan violencia psicológica en contra de sus niños.

- Necesidad de un diálogo intergeneracional.

Los cambios pueden ser amenazadores. Las jóvenes en sociedades tradicionales son educadas de acuerdo con los valores de sus padres: tienen que vivir en forma diferente y responder a las exigencias de un mundo cambiante.

Hay dificultades psicológicas para asumir roles y disfrutar de condiciones diferentes de aquellas de madre; al mismo tiempo, algunas mujeres mayores exitosas han renunciado a su maternidad. Establecer relaciones fluidas entre esas mujeres y las generaciones más jóvenes sería formativo y energizante, así como también gratificante para ambas partes.

- Avanzar en los derechos humanos y legales de las mujeres.

El derecho fundamental no es "la igualdad", sino más bien, el reconocimiento de las diferencias y la disposición a tratar a alguna gente de modo diferente, de manera tal que al final, todos puedan tener iguales oportunidades para alcanzar un mejor nivel de bienestar psicológico y vivir con dignidad.

## **Respuesta de los profesionales de la salud mental**

En la región entera, individuos y grupos han emprendido el estudio y la atención

de diferentes factores que afectan la salud mental de la mujer. Algunos han visto el problema desde una perspectiva biológica, otros prestan especial atención a aspectos socioculturales y psicológicos. Se han publicado varios libros acerca del tema en Chile, Colombia, Brasil y España. Un boletín ha sido publicado regularmente en Perú, desde 1997. En Brasil ha tenido lugar un congreso respecto a la salud mental de las mujeres, y los psiquiatras del continente asisten y participan activamente en eventos internacionales.

Mientras es verdad que carecemos de investigación que nos permitiría citar números y datos latinoamericanos, hay que reconocer que la mayoría de los psiquiatras ha incorporado, dentro de su práctica diaria, nociones de las especiales necesidades de las mujeres en términos de salud mental.

Las futuras líneas de desarrollo deberían incluir:

- Estudio de las actitudes culturales hacia el ciclo reproductivo.
- Cambios en la salud mental de mujeres habitantes de lugares altos.
- Adaptación en las grandes ciudades así como en las empobrecidas áreas rurales.
- Estrategias para tratar el penoso e importante aumento en el consumo de drogas por adolescentes.
- Integración del cuidado y prevención de la salud mental en servicios de cuidados primarios (tales como el control prenatal) de una manera potenciadora y amistosa hacia la mujer.

---

## Referencias bibliográficas

- Casper, R.C. (1998) Growing up female. In: R.C. Casper, (ed.) *Women 's Health: Hormones, Emotions and Behavior*. Cambridge University Press, Cambridge, p. 12.
  - Friedlander, E. y Santiago, I.M., (eds.) (1996) *Miremos al Mundo a Través de los Ojos de las Mujeres*. Discursos pronunciados en sesión plenaria ante el foro de ONG, Beijing 1995, NGO Forum on Women, Beijing '95 Inc., New York.
  - García, M. (1997) Calidad de Vida de la mujer en el Perú. *Mujer y Salud Mental*, 1, 2, pp. 4-5.
  - Hyde, J.S. (1995) *Psicología de la Mujer, la otra mitad de la experiencia humana*. Ediciones Morata, Madrid, pp. 89-106.
  - Kahne, H. (1991) Economic Perspectives on Work and Family Issues In: M.T. Notman and C.C. Nadelson, (eds). *Women and Men: New perspectives on Gender differences*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 9-22.
  - Leibenluft, E. (1999) Foreword. In: J.O. Oldham & M.B. Riba, (eds.) *Gender Differences in Mood and Anxiety Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. XIII-XXII.
  - Moser, C.N. (1991) La planificación de género en el tercer mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género In: V. Guzmán, P. Portocarrero y V. Vargas, (comp.) *Género en el desarrollo: una nueva lectura*. Flora Tristán Ediciones, Lima, pp. 55-124.
  - Musselman, D.L., Anderson, G., Porter, M.R., Nemeroff, C. (1998) The hypothalamic-pituitary-adrenocortical system. In: R.C. Casper, (ed.) *Women 's Health: Hormones, Emotions and Behavior*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 109-121.
  - Nemeroff, C. (2001) CRF-serotonergic interaction in the aetiology of depression and anxiety. S43. First World Congress on Women's Mental Health, Berlin 2001. *Arch Women's Ment Health* [Supp 2] p. 9
  - Rondón, M.B. (1996) La importancia del género en Salud Mental y Psiquiatría. *Mujer y Salud Mental*, 1(1), p. 2.
  - Rosenthal, M.B. (1993) Adolescent Pregnancy. In: D.E. Stewart & N.L. Stotland, (eds.) *Psychological Aspects of Women's Health Care*. American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 97-114.
  - The World Bank Group. (1995) *A new Agenda for Women's Health and Nutrition*,
  - Traverso, P. (1998) Depresión en Mujeres: Alcances y Perspectivas. *Mujer y Salud Mental*, 2: 1, pp. 4-5.
  - Weissman, M. (2001) The epidemiology of psychiatric disorders in women: a cross national perspective. S49. First World Congress on Women's Mental Health, Berlin 2001. *Arch Women's Ment Health* [Supp 2] p. 11.
-



# **DESARROLLO INSTITUCIONAL EN LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA**



# BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE AMÉRICA LATINA (APAL)

Edgard Belfort<sup>1</sup>, Ángela Graciela Lucatelli<sup>2</sup>, Enrique Camarena Robles<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Secretario de Educación de la WPA 2011-2017 y Ex-Presidente de la APAL, Caracas, Venezuela, <sup>2</sup>Miembro Honorario de la WPA, Córdoba, Argentina, <sup>3</sup>Presidente de la APAL 2010-2012, México

## Introducción

Nuestra región posee una magnífica geografía con riquezas naturales increíbles y un desarrollo cultural vasto de los pueblos precolombinos, diferente según el área de la cual se trate. Elementos culturales que se intentaron hacer desaparecer en distintos momentos de la conquista, pero que perduran en la vida cotidiana de nuestra gente. Sobre estas culturas se asentaron las culturas venidas, ya sea desde Europa o desde África (traídas por los esclavos que luchaban por mantener su identidad); este mestizaje aún pugna por obtener su identidad latinoamericana.

Desde este propósito, reunidos en el Congreso Internacional de Psiquiatría, en París, del 18 al 27 de septiembre de 1950, los Dres. José A. Bustamante, de Cuba, Raúl González Henríquez, de México, y Carlos A. Seguí, de Perú, junto con otros colegas latinoamericanos, decidieron crear una asociación para contribuir al estudio de la psiquiatría y el hombre latinoamericano, ya que "...nuestros pueblos tienen una forma sui generis de ser y hacer y, por tanto, de enfermar psíquicamente" (Matute et al., 1987).

Los profesores Bustamante, González Henríquez y Seguí presentaron un informe

de situación sobre la factibilidad de organización de los psiquiatras latinoamericanos, en la Reunión de Jalapa, después del Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental de diciembre de 1951, en México, y se designó al Dr. González Henríquez como Secretario del Comité que daría forma a la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Se puede decir que allí nació el espíritu "apalista". En ese mismo año se comenzó a publicar la *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, de la mano de los Dres. Gregorio Bermann y Claudio de Araujo Lima, quienes se proponían contribuir al conocimiento del hombre latinoamericano en aquella búsqueda de su identidad.

En 1952 falleció el Dr. González Henríquez, quedando como Secretario del Comité el Dr. José Bustamante, de Cuba.

La siguiente reunión se realizó en Toronto, Canadá, en el año 1954, donde se creó el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET) que, desde su nombre, nos expresa lo que se vivencia como uno de los aspectos que deben resolverse en la construcción de la identidad latinoamericana: la mixtura, el mestizaje y la integración cultural.

En cada país, en el seno de las sociedades nacionales o en los grupos de trabajo psi-



quiátrico, se continuó discutiendo la definición de las características de la asociación latinoamericana y se llegó al II Congreso Internacional de Psiquiatría, en Zurich, en septiembre de 1957, donde se decidió darle el carácter de federación a la Asociación Psiquiátrica de América Latina y se designó un comité formado por los Dres. Gregorio Bermann, de Argentina, José Ángel Bustamante O'Leary, de Cuba, Guillermo Dávila, de México, Jesús Mata de Gregorio, de Venezuela, A. Pacheco e Silva, de Brasil, y Carlos Alberto Seguí, de Perú.

En Lima, con ocasión del III Congreso Latinoamericano de Salud Mental, en octubre de 1958, se constituyeron comités para dar forma definitiva a la asociación, y el 10 de septiembre de 1960, reunidos en el Hotel Habana Libre de Cuba, se funda la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) siendo su primer presidente el Dr. Jesús Mata De Gregorio, de Venezuela. El primer congreso se realizó en Caracas en la Universidad Central de Venezuela, en 1961, aprobándose en ese marco los estatutos que expresaban como objetivos de la institución: "Estrechar las relaciones entre todos los psiquiatras de Latinoamérica; impulsar y favorecer la investigación psiquiátrica con especial énfasis en los problemas latinoamericanos; tomar la iniciativa y apoyar todo empeño para mejorar la preparación del médico en las disciplinas psicológicas y psiquiátricas, tanto durante sus estudios regulares como en la especialización; establecer reglas uniformes para la calificación de especialistas en psiquiatría en todos los países latinoamericanos; mantener las más altas normas éticas entre sus miembros" (Sánchez Núñez, 2000).

Estos objetivos se mantienen en el compromiso "apalista". A la dificultad en el lo-

gro de estos no son ajenas las condiciones históricas, políticas y económicas del siglo XX en nuestra región. Podemos resumir el análisis del contexto de la segunda mitad del siglo XX en América Latina diciendo que la ansiada unidad latinoamericana, o la "Patria Grande" de Bolívar y San Martín, solo se presentó como fragmentos de intereses con la mirada puesta hacia afuera y la espalda hacia dentro. Mas, a pesar de las dificultades en la comunicación y el acceso a la producción de los nuevos pensadores, se continuó trabajando en pos de aquellos objetivos y afianzando la organización psiquiátrica latinoamericana, al mejorar las condiciones de comunicación debido a los procesos de democratización de los países y al acceso al desarrollo tecnológico.

Integran la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) 21 sociedades nacionales, representantes de sus respectivos países y, como se expresara más arriba, constituye una federación, ya que es una sociedad de sociedades.

Argentina: Asociación de Psiquiatras Argentinos - APSA

Bolivia: Sociedad Boliviana de Psiquiatría - SBP

Brasil: Asociación Brasileira de Psiquiatría - ABP

Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría - ACP

Costa Rica: Sociedad Costarricense de Psiquiatría - SCP

Cuba: Sociedad Cubana de Psiquiatría - SCP

Chile: Sociedad Chilena de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría-SONEPSYN

Ecuador: Sociedad Ecuatoriana de Psiquiatría - SEP

El Salvador: Sociedad Salvadoreña de Psiquiatría - SSP

Guatemala: Asociación Psiquiátrica de Guatemala - APG

Haití: Sociedad Haitiana de Psiquiatría - SHP

Honduras: Sociedad Hondureña de Psiquiatría - SHP

México: Asociación Psiquiátrica Mexicana - APM

Nicaragua: Sociedad Nicaragüense de Psiquiatría - SNP

Panamá: Sociedad Panameña de Psiquiatría - SPP

Paraguay: Sociedad Paraguaya de Psiquiatría - SPP

Perú: Asociación Psiquiátrica Peruana - APP

Puerto Rico: Sociedad Portorriqueña de Psiquiatría - SPP

República Dominicana: Asociación Dominicana de Psiquiatría - ADP

Uruguay: Sociedad Uruguaya de Psiquiatría - SUP

Venezuela: Sociedad Venezolana de Psiquiatría - SVP

Dado lo extenso del territorio, los 21 países que constituyen la APAL están organizados en regiones para facilitar la comunicación y el contacto en cada región.

- Región México, Centroamérica y Caribe, integrada por Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua y Panamá, Puerto Rico y República Dominicana.

- Región Cono Sur, integrada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay

- Región Países Bolivarianos, integrada por Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

En tanto constituye una Federación, la conducción del Ejecutivo rota por las regiones antes descritas, eligiéndose au-

toridades en cada Congreso bienal. Entre un Congreso y otro las Regiones organizan los Simposios Regionales de APAL, que también rotan en su sede por cada país de América Latina. Desde el año 1992 esta dinámica se mantiene sin sufrir alteraciones; lo que afirma el camino hacia el logro de los objetivos de consolidación institucional, unidad regional y defensa de los derechos de psiquiatras y pacientes.

Un importante avance se logró con la creación de una Secretaría Administrativa, que facilita la centralización de las comunicaciones y la pronta difusión a todos los miembros. La Secretaría Administrativa integra el Comité Ejecutivo como secretaría de apoyo a los órganos de gobierno. La elección de la sede de esta secretaría no es sencilla porque se deben tomar en cuenta múltiples factores, tales como la ubicación geográfica equidistante a la mayoría de los países miembros, estabilidad política, estabilidad económica, capacidad de manejo de secretaría y tecnología acorde con las necesidades, sumado a la producción del Boletín de APAL.

Hasta acá se han mencionado las sociedades miembros titulares; también existen sociedades miembros adherentes, como la Sociedad de Psiquiatras Hispanos, la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).

Además, se ha constituido el Comité Franco-Latinoamericano, con actividades continuas entre APAL y la Federación Francesa de Psiquiatría (FFP).

Es destacable que, además, como Institución Federada, APAL, integra la Asociación Mundial de Psiquiatría, siendo una de las primeras federaciones en la WPA.

Se han firmado Convenios con Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales. Estos Convenios producen acciones educativas, de formación y de investigación. Por ejemplo con la Organización de Estados Americanos – OEA, la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, el Hospital Jofré y Universidades.

Se están desarrollando programas educativos y de investigación comunes a algunos países, atendiendo a las necesidades de las regiones, con intercambios en la capacitación de Recursos Humanos. A partir de las investigaciones se han elaborado documentos de consenso latinoamericano sobre distintas cuestiones. Actualmente se trabaja en la Revisión del Documento de Consenso Latinoamericano en Esquizofrenia, lo que muestra cómo la Institución atiende los dinamismos que los desarrollos científicos requieren. En este sentido se encuentra en Revisión la Guía Latinoamericana de Clasificación y Diagnóstico en Psiquiatría, proceso coordinado por la Sección Científica correspondiente.

Asimismo, en cada Congreso Latinoamericano se elaboran documentos con recomendaciones a los gobiernos sobre aspectos de interés para la salud mental de la población.

La Asociación Brasileira de Psiquiatría (ABP) edita la Revista de APAL junto a la revista de la ABP en soporte papel. También desde Perú se editó la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, con la publicación de las últimas investigaciones de los psiquiatras latinoamericanos. Actualmente la Revista on line de APAL está indexada como Órgano Científico, para la publicación de los psiquiatras latinoamericanos.

Oportunamente, en la gestión Ejecutiva

del Dr. Roger Montenegro (1994 – 1998), se creó la página Web de APAL, sostenida por acciones del mismo profesional, con un período de interrupción, pero vigente hasta la actualidad: [www.apalweb.org](http://www.apalweb.org)

Cabe destacar la existencia y funcionamiento de las Secciones de APAL, que constituyen el núcleo de desarrollo científico en las distintas especialidades. Las Secciones tuvieron durante ocho (8) años un Comité Coordinador de Secciones integrado por Coordinadores de Secciones representando a cada región:

- Caribe: Sección de Violencia Intrafamiliar.
- Cono Sur: Sección de Investigación Clínica.
- México y Centroamérica: Sección de Salud Mental y Comunidad.
- Países Bolivarianos: Sección de Juego Patológico.

Luego quedaron:

- México, Centroamérica y Caribe: Sección de Violencia Intrafamiliar.
- Países Bolivarianos: Sección de Juego Patológico.
- Cono Sur: Sección de Psiquiatría y Ley

Con la última Reforma Estatutaria, se creó la Dirección de Secciones. El Presidente, en su gestión, designa un Director de Secciones, quien es durante su mandato, el responsable de la coordinación de acciones y el cumplimiento de las actividades previstas en el Estatuto, el Reglamento y el Manual de Procedimientos.

Las Secciones que se encuentran trabajando activamente en APAL son conducidas por un coordinador y un secretario:

- Arte, Salud Mental y Comunidad
- Diagnóstico y Clasificación en Psiquiatría.
- Educación en Psiquiatría.
- Esquizofrenia.
- Espiritualidad y Psiquiatría.
- Psiquiatría Cultural.

- Gerontopsiquiatría.
- Historia de la Psiquiatría.
- Integración del Conocimiento.
- Investigación Clínica.
- Juego Patológico y otras Adicciones Comportamentales.
- Medicina, Psiquiatría y Atención Primaria de la Salud
- Neurociencias.
- Personalidad y sus Desórdenes.
- Psicoterapias
- Psiquiatría Cultural.
- Psiquiatría en Niñez, Adolescencia y Familia
- Psiquiatría y Ley.
- Salud Mental, Derechos Humanos y Tortura.
- Sexología.
- Suicidiología.
- Terapias Conductivo Comportamentales.
- Trastornos de Ansiedad.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Trastornos por Abuso de Sustancias.
- Violencia Intrafamiliar.

Las Secciones existentes mantienen intensa actividad y anualmente realizan el Encuentro de Secciones de APAL, alrededor de un tema eje sobre el que todas ellas desarrollan sus consideraciones específicas.

Las Secciones merecen especial consideración por los valiosos aportes continuos que enriquecen a la psiquiatría latinoamericana, ya que están integradas por representantes de distintos países que construyen los lineamientos en las cuestiones específicas.

Nuestras sociedades nacionales han producido elementos para el apoyo y acompañamiento a los gobiernos en pos de la salud mental de la población, pero pocos gobiernos han sabido atender los lineamientos

producidos. A pesar de ello nuestro compromiso con la gente nos obliga a estar insistiendo permanentemente en lograr mejor calidad de vida para los latinoamericanos y medidas político-sanitarias que conlleven una equitativa distribución de los alimentos, accesibilidad a la educación, integración al mercado laboral y todo aquello que disminuya los indicadores de padecimiento mental y violencia, manteniendo el equilibrio natural entre los seres vivos.

Nuestros documentos analizan y fundamentan la necesaria preservación de los hospitales psiquiátricos en nuestros países, la necesaria revisión de los modelos asistenciales en los hospitales generales, así como las acciones de prevención en salud mental que exceden el marco teórico de nuestra disciplina y requiere del accionar interdisciplinario como construcción en la acción.

El desafío es grande. No es fácil lograr acuerdos en una Región que aún no ha logrado definir su identidad cultural, pero es el rol que los psiquiatras decidimos asumir en América Latina.

Otro desafío es el económico: somos pueblos pobres en Estados pobres y con gran riqueza natural; también falta definir el proyecto económico de Latinoamérica. Esto incide en el sostén de la infraestructura necesaria para el funcionamiento de nuestras instituciones; aún así, se pudo realizar el Congreso Mundial de Psiquiatría organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría, en Río de Janeiro en 1993, con gran participación en número y calidad de trabajos. Los congresos anuales en Brasil y Argentina reúnen psiquiatras, la mayoría del país y los demás de los otros países latinoamericanos. Los Simposios Regionales de la Asociación Mundial de

Psiquiatría realizados en Cancún, México, en 2001, en Mar del Plata – Argentina en 2005 y en Venezuela tuvieron masiva concurrencia de latinoamericanos, europeos y norteamericanos y convergieron en el Congreso Mundial de Psiquiatría en Buenos Aires en 2012. Esto muestra que la fe en la construcción de un mundo mejor nos impulsa a trabajar seriamente en lo específico, en nuestra tarea cotidiana y para ello, deseamos conocer, compartir experiencias y volcarlas en nuestro pueblo.

Somos una Asociación Científica de medio siglo de historia, pero mantenemos el calor, la vehemencia y el compromiso de una joven institución. Somos latinoamericanos, impetuosos y luchadores, debatiéndonos en las contradicciones del mundo nuevo y el choque de culturas, pero comprometidos con los ideales de fraternidad, igualdad y libertad que nos dan la fuerza para seguir adelante incluso en la adversidad.

---

#### Referencias bibliográficas

- Actas-APAL
  - Bermann, G. (1960) *Introducción a Nuestra Psiquiatría*. Paidós, Buenos Aires.
  - Estatutos, Reglamento, Manual de Procedimientos - APAL
  - Matute, M. Rendón Aponte, R. Villegas, M. (1987) *Libro Jubilar Jesús Mata De Gregorio*. Sociedad Venezolana de Psiquiatría, Caracas
  - Sánchez Núñez C. (2000) *APAL, Reseña Histórica*. Editado por APAL, Venezuela.
  - [www.apalweb.org](http://www.apalweb.org)
-

# ÉTICA Y PSIQUIATRÍA

Fernando Lolas Stepke

*Universidad de Chile, Santiago, Chile*

## **Ética, derechos humanos y psiquiatría**

Intereses convergentes se revelan en el desarrollo de la bioética y la teoría de los derechos humanos aunque sus trayectorias parezcan diversas. Ambas emanan de eventos históricos que suscitaron preocupación u horror público y ambas parecen relacionarse en alguna forma con procesos civilizatorios y de globalización. Por un lado, los logros científicos y el incremento en el potencial destructivo de las tecnologías y, por otro, la tensión existente entre las esferas públicas y privadas de la vida social, han modelado una amplia preocupación por los valores, la conducta profesional, el significado del conocimiento y las metas de la ciencia y la medicina. Principios fundamentales, ya proclamados en declaraciones y acuerdos internacionales, se han convertido en parte del discurso de legos, eruditos y científicos. No obstante este hecho, repetidamente se observan violaciones en diferentes contextos.

Se puede decir que el emergente campo de la bioética está constituido por el uso creativo del diálogo para la formulación y resolución de dilemas provenientes de avances en ciencia, tecnología y medicina. En sociedades pluralistas siempre está presente el peligro de la intolerancia y la discriminación, como queda demostrado por permanentes conflictos étnicos, religiosos y políticos en todo el mundo. El

establecimiento de una forma de ética del diálogo y su implementación en el contexto de comités, comisiones y grupos consultores es, probablemente, el logro más duradero de las últimas décadas. La empresa bioética no solo incluye la ética profesional tradicional, limitada a derechos y obligaciones de los pares en su relación con sus pacientes o clientes. Incorpora también el pensar en las considerables consecuencias de la ciencia y la tecnología para la sociedad, los usos de la educación en sociedades civilizadas, los deberes morales de los miembros de organizaciones y la forma apropiada de relacionar valores con normas y comportamiento humano.

La distinción positivista entre hechos y valores es de importancia permanente en medicina en general y en psiquiatría en particular. Se dice que los hechos provienen de información sólida, observación cuidadosa y de una teoría fuerte. Son observables, repetibles y públicos. Se sostiene que los valores son más bien de naturaleza privada, influye la observación, se mantienen cercanos a las emociones, no son observables y, por lo tanto, están más allá del escrutinio público. Esta visión parcial y simplificada de los procesos de la ciencia y las tecnologías puede ser descriptiva de algunas formas de las ciencias duras. Sin embargo, el comportamiento y sus alteraciones se prestan para explicaciones alternativas

en términos de procesos biológicos, conflictos sociales o relaciones interpersonales alteradas. El comportamiento puede ser interpretado como un acto intencional o una respuesta mecánica, dos tradiciones resumidas por los nombres de Max Weber y James B. Watson. Incluso los términos utilizados para describir perturbaciones y síndromes están cargados de connotaciones valóricas, como queda demostrado por el uso común de términos tales como neurótico o histérico, que emigraron del vocabulario técnico al diario. Por otro lado, las ciencias y técnicas psicológicas y del comportamiento siempre afectan a la gente, y, en este aspecto, puede decirse que son intrínsecamente éticas desde un punto de vista discursivo o de diálogo.

Dentro de las especialidades médicas la psiquiatría es, probablemente, la más influenciada por el medio valórico en el cual se practica. La psiquiatría en América Latina ha estado involucrada en los procesos sociales de los países de la región e influenciada por los cambios políticos ocurridos en ellos. Cuando se examina su historia resulta interesante comprobar en los trabajos de los pioneros la falta de formulación explícita o referencia a principios éticos. Puede indicar la idea de que los padres fundadores consideraban como un hecho la vocación o profesión, trabajo duro, solidaridad y altruismo (Alarcón, 1990). Solo a fines del siglo XX emerge en forma pública la necesidad de desarrollar códigos de ética y de ocuparse de temas de derechos humanos, principalmente como resultado de condiciones económicas y políticas.

La posición de los profesionales en la sociedad latinoamericana es muy peculiar. Siendo líderes de opinión, a veces se ven

forzados a asumir roles en la arena política o a moldear la opinión pública, para lo cual no han sido preparados. Algunos psiquiatras han recalcado que el compromiso social es un imperativo en la práctica de muchos países de Latinoamérica. El compromiso político e ideológico no ha estado ausente de los escritos de muchos autores, en ocasiones reemplazando el razonamiento ético por la repetición de dogmas (Lolas 1995, 1999a, c, 2000).

Las lecciones aprendidas, tanto de la dimensión social de la psiquiatría como del movimiento de salud mental, pueden ser interpretadas indicando que la psiquiatría es mucho más que el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades. Incorpora calidad de vida, satisfacción vital y promoción de buenas condiciones de vida. Frecuentemente se pregunta a los psiquiatras acerca de formas de mejorar la vida, la demanda por su presencia en el debate social va en aumento y se busca su compromiso con importantes decisiones en salud. De esta nueva meta de la psiquiatría se deduce que el realce de la vida humana puede ser una meta deseable para la medicina. En esta área aparecen otros dilemas éticos, tales como los asociados a una distribución equitativa de recursos, la distinción entre tratamiento necesario y dispensable, el acceso de las minorías a los servicios y tratamientos, y la búsqueda de la felicidad.

### **Salud mental: discurso, práctica, políticas**

Mirada desde la perspectiva de una disciplina, la psiquiatría es un discurso que transmite poder y recluta seguidores. Es enseñada y puede ser transmitida a estudiantes y discípulos. Su contenido deriva de prácticas aceptadas, de recolección y orga-

nización de información.

La práctica está impregnada por el carácter de la profesión médica y de las profesiones aliadas en el equipo de salud mental.

La reglamentación está relacionada con la distribución de recursos, directrices de práctica, eficiencia y eficacia en el espíritu de la investigación y en la entrega de servicios, y con la prevención del deterioro, la incapacidad y minusvalía.

Existen aspectos éticos involucrados en todas estas áreas. Todas tienen un impacto en las relaciones entre profesionales, legos y la autoridad. La bioética se refiere a las formas en que se anticipan o previenen los conflictos, se toman decisiones y se deciden los cursos de acción.

Bioética es una palabra con muchos significados. En el contexto de cooperación técnica en salud, proporcionado por la Organización Panamericana de la Salud a sus Estados Miembros, es una herramienta práctica para la integración de perspectivas diferentes, para una resolución creativa o mejoramiento de los conflictos, y para la planificación de agendas apropiadas de investigación (Lolas, 1999b). En el campo de la salud mental su carácter transdisciplinario es una de sus ventajas. Probablemente, en pocos campos existe una necesidad tan imperiosa de integrar discursos diferentes como en éste. La transdisciplinariedad no solo significa la consideración de diferentes disciplinas, también implica una reformulación de sus relaciones y el establecimiento de nuevos límites entre diferentes formas de conocimiento. Ayuda a establecer diálogos provechosos entre personas, disciplinas y racionalidad. Con el establecimiento de instituciones sociales como comités de ética para la investigación y la

práctica clínica, emplea el razonamiento ético para llegar a decisiones consensualmente validadas o legítimas en asistencia sanitaria e investigación. El contenido de argumentos filosóficos no es lo esencial en su rol de toma de conciencia posmoderna, sino la práctica de crear consensos de diálogo, el reemplazo de la ética profesional tradicional por cuerpos participativos en la toma de decisiones y un acercamiento integral a nuevos desafíos planteados por la ciencia, la tecnología y la medicina.

### **Derechos humanos y psiquiatría**

En 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos fue adoptada como un conjunto esencial de valores. Tiene cinco características esenciales. Primero, los derechos humanos pertenecen a la gente simplemente porque son humanos; por ello, son inalienables. Segundo, son universales, sin importar lugar ni tiempo. Tercero, son derechos individuales y las sociedades deben encontrar formas de satisfacer las demandas derivadas de ellos. Deben ser inviolables y una preocupación legítima de todos, más allá de cualquier restricción debida a la soberanía nacional.

La salud mental, pública e individualmente, involucra derechos humanos. Han ocurrido violaciones en casi todos los países del mundo. Sin embargo, declaraciones y acuerdos universales son poderosos recordatorios de que la ética no refleja necesariamente lo que efectivamente ocurre sino que expresa el fuerte deseo de mejorar la condición humana por medio del razonamiento moral. Por utópico que esto parezca, en el campo de la salud mental y del comportamiento la diversidad constituye una complicación extra de lo que puede llamarse normal y del rango de lo que



la sociedad considera como costumbres y hábitos apropiados. Tal como se menciona anteriormente, la concepción tradicional de la ética como un monólogo filosófico ya no es útil para articular o incluso formular muchos de los desafíos y dilemas presentes en la vida contemporánea.

Las preocupaciones por la ética y los derechos humanos han sido asociadas con la práctica psiquiátrica en varios documentos internacionales. La Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó en 1977 la Declaración de Hawai, actualizada en Viena en 1983, estableciendo pautas para la práctica de la psiquiatría. Algunas de éstas fueron examinadas y revisadas en la Declaración de Madrid en 1996. La Resolución 46/119 de la Asamblea General de Naciones Unidas del 17 de diciembre de 1991, la Declaración de Derechos de los Discapacitados de Naciones Unidas en 1975, la Declaración de Derechos de Personas Mentalmente Retardadas en 1971, la Declaración de Caracas, aprobada por la OPS en 1990, y la Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos del Consejo Europeo en 1994, entre otros documentos, tratan específicamente sobre psiquiatría y derechos humanos. Estas declaraciones y documentos complementan otros de una naturaleza más general, pero no parecen ser muy leídos o puestos en práctica en países de América Latina. Los derechos humanos constantemente han comprometido a la Asociación Americana de Psiquiatría con resoluciones dictadas sobre la base de discriminación, tortura, homosexualidad y educación psiquiátrica.

Para la reforma del cuidado psiquiátrico, y como documento de respaldo de la Declaración de Caracas, en 1990 se preparó una síntesis de la legislación disponible (Marín

et al., 1990). Los avances posteriores a esa fecha han incluido disposiciones para la hospitalización en diferentes países, reformulación y actualización de legislaciones nacionales y establecimiento de comisiones nacionales a quienes se ha confiado temas de bioética, protección de los derechos humanos en el contexto médico y formulación de políticas generales. Puede decirse que, a pesar de la necesidad de mejorar aún más la protección de los pacientes y sujetos de investigación, se ha logrado bastante en esta área en la psiquiatría latinoamericana. Los principios formulados en la Declaración de Madrid han impregnado lentamente la investigación y la práctica psiquiátrica aunque ellos, como otros aceptados y apoyados por organizaciones internacionales, necesitan ser adaptados a contextos locales (Bloch et al., 2001)

### **Servicios psiquiátricos y autonomía profesional**

En las últimas décadas, uno de los cambios más importantes que afectan la práctica de la medicina es su mercantilización, comercialización y dependencia de principios neoliberales de mercado. La búsqueda de la eficiencia en la entrega de asistencia sanitaria y el reemplazo de servicios por intereses empresariales han dado como resultado profundas modificaciones en las metas y procedimientos de la empresa médica. El cálculo de costos se ha convertido en la fuente de interés más importante para empresas rentables.

La práctica de la psiquiatría lentamente se ha visto afectada por esta ola empresarial. El cuidado gerenciado (*managed care*), que ha dado vida a una cantidad de industrias en el sector de asistencia sanitaria, ha avanzado hacia las especialidades mé-

dicas. Algunas dimensiones de la actitud de la profesión han sido cambiadas. Por ejemplo, la relación personal tradicional entre pacientes y doctores —característica de la medicina privada y todavía vigente en muchos países latinoamericanos— corre el riesgo de ser reemplazada por una relación burocrática formal en el contexto del cuidado “privatizado”. Tanto doctores como pacientes pierden su autonomía y entran en una relación que ninguna de las partes involucradas puede controlar o modificar. El concepto humanitario tradicional de eficacia es reemplazado por la eficiencia técnica sin una relación clara de las metas finales de las profesiones médicas. Este cambio de perspectivas y metas tendrá, sin lugar a dudas, consecuencias éticas en la práctica y la teoría de la psiquiatría en América Latina.

### **Investigación psiquiátrica**

Una característica notable de la psiquiatría en América Latina es su compromiso con la realidad de las sociedades en que se practica. La investigación psiquiátrica ha estado principalmente orientada hacia temas clínicos y, hasta hace poco, no era regulada por consideraciones éticas. Directrices y principios no son ampliamente conocidos entre los profesionales y la constitución de comités éticos funcionantes no constituía una práctica extendida. La investigación farmacológica ha aumentado en los últimos años, con el peligro de que —como las regulaciones éticas en Latinoamérica pueden ser no tan estrictas como en otras partes del mundo— haya riesgos y daños agregados que pueden amenazar la seguridad y bienestar de los sujetos de investigación. La investigación genética, una de las áreas con rápido crecimiento en

estos años, necesitará vigilancia ética en varias formas, sobre todo en el respeto a las personas y su privacidad, confidencialidad de la información, efectos en el bienestar por la información sobre condiciones intratables, intervenciones terapéuticas y similares. En busca de formas apropiadas para lidiar con estos temas apremiantes, una tentación siempre presente puede ser imitar o copiar regulaciones y legislaciones probadas en otras partes del mundo, especialmente en Estados Unidos de América. Aunque esta actitud puede defenderse en el caso de datos “duros” o métodos de investigación, en el caso de las regulaciones éticas puede no constituir la mejor solución. Tradiciones filosóficas, prácticas jurídicas e implicaciones sociales de la investigación difieren en América Latina y Estados Unidos.

Diversas sociedades científicas en el continente han emitido declaraciones y pautas concordantes con los documentos internacionales o adaptado éstos a las condiciones particulares de cada país. No existe aún una evaluación exhaustiva del impacto de estas nuevas prácticas en la calidad de la investigación publicada o sobre las sociedades locales. Se trata sin duda de un campo abierto de indagación necesitado de evaluación sistemática, especialmente en vistas del interés mostrado por muchos grupos en los países latinoamericanos. Se necesita discusión en esta área, porque algunas voces claman que tópicos discutibles en la investigación médica (por ejemplo, el efecto placebo) debieran tratarse en forma diferente en la investigación psiquiátrica (Michels, 1999; Carlini & Versiani, 2001)

### **Servicios psiquiátricos**

En las últimas décadas la mayoría de los

países latinoamericanos se ha comprometido a reformar sus sistemas de cuidado de la salud. Algunas medidas propuestas o adoptadas están dirigidas a aumentar la equidad dentro del sector salud, tanto en términos de acceso a los servicios como en resultados sanitarios. Otras están dirigidas a contener costos, al incremento de la eficiencia y a la satisfacción del usuario. En algunas instancias se ha propuesto la acción legislativa para abordar estos temas en forma de leyes para la protección de los pacientes o el reforzamiento de derechos constitucionales básicos en relación con la salud y su cuidado. El análisis de estas iniciativas deberá tomar en cuenta la noción de "sostenibilidad moral" que hemos presentado como medio para llamar la atención hacia la necesidad de tener tanto viabilidad como legitimidad en la reforma del cuidado de la salud. La salud mental pone un gran peso sobre la agenda económica si se consideran sus implicaciones amplias: violencia como problema de salud pública, abuso de drogas y sustancias, condiciones de vida estresantes son todos problemas relacionados con el bienestar psicológico dentro de las preocupaciones de salud pública. Un plan de salud exitoso debiera considerar medidas preventivas para estas dolencias sociales al mismo nivel y con la misma urgencia que los problemas asociados con enfermedades individuales y condiciones diagnosticables. Esto forma parte de la agenda para una bioética social en Latinoamérica.

Varios temas éticos se relacionan con la práctica de la psiquiatría. Son tratados principalmente en códigos deontológicos de las asociaciones profesionales y se refieren a la forma en que los profesionales se relacionan con sus pares y a las formas

en que debieran ser tratados clientes o usuarios de servicios. Recientemente, debido al incremento de empresas privadas de asistencia sanitaria y a la aparición del cuidado gerenciado en las especialidades, han surgido varios temas relacionados con ética de negocios y conflicto de intereses, hasta ahora no tan relevantes en la psiquiatría latinoamericana.

### **Entrenamiento psiquiátrico**

En la mayoría de los países de la región latinoamericana se imparten cursos de especialización después del término de los estudios médicos. Es necesario considerar temas bioéticos al comienzo de los estudios de medicina, aunque los aspectos particulares de la bioética psiquiátrica pueden ser tratados durante la especialización. Es una experiencia repetida que equiparar la ética con un simple conjunto de prohibiciones y una adhesión acrítica a códigos de comportamiento no ayuda, en el largo plazo, a aumentar el "tono ético" de la profesión y sus actividades asociadas de investigación y servicios. Desde que se introdujeron los temas éticos en los estudios médicos, se ha dado por sentado que la ética psiquiátrica es solo una forma de ética médica. Aun siendo esto verdad, es esencial que las peculiaridades de la psiquiatría sean respetadas y formuladas en concordancia. En un mundo de valores, alguna especificidad en la enseñanza es cada vez más importante.

### **Comentarios finales**

Las dimensiones éticas en la práctica, investigación y docencia de la psiquiatría no han sido destacadas por los autores latinoamericanos. No obstante este hecho, la mayoría de las sociedades profesionales tiene regulaciones éticas y códigos escri-

tos. La psiquiatría ha sido desafiada muchas veces debido a efervescencias políticas, escasez de recursos, estigmatización social y falta de reconocimiento social. Sin embargo, se puede decir que el estado actual de la psiquiatría en Latinoamérica es sólido y responsable en términos éticos. Se han documentado abusos de la psiquiatría por razones políticas y en el contexto de regímenes autoritarios, pero es difícil determinar el alcance exacto de la parti-

cipación de psiquiatras en tortura y otras prácticas degradantes. La reputación de la profesión es comparativamente mejor que en otras partes del mundo. El conocimiento de los códigos, las regulaciones internacionales y los principios éticos debiera aumentarse mediante actividades formativas apropiadas, las cuales tendrían que ser estimuladas y apoyadas por las sociedades psiquiátricas y las organizaciones internacionales.

---

#### Referencias bibliográficas

- Alarcón, R.D. (1990) Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Siglo XXI Editores, México.
- Bloch, S., Chodoff, P. & Green, S.A., (eds.) (2001) La ética en psiquiatría. Editorial Triacastela, Madrid.
- Carlini, E.A. & Versiani, M. (2001) Aspectos éticos da pesquisa em psiquiatria. CEBRID, Sao Paulo.
- Lolas, F. (1994) Medical praxis: an interface between ethics, politics, and technology. *Social Science and Medicine*, 39, pp. 1-5.
- Lolas, F. (2003) Bioética y antropología médica. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile.
- Lolas, F. (2000) Bioética y Salud Mental. *Vertex*, 11 (40), pp. 34-37.
- Lolas, F. (1995) La perspectiva psicosomática en medicina. 2ª edición. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Lolas, F. (1999a) Sobre psiquiatría y sociedad: hacia un contexto multidimensional. *Archivos de Neurobiología*, 62, pp. 189-190.
- Lolas, F. (1999b) La bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6 (1), pp. 65-68.
- Lolas, F. (1999c) Hacia una disciplina para la salud mental. *Revista de Psiquiatría*, 16, pp. 196-199.
- Marín, U., Lolas, F., Kreimer, O. y Fuenzalida, H. (1991) Reestructuración de la atención psiquiátrica: aspectos éticos y jurídicos. Documento para la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, Caracas, Venezuela, 11-14 noviembre, 1990.
- Michels, R. (1999) Are research ethics bad for our mental health? *The New England Journal of Medicine*, 340 (18), pp. 1427-1430.
- Pincus, H.A., Lieberman, J.A. & Ferris, S., (eds.) (1999) Ethics in psychiatric research. American Psychiatric Association, Washington DC.



# **PERCEPCIONES EXTERNAS DE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA**



# PERCEPCIÓN DESDE ESTADOS UNIDOS SOBRE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA EN RETROSPECTIVA

Eugene B. Brody

*University of Maryland, Baltimore, Maryland, USA*

## La base experiencial de la percepción

Las percepciones que provienen de lugares lejanos están expuestas a ser moldeadas por estereotipos. Esto es especialmente cierto en el caso del típico turista del norte que visita los trópicos en el sur. Sus imágenes de Latinoamérica tienden a ser agradables y ligeramente eróticas, con danzarines de piel bronceada, escasa ropa y ritmos seductores. Estas quedan ejemplificadas por el carnaval y la samba de Brasil, la alegría del distrito de La Boca, cerca del puerto de Buenos Aires, o el club nocturno Copacabana de La Habana, un destino promovido por el Estado para todo visitante extranjero y que recuerda a los clubes nocturnos de Miami de los años 30.

En contraposición, el visitante que tiene una preocupación social puede quedar abrumado por la miseria presente en medio de la belleza natural y su proximidad a una gran riqueza. Aquellos que han viajado por el “tercer mundo” en el sur de Asia y África perciben más rápidamente características similares con Latinoamérica. Se revela en su desigual industrialización y modernización, en la injusticia social e inequidades en riqueza y privilegios, y —en los barrios pobres— en la pobreza y el analfabetismo que marcan a aquellos que, en algún momento, se encuentran en hospitales para enfermos

mentales u otras instituciones de apoyo. Estos observadores pueden reconocer en la samba una canción de protesta social encubierta.

Otra percepción se obtiene de los extranjeros que vienen a trabajar a Latinoamérica. Su supervivencia profesional requiere que observen las imágenes opuestas como indicativas de una serie de características culturales y socioeconómicas, ligadas a la región geográfica, que son compartidas y que forman parte de un todo único. Al llegar a conocer el mundo de sus homólogos profesionales se dan cuenta de que las similitudes con sus colegas latinoamericanos son mayores que las diferencias. Es una verdad indiscutible que los profesionales de un país, incluidos los psiquiatras, tienen más en común con colegas de otros países que con las personas marginadas social o económicamente de su propio vecindario. El estatus socioeconómico, particularmente la educación y el ingreso, no puede separarse claramente de la cultura como influencia sobre las relaciones profesionales y sociales.

Finalmente, la experiencia *cross-cultural* previa del observador es un determinante mayor de sus percepciones de una nueva sociedad. Antes de introducirme en Latinoamérica ya tenía yo una visión de la diversidad de los contextos profesionales y cultura-



les del mundo: siendo niño había ido a una escuela en Francia y había visitado varios lugares de Europa. Siendo adolescente, conocí estudiantes graduados de mi padre de orígenes tan distantes como Nueva Zelanda y Pakistán, y conocí otros sitios gracias a que mi padre era un científico viajero. Ya como médico fui destinado a Alemania y fui consultor del Tribunal Internacional Militar en Nuremberg. Por lo tanto, tenía cierta base para comparar cuando hice mi primera visita a Latinoamérica (México, en 1961, y Chile y Brasil, en 1962). Estas visitas se extendieron por el desempeño de cargos en varias partes de la región, como conferenciante, profesor visitante, investigador y consultor, hasta 1991.

En mi visión retrospectiva de estas experiencias se refleja el hecho de que, entre 1964 y 1968, mi oficina central en Latinoamérica estaba en Brasil. Por mucho tiempo mi primera lengua de trabajo fue el portugués más que el español o, más precisamente, una forma de híbrido tipo esperanto conocido coloquialmente como "espanoguese" o "portinhol". Mi oficina de Río de Janeiro me fue proporcionada por el profesor Leme Lopes, rector de la Escuela de Medicina de la Universidad de Brasil, que más tarde se transformó en la Universidad Federal de Río de Janeiro. El Profesor Lopes fue un modelo de lo que llegué a considerar como el prototipo de profesor brasileño de psiquiatría: un hombre de gran presencia y cortesía, multilingüe, con conocimiento enciclopédico, y un viajero del mundo que en un encuentro en Lovaina, Bélgica, fue elegido presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatras Católicos. Era un fenomenólogo meticuloso, un clínico en el sentido clásico de la palabra. Aunque no era un psicoanalista, tenía una mente abierta. Desde esta oficina central hice investigación con pacientes psiquiátricos; con un equipo que incluía muchos miembros de

su personal (Brody, 1973) di conferencias y fui consultor por varios años en hospitales y universidades en las ciudades brasileñas de Porto Alegre, Recife, Sao Paulo, Salvador Do Bahia, Belo Horizonte, Belem y otras. En los años 60, a pesar de la disponibilidad de transporte aéreo, cada una de estas ciudades todavía preservaba sus características especiales que se reflejaban en las preocupaciones de sus psiquiatras. La comunidad psiquiátrica de Porto Alegre, por ejemplo, europeizada y en la esfera cultural de Buenos Aires, estaba orientada internacionalmente, abierta en su orientación psicoanalítica, con más conocimiento y aceptación de los campos de la psicología y el trabajo social que algunas de las otras. Sao Paulo, con hospitales metropolitanos ricos, era especialmente favorable hacia el campo de la psiquiatría biológica, todavía en sus inicios. Los colegas de Bahía y Belem conocían más y practicaban las sanaciones tradicionales de los indígenas locales de origen africano, en un primer nivel, y, de origen amerindio del Amazonas, en un segundo.

El desafío de este capítulo consiste en recolectar e identificar las características que parecen, en retrospectiva, comunes a la práctica de la psiquiatría (y sus antecedentes indígenas) en la Latinoamérica de aquel tiempo. En el proceso, se debe encontrar un balance entre la identificación de aspectos comunes a través y dentro de los límites nacionales, y las enormes diferencias entre culturas y lugares, tanto dentro de sí como entre países. La precisión de las reconstrucciones históricas que fluyen de la recolección de datos es probablemente variable.

### **El contexto de la práctica psiquiátrica. La geografía humana de Latinoamérica**

La designación "Latinoamérica", reconoce las raíces culturales ibéricas incluyendo el español y el portugués de 18 de las entida-

des nacionales que existen entre *Cape Horn* y la frontera norte de México. Excluyendo la isla latina de Puerto Rico, afiliada políticamente con los Estados Unidos, y los territorios no latinos de Guyana, Haití, Belize, Surinam, Jamaica y algunas de las islas del Caribe, constituyen un conjunto de cerca de ocho millones de millas cuadradas, incluyendo una variedad de climas y geografías. A pesar de algunos notables avances artísticos y técnicos, los economistas consideran a la región como parte del menos modernizado —menos industrializado— Sur del Globo. En los años 60, dificultades de comunicación y transporte contribuyeron al sentimiento de aislamiento de algunos psiquiatras y, quizás, a su necesidad de enfatizar aspectos únicos de su cultura a visitantes extranjeros. En algunas ocasiones, esto último parecía sugerir cierta ambivalencia hacia Estados Unidos, percibido como el “coloso del Norte”. Por una parte, existía admiración y tendencia a copiar sin reflexión crítica a la psiquiatría de Estados Unidos, una tendencia enfatizada por la exportación del DSM, Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación de Psiquiatras Norteamericana (APA) después de 1980. Por otra parte, había recelo por la presunción de algunas visitas breves de norteamericanos que pretendían poseer conocimiento y capacidades superiores. Cualquier indicación de condescendencia se percibía inmediatamente. Esto se unía al reconocimiento de que las categorías del DSM eran, de hecho, insuficientes para enfrentar todos los fenómenos observados localmente. En retrospectiva, esta aparente ambivalencia, que se evaporaba después de una experiencia de trabajo en conjunto, no es única de las localidades latinoamericanas, sino que es una preocupación general hacia visitantes norteamericanos en las naciones menos industrializadas.

Los pacientes a menudo revelaban sus orí-

genes geográficos a través de sus creencias y protestas. Esto era especialmente distintivo en sus tendencias a consultar curanderos indígenas que también eran, a menudo, oficiantes religiosos. Aquellos de la costa norte de Brasil, especialmente Bahía, se orientaban a practicantes de varias religiones de origen africano. En otros lugares de Brasil había una variedad de *curandeiros*, herederos del chaman indígena Tupi que basaba su material médico en varias plantas nativas. Los países de habla hispana también tenían sus curanderos, cada uno con raíces en la cultura local. Por su parte, la mayoría de los psiquiatras locales, mientras enfatizaban su conocimiento de los diagnósticos de APA o de psicofarmacología contemporánea, reconocían la importancia de entender las formas tradicionales de sanación al evaluar y tratar a sus pacientes. Esta identidad dividida no estaba confinada a localidades latinas.

En Jamaica, por ejemplo, donde yo era profesor visitante intermitente en la universidad de *West Indies* (UWI), entre 1972 y 1975, la gente rural regularmente consultaba a “pastores” que estaban a cargo de “bálsamos”. Los “pastores”, tal como los curanderos nativos de otros países, eran más accesibles, psicológica y económicamente, para los pacientes rurales pobres que los médicos formados en UWI, a pesar de la familiaridad de estos con sus creencias y problemas.

En cada lugar de Latinoamérica y el Caribe encontré, junto con el calor y la simpatía, una tendencia paternalista, algunas veces interpretada por las personas necesitadas como prejuicio o como tendencia a mirarles en menos. El que buscaba ayuda, en estas circunstancias, a menudo tenía miedo de hablar con un psiquiatra, que era percibido como una figura de gran autoridad. Como dijo uno en Jamaica: “Yo no puedo hablar con el... él tan alto”. Como consultor del

Consejo de Planificación Familiar Nacional de Jamaica también me familiaricé con los métodos tradicionales de anticoncepción e interrupción del embarazo. En ambos lugares, latinos y de Jamaica —como supervisor de psicoterapia para residentes—, también aprendí mucho de mis estudiantes acerca de las culturas locales de clasificar y sanar trastornos, y sobre los giros idiomáticos locales sobre aflicciones.

En todos los países —más visible en la enorme expansión de Brasil— la lucha de las personas de zonas rurales por adaptarse a las condiciones sociales y económicas de las zonas urbanas a las que emigraban, se sobreponía a los síntomas de una enfermedad. Las familias de emigrantes y sus descendientes se agrupaban en densos suburbios en los márgenes de las grandes ciudades. Los suburbios mismos, las *favelas* de Brasil y los barrios de otros países, eran partes inolvidables de las geografías locales. Contrastaban con las elegantes (algunas veces palaciegas) casas o grandes edificios de apartamentos de los ricos. Los psiquiatras locales estaban conscientes de estos contrastes y de su impacto en los visitantes. Como un colega peruano me dijo: en la mayoría de los países de Sudamérica existe una relación inversa “entre la elegancia de las carreras de caballos y la miseria de los barrios”. Una vez, comiendo en un elegante club local de Lima, un colega peruano se disculpó por la vista que quedaba estropeada por un suburbio pobre sobre una colina distante, pero plenamente visible a través de una de las ventanas.

Tanto los suburbios como los vecindarios lujosos daban origen a pacientes emocionalmente perturbados. Entre la gente pobre, como en otras partes del mundo, se encontraba una mayor proporción de los que tenían daños cerebrales, convulsiones y retardo mental aparente. La mayoría era

confinada en grandes instituciones públicas. Muchos presentaban una apariencia de depresión y, algunas veces, era difícil diferenciar la fatiga y falta de motivación de la enfermedad crónica, infección por parásitos y la malnutrición. Otras veces tenía la impresión, especialmente con inmigrantes recientes con educación escolar incompleta, de un desamparo socialmente condicionado o el sentimiento de que el esfuerzo sostenido era inútil en términos de un efecto deseado. Los indígenas de los Andes con un estatus esencialmente servil —que fueron estudiados por Klein (1963) — mostraban un concepto de sí mismos dominado por la desesperanza y la percepción personal de impotencia y de no efectividad en el enfrentamiento con un mundo poderoso. Sin embargo, a pesar de sus percepciones de los otros como hostiles y poderosos, funcionaban bien mientras se mantuvieran en sus pequeñas sociedades, al mismo tiempo que perpetuaban su situación actual al limitar sus aspiraciones y acciones. Estas percepciones y actitudes podrían interpretarse como adaptativas más que como regresivas o indicativas de vulnerabilidad hacia la desorganización. Se encontraron comportamientos y actitudes similares en algunos de los *favelados* brasileños, particularmente entre los que habían emigrado del Noreste árido y rural. Otros, sin embargo, se convertían en “hábitúes” en la vida urbana.

Los ricos, representantes de la escasa elite altamente educada a la que pertenece la mayoría de los psiquiatras, tendían, como en Estados Unidos, a vivir en la casa y a hacer las visitas a psicoanalistas y psicoterapeutas en sus oficinas privadas. Aquellos que requerían cuidado institucional lo hacían en pequeños hospitales privados dirigidos por profesores de psiquiatría de universidad, cuyos salarios académicos eran inadecuados para su posición social.

Una característica que influenciaba la percepción sobre Latinoamérica y su gente era la disparidad en el tamaño de los territorios nacionales. Varían desde la inmensidad de Brasil a las pequeñas repúblicas de Centroamérica. Brasil, más grande que Estados Unidos Continental, ocupa casi la mitad de la superficie de Sudamérica. En los años 60, la mayoría de sus aproximadamente 700 médicos especializados en psiquiatría —en enfermedades mentales o en el sistema nervioso, así como practicantes de medicina en general, técnicamente entrenados— se concentraba en una región costera de 700 millas con límite, por el sur, en Porto Alegre (la capital del estado de Río Grande do Sul) y Río de Janeiro al norte, con Sao Paulo en el medio. Belo Horizonte, la capital del estado de Minas Gerais, se encontraba a una hora y media en avión desde Río de Janeiro, en el interior. Constituye el vértice de un triángulo desigual con la costa como base. En este triángulo estaban concentrados los mayores centros urbanos, servicios y la vida cultural del Brasil moderno. De los aproximadamente 31.000 médicos del país, más de un cuarto se concentraba en el estado de Sao Paulo.

Cuanto más pequeño el país, más probable era que una personalidad mayor, algunas veces de una familia de líderes psiquiatras, dominara la psiquiatría local y la representara en el escenario nacional. A medida que aumentaba el tamaño del país había más escuelas médicas, médicos y psiquiatras formados más adecuadamente, y menos énfasis en ideologías de una única terapia. Pero, incluso en Brasil, el poder organizacional ejercido por una única personalidad llegaba a impresionar. Una de esas figuras era el profesor A.C. Pacheco e Silva, de Sao Paulo, que fue Presidente de la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) desde 1960 hasta 1961.

La percepción de una clase de personalis-

mo —la tradición del “gran hombre”— en la psiquiatría de Latinoamérica (reminiscente en algunos aspectos de la temprana Europa) contrastaba profundamente con la situación en Estados Unidos, con departamentos con múltiple profesorado y más de cien escuelas médicas de primer rango. El predominio de personalidades de la psiquiatría se aumentaba por la relativa ausencia, en contraste con Estados Unidos, de psicólogos de alto rango, trabajadores sociales o sociólogos. Esto cambió gradualmente con el establecimiento de la Sociedad Interamericana de Psicología (ISP), orientada a la investigación. Varios psiquiatras latinoamericanos, por ejemplo el profesor Carlos Alberto Seguin, de Perú, tenían roles de liderazgo en el ISP; pero con la maduración de una nueva generación de psicólogos en la región y debido a que la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) proporcionó una plataforma mundial para psiquiatras latinoamericanos con interés internacional, el liderazgo del ISP se convirtió en algo casi solamente propio de la psicología. En los años 60 la WFMH también proporcionó un *forum* para algunos. El más destacado, quizás, fue el peruano Baltazar Caravedo, quien ocupó un alto cargo oficial en el sistema de salud mental de su país.

Muchos psiquiatras líderes latinoamericanos han tenido una significativa formación profesional en el extranjero. Los más antiguos parecían estar más orientados a Europa; los más recientes, a Estados Unidos. En Costa Rica, el profesor Álvaro Gallegos Chacun, que obtuvo su formación en Johns Hopkins, me dijo que había nacido en el hospital de salud mental donde su abuelo había sido superintendente; por algunos años fue miembro del Consejo de WFMH. El profesor Ellis Busnello, un psiquiatra comunitario formado en la facultad de Río Grande do Sul, también tenía un título de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins. El profesor

Carlos León, nativo de Ecuador, había sido nombrado catedrático del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia, una de las primeras escuelas médicas de Latinoamérica en beneficiarse con becas Rockefeller. El profesor León, que más tarde obtuvo un título en epidemiología de la universidad de Tulane, fue también un miembro importante del Consejo de WFMH y consultor en WHO. Fue un privilegio para mí publicar algo de su investigación en el *Journal of Nervous and Mental Disease*. Mi asociación con Carlos León subrayó la importancia de las conexiones personales; a través de su recomendación logré visitar a la gran figura de la psiquiatría ecuatoriana: el profesor Julio Endara, en Quito, quien fue un hombre de conocimientos impresionantes.

*El Contexto Humano.* Un investigador latinoamericano ha dividido a la gente de la región en tres grupos mayores (Comas, 1966). Aquellos caracterizados como “europeos” eran, principalmente, los descendientes de los conquistadores españoles y portugueses. También incluía a inmigrantes más recientes, como los italianos (Sao Paulo, por ejemplo, en los años 60 tenía más gente de origen italiano que Milán). Brasil todavía tenía grandes sectores de japoneses, que son lentos en mezclarse con los nativos, y distritos ocupados mayoritariamente por personas de habla alemana cuyos progenitores vivían allí por varias generaciones.

Un segundo grupo fue designado como de origen indo-mestizo. Predomina en la mayoría de las naciones andinas y en México. En Perú, los mestizos, popularmente llamados “cholos”, tendían a ocupar posiciones de servicio de bajo estatus socioeconómico, como, asimismo, los mapuches en Chile. En Perú solo unos pocos psiquiatras de aquel período eran capaces de hablar las lenguas andinas (Quechua y Aymará) y aquella habilidad era altamente valorada. No recuerdo

una correlación de síndromes psiquiátricos particulares entre los “cholos”, pero en Chile los mapuches se identificaban como vulnerables a lo que se denominó “psicosis oneirofórmica”. Era relativamente breve, de unos pocos días o semanas de duración, caracterizada por comportamiento histriónico, a menudo con alucinaciones complejas y momentos de confusión. Me recordaba a lo que había sido referido anteriormente en Estados Unidos como “psicosis puertorriqueña”, o lo que encontré en años posteriores en Australia como “psicosis italiana” o “griega”: una perturbación del comportamiento de una minoría socioeconómica en desventaja, marginal en la cultura dominante y, en alguna medida, explotada por ella.

Finalmente, Comas comentó sobre la distribución de personas de origen africano. Parecía haber poca vacilación en estigmatizarlos con ligereza. En Buenos Aires, a los descendientes de esclavos negros que viven en su mayor parte en áreas rurales, se les conoce como “cabezas negras”.

Después de trabajar en Brasil, rápidamente me di cuenta de la posición socioeconómica deprimida de los descendientes africanos. En 1964, con 22 términos para diferencias de color de piel y con colegas orgullosos del proceso de asimilación denominado “brasilenización”, parecía haber poca conciencia de la incongruencia entre un conocido equipo de fútbol de jugadores negros estrella, como Pelé, y negárseles admisión a hoteles de primera clase. La imagen retrospectiva del negro latinoamericano es más fuerte en Salvador, en el estado brasileño de Bahía. Yoruba era el grupo predominante entre los esclavos que fueron importados al país y su religión, *Candomble*, participaba ampliamente en procesos de sanación. Las súplicas a los dioses Yoruba o a aquellos del panteón de *Umbanda* —la fusión sincretista del *Candomble* con el catolicismo— pre-

cedían, por lo general, a la consulta con un médico o psiquiatra occidental.

Como se hizo notar anteriormente, algunas diferencias en la filosofía clínica entre los colegas brasileños, especialmente en relación con las políticas de salud pública, parecía guardar relación con la geografía humana del país. Por ejemplo, aquellos de Río de Janeiro estaban más interesados en las posibilidades de colaboración entre psiquiatras y curanderos *Umbanda*. Yo esperaba lo mismo en la antigua escuela médica de Salvador de Bahía, localizada en un área en la que prevalecían los descendientes de los esclavos Yoruba. Allí, sin embargo, fui advertido de evitar tal colaboración y los profesores más antiguos con los que hablé estaban más preocupados de los posibles daños que de sus beneficios. En Recife, un punto intermedio en la costa del Atlántico, la actitud hacia los curanderos locales era de más aceptación, en su mayor parte debido a la influencia del antropólogo René Ribeiro, un experto en las prácticas de sanación indígenas del norte de Brasil (Ribeiro 1931, 1952, 1959) y uno de los pocos científicos sociales de Latinoamérica preocupados por los comportamientos relacionados con la salud mental.

Relativamente pocos psiquiatras latinoamericanos más antiguos consideraban las influencias socio culturales en el comportamiento del paciente como un foco primario de investigación. Estaban más interesados en la fenomenología, el campo en desarrollo de la psicofarmacología y, en unos pocos casos, en el psicoanálisis. Esto era semejante a lo que encontré años después en Australia, donde se desarrolló tardíamente el interés por aspectos psicosociales en los aborígenes. Había excepciones, sin embargo. Una de estas era Seguin, profesor de psiquiatría en la escuela de medicina de San Fernando, en la Universidad Nacional Mayor de San

Marcos, en Lima. Tenía influencia política, era adepto a la organización y fue uno de los primeros miembros latinoamericanos del Consejo de WFMH, así como, por un tiempo, líder en el ISP. Después de nuestro primer encuentro en 1964, serví por un tiempo en el Consejo de su Instituto de Psiquiatría Social. Seguin era una combinación inusual de clínico y experto académico, un estudioso de las culturas indígenas peruanas, presentes y pasadas, y era único entre los psiquiatras más antiguos de Latinoamérica por su conocimiento etnográfico.

Otro psiquiatra peruano con fuertes intereses en la investigación social era el profesor Humberto Rotondo, de la misma universidad. Estudiaba el impacto psicosocial de la emigración desde los altos Andes a Lima, así como la huella de la urbanización en el comportamiento (Rotondo, 1961).

### **Percepciones de la práctica psiquiátrica**

*La importancia de la ideología.* El extremo de la ideología psiquiátrica al servicio de la política se encontraba en Cuba, que visité en 1981 y 1985. No había nada particularmente "latinoamericano" excepto por los alrededores tropicales. La sociedad "productora" era considerada mentalmente saludable, mientras que la sociedad "consumidora" reflejaba la patología social. La atmósfera profesional del departamento psiquiátrico de la universidad en la Habana era, sin embargo, bastante convencional e internacional en orientación (aunque mucho más conocedora de los asuntos de la Unión Soviética que de otros lugares). A los pacientes del hospital de salud mental más grande de la ciudad se les trataba con tranquilizantes y trabajo en la granja adjunta y en tiendas industriales, en una forma que me recuerda lo que encontré en Moscú en 1970.

La experiencia cubana fue, sin embargo, fuera de contexto. Mis primeras experiencias

de conflicto ideológico político entre colegas profesionales en Sudamérica a menudo se enfocaron simplemente (o así lo parece) al predominio personal y organizacional. Un hecho significativo ocurrió en 1964 cuando ya era profesor visitante en Río de Janeiro: el entonces presidente de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, Daniel Blain, pidió que me presentara en el encuentro de la Asociación Psiquiátrica Latinoamericana (APAL). El propósito era introducir la idea de una nueva organización que uniera APAL con la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA). Se denominaría Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas. Después de mi conferencia, ofrecida en la municipalidad de Lima, comencé a darme cuenta de la profundidad que tenía la preocupación por preservar las identidades profesionales y por los posibles peligros de una colaboración muy cercana. Existía inquietud no solamente por la colaboración entre las sociedades psiquiátricas de los diferentes países latinoamericanos —con sus variaciones en tamaños y recursos—, sino por la posibilidad de ser absorbidos profesionalmente por el APA, que comprendía psiquiatras de Canadá así como de Estados Unidos.

Argentina era el lugar de algunos de los más evidentes y clásicos conflictos entre los establecimientos psiquiátricos tradicionales —conducidos por colegas antiguos— y gente joven que se consideraba rebelde. Una de las divisiones ideológicas —que reflejaba la existente en un tiempo en Estados Unidos— ocurría entre defensores de servicios psiquiátricos pequeños en hospitales generales y aquellos que sentían que los hospitales estatales grandes, tradicionales, proporcionaban el ambiente óptimo para el tratamiento, especialmente para pacientes crónicos esquizofrénicos.

Al otro lado de la división estaba la clase dirigente inalterable, los directores de los

grandes hospitales que eran conocidos coloquialmente por algunos jóvenes doctores como los “monstruos”.

Algunas veces, la apariencia de conflicto era engañosa, pero era evidente que, tal como en Estados Unidos, los centros psiquiátricos más importantes dentro de una misma ciudad no siempre se relacionaban entre ellos y no realizaban trabajos de colaboración. En Lima, por ejemplo, junto a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estaba una nueva escuela de medicina, la Cayetano Heredia, apoyada en parte por fondos japoneses. Su departamento de psiquiatría recordaba al celebrado profesor Honorio Delgado, un experto académico con intereses tradicionales cuyo trabajo no se superponía significativamente con aquel de los colegas en San Marcos.

En México, a mediados de los años 80, en mi trabajo en WFMH, me encontré con conflictos, incluso más intensos, entre los poderosos directores profesionales de hospitales tradicionales de salud mental y los defensores de servicios ambulatorios comunitarios y servicios de consulta, que incluía la lucha de los no profesionales por la no-coerción y los derechos de los pacientes. Las divisiones, similares a aquellas de algunos años antes en Estados Unidos, eran etiquetadas en términos de “progreso versus poder establecido”. Existía, verdaderamente, un sentido poco frecuente de *déjà vu* en este respecto.

Algunas de mis mayores impresiones sobre la diversidad y similitud de la psiquiatría de los países latinoamericanos surgieron de mi asociación, por muchos años, con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la rama para el hemisferio de la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas (OMS). Inicialmente, estos contactos eran con el consultor de OPS Jorge Velasco Álzaga, de México, pero se dieron principalmente con su sucesor, René Gonzáles, a quien

acompañé en encuentros en varios países sudamericanos, preocupados, primordialmente, de la enseñanza de la psiquiatría a estudiantes de medicina y a médicos. En aquel tiempo había un especial, aunque transitorio, interés en aprovechar grupos de terapia como un vehículo de enseñanza para estudiantes de medicina.

Yo tenía la sensación de que los académicos jóvenes de la escuela de medicina que asistían a los encuentros patrocinados por OPS eran enérgicos y entusiastas, pero con el impedimento de la falta de financiación y, ocasionalmente, con igual falta de entusiasmo por parte de sus colegas y administradores antiguos. Parte del problema, como se señaló antes, consistía en que, en marcado contraste con Estados Unidos, los profesores antiguos a menudo no podían dedicar más que unas pocas horas a sus departamentos, viéndose forzados, por necesidades financieras, a gastar sus energías en la práctica, a menudo incluyendo la administración de un hospital mental privado.

*Psicoanálisis.* Quizás las divisiones más visibles se encontraban dentro del movimiento psicoanalista, todavía en desarrollo. A través del continente se separaba en escuelas según se adhería a Melanie Klein o a Anna Freud, con Klein liderando. Otras divisiones reflejaban el lugar de entrenamiento de analistas individuales. Algunos eran graduados de institutos argentinos, mientras otros se habían formado en Londres. En México, el psicoanálisis elaborado por Erich Fromm tuvo sus seguidores, incluyendo a colegas en posiciones políticas poderosas. La mayoría de los miembros de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana encontraba las ideas de los freudianos mexicanos más análogas a las propias. A finales de los años 60, cuando yo presidía el Comité de APA sobre psiquiatría transcultural, Ramón Parres —de México— fue uno de nuestros

miembros más activos y que aportó mucho de su interés antropológico a nuestras discusiones.

Argentina era el país con el mayor número de establecimientos psicoanalíticos en competencia.

Brasil era otro país con grupos bien desarrollados de psicoanálisis. Como graduado del Instituto de Psicoanálisis de Nueva York fui bienvenido por el grupo más "ortodoxo" y, con un poco más de precaución, por el grupo "liberal". El primero me impresionó por su conformidad con las estructuras de las asociaciones psicoanalíticas norteamericanas e internacionales. El último estaba compuesto por profesionales que, sobre la base de sus presentaciones de casos, se conducían como excelentes psicoterapeutas, a menudo con pacientes difíciles. Al igual que en otros países, el psicoanálisis era de interés periférico en las universidades. La excepción era Porto Alegre, en la Universidad de Río Grande do Sul, guiada por el profesor Luis Paulo Vianna Guedes, él mismo un analista que tenía varios practicantes psicoanalistas entre sus académicos.

Una característica chocante de la escena psicoanalítica, especialmente en Brasil, pero también en Argentina, era la prevalencia de seguidores en los campos de la educación, psicología, historia y artes. La adhesión al punto de vista psicoanalista era frecuentemente mencionada como la base de alguna liberación del habla, conducta o apariencia. Esto me recordó la historia del análisis y su recepción en Estados Unidos a finales de los años 20 y en los 30.

Otro psicoanalista latinoamericano internacionalmente conocido de aquel tiempo fue el profesor Ignacio Matte Blanco, catedrático de psiquiatría en la Universidad de Chile. Autor de un trabajo de mucha originalidad sobre el psicoanálisis y, en Roma, a una edad relativamente avanzada, llegó a



ser un líder en la formación analista.

*Impresiones de la psiquiatría de hospital.* Aquí, de la misma manera que en Estados Unidos, había un amplio abismo entre los hospitales privados y las grandes instituciones públicas. Una diferencia radicaba en la absoluta falta de instalaciones, incluyendo suministro de agua y baños, en algunas de las grandes colonias de Sudamérica. Un ejemplo era el Jucare, en las afueras de Sao Paulo, con 14.000 pacientes. La vida se hacía más difícil en estas instituciones por la mezcla de psicóticos crónicos con retardados e individuos con defectos en el desarrollo. Sin embargo, algunos de los grandes hospitales eran conducidos tan bien como fuera posible con fondos mínimos. Quizás el mejor de Brasil era el Sao Pedro, un hospital de enseñanza para Río Grande do Sul, con 1800 pacientes. Los grandes hospitales contaban con alguna supervisión psiquiátrica, una cantidad limitada de tranquilizantes y disponibilidad de ECT, pero aquellos residentes que se sentían capaces se dedicaban a trabajar en agricultura, talleres o artesanía.

Los hospitales privados presentaban un gran contraste. En varios países, encontré lo que yo consideré el paternalismo en su forma más terapéuticamente efectiva. En tranquilos alrededores, con pisos de madera encerada, crucifijos en las paredes y camas individuales, la apariencia del doctor personificaba al "gran hombre", versión de la figura terapéutica. Se usaban tranquilizantes y ECT, pero la presencia regular y unas pocas palabras consoladoras e inteligentes del director parecían esenciales para preservar el bienestar del paciente e incrementar la probabilidad de su recuperación. Una asistencia apropiada a la capilla del hospital también parecía esencial para el tratamiento.

La cobertura del seguro social para los empleados permitió su atención en muchos hospitales privados. Aquí la atmósfera se parecía a la de muchos hospitales públicos de Estados Unidos, pero eran más cálidos y menos institucionales. Mis impresiones fueron tanto de Brasil como de México donde, a principios de los años 60, pasé mucho tiempo con Guillermo Dávila.

---

#### Referencias bibliográficas

- Brody, E.B. (1964) Psychiatry in Portuguese America (Brazil). *The American journal of psychiatry*, 120, pp. 1959-1961.
  - Brody, E.B. (1966) On the psychiatry of Latin America. *The American journal of psychiatry*, 123: 4, October.
  - Brody, E.B. (1969) *Mental Health in the Americas*. American Psychiatric Association, Washington DC.
  - Brody, E.B. (1973) *The Lost Ones: Social Forces and Mental Illness in Rio de Janeiro*. International Universities Press, New York.
  - Comas, J. (1966) *Latin America, in Research on Racial Relations*, Drukkerij Holland (Published for UNESCO), N.V., Amsterdam, pp. 134-158.
  - Klein, R. (1966) *The Self-Image of Adult Males in an Indian Culture*. University Microfilms, Ann Arbor, Mic.
  - Ribeiro, L. & de Campos, M. (1931) *O Espiritismo no Brasil*. Companhia Editora Nacional, Sao Paulo.
  - Ribeiro, R. (1952) Cultos afrobrasileiros do Recife. *Boletim do Instituto Joaquim Nabuco*, Numero Especial, Grafica Editora de Recife J/A.
  - Ribeiro, R. (1959) Análisis socio-psicológico de la posesión en los cultos Afro- brasilenos. *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 5, pp. 249-262.
  - Rotondo, H. (1961) Psychological and mental health problems of urbanization based on case studies in Peru, In: P.M. Hauser, (ed.) *Urbanization in Latin America*. Columbia University Press, New York, pp. 249-257.
-

# PERCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA DESDE EUROPA

Jean Garrabé y Freddy Seidel  
*Evolution Psychiatrique, Paris, France*

## La base experiencial de la percepción

La imagen de la psiquiatría latinoamericana en Europa cambia por razones culturales, históricas y lingüísticas según los países desde los cuales se percibe. No es la misma en los del sur o del norte de Europa occidental; a *fortiori*, difiere aún más en los muy alejados de Europa central u oriental.

Como ya ha sido expuesto en la parte histórica del presente volumen el desarrollo a lo largo del tiempo de los intercambios entre Europa y América Latina, solo recordaremos aquí algunos datos que contribuirán a esclarecer las diferencias en la percepción europea de la psiquiatría latinoamericana.

Asimismo, recordaremos de qué manera los acontecimientos de la historia universal, especialmente las dos guerras mundiales, han impactado en estos intercambios científicos contribuyendo a modificar esta percepción.

Por último, plantearemos el problema de si hay en Europa una percepción unívoca de la psiquiatría latinoamericana o si, por el contrario, se perciben tantas "psiquiatrías" como países del nuevo continente, cada uno con sus peculiaridades.

En la época colonial, aunque se habían publicado ya en los siglos XVI y XVII en Nueva

España libros que indicaban el nacimiento de un pensamiento médico original sobre patología mental, fueron percibidos en Europa como una simple prolongación de la medicina española, a la sazón la más adelantada de las medicinas europeas de la época.

El "Siglo de Oro" de las artes y letras españolas lo fue también para la medicina. Para ilustrar esta afirmación citemos el ejemplo de los textos españoles y neohispanos sobre las enfermedades del alma recopilados por Roger Bartra en "Siglo de Oro de la melancolía".

La revista *Psicopatología*, órgano del Instituto Psiquiátrico de Lengua Española, ha publicado sendos números monográficos sobre el tema: "Estudios psiquiátricos hispanoamericanos en los siglos XV, XVI y XVII" y "Psicohistoria iberoamericana..." durante los mismos siglos.

El artículo de Benito Peral Ríos sobre la asistencia psiquiátrica en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios muestra que, además de haberse desarrollado tanto en América del Sur y Central como en Europa, esta modalidad de asistencia sigue muy presente en varios países: Ecuador, Perú, México, Cuba, Chile, Argentina y Venezuela. En América del Norte se señala exclusivamente un pequeño centro (en Canadá),

puesto que la red asistencial correspondiente solo se ha desarrollado en el mundo católico. Este aspecto de la asistencia a los que se consideraba hasta entonces como “locos” no es percibido en los países mayormente protestantes.

Se ha considerado la fundación del hospital de San Hipólito de México, en 1566, por Fray Bernardino Álvarez y, posteriormente, la erección de la Orden de los Hermanos de la Caridad por Inocencio XII, en 1700, como equivalentes a la de la Orden de San Juan de Dios, por Pío V en 1571, después de la fundación por este santo de un hospital para acoger a los locos en Granada, en 1537.

A inicios de la época poscolonial, después de las diferentes guerras de independencia de América del Sur —que coinciden cronológicamente en Europa con la Revolución Francesa y con el impacto de la revolución epistemológica sobre la alienación mental de Philippe Pinel (1745-1826), que daría origen a la psiquiatría moderna—, muchos médicos latinoamericanos cruzan el Atlántico para formarse en esta nueva especialidad.

Se debe notar que el célebre “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie*” (1801), se benefició con una excelente y temprana traducción al castellano a cargo del Doctor Don Luis Guarnerio y Allavena, médico en el Real Sitio de San Idelfonso, mediante la cual las ideas pinelianas tuvieron una difusión inmediata en el mundo hispánico. Desgraciadamente no ocurrió lo mismo en el mundo anglosajón ya que la traducción al inglés de la obra de Pinel, hecha por el Doctor David Daniel Dovis —ulterior tocólogo de la Reina Victoria—, fue pésima, como lo establece Dora Weiner (2000).

En Argentina, Domingo Cabred (1859-1929) emprende en 1887 un viaje de estudios al viejo continente con el fin de perfeccionarse en psiquiatría. Participa en el Congreso Internacional de París, en 1889, y de regreso a su país sucederá a Lucio Meléndez (1844-1901), tanto en la dirección del Hospicio de las Mercedes como en la Cátedra de Psiquiatría.

En Brasil, José Pereira des Neves fue seleccionado en 1845 para estudiar en Europa el tratamiento de los alienados y, a su regreso, fue nombrado médico del Hospicio Pedro II.

Souza Leite, Doctorado en la Facultad de Bahía en 1881, realizó, a fines del siglo XIX, un viaje de estudios a París, o sea, al mismo tiempo que Sigmund Freud (1856-1939) y, como éste, se apasionó por los novedosos estudios de la histeria que para ese entonces se hacían en el servicio del famoso profesor Jean-Martin Charcot (1825-1893). Después de traducir al portugués los “Nuevos estudios sobre la histeria, especialmente la histeria traumática en el hombre” (1889), del maestro parisino, Souza Leite publica en París sus propios “*Études de pathologie nerveuse*”, siendo ambos textos ejemplos elocuentes de los vaivenes de los conocimientos científicos en neuropsiquiatría entre las dos orillas del Atlántico.

Juliano Moreira (1873-1933), egresado de la Universidad de Bahía en 1891, parte también a Europa, principalmente a los países de lengua alemana, con el propósito de completar su formación para, a su regreso en 1896, ser nombrado profesor de la misma universidad a la edad de 23 años. Más tarde, en 1903, será nombrado director del Asilo Federal de Río de Janeiro, en el que introduce importantes y modernas reformas institucionales y elabora la pri-

mera ley federal de asistencia a los alienados. Amigo y gran admirador de Kraepelin, introduce las ideas de su maestro en Brasil, país en el que, hasta ese entonces, había predominado la tradición clínica de la escuela francesa.

En Chile, fue un médico francés, el doctor Laurent Sazie, quien asumió de 1854 a 1865, el cargo de médico director en la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles, en Santiago.

En Uruguay, el primer titular de la Cátedra de Psiquiatría, fundada en 1812, fue Bernardo Etchepare, que había estudiado en París especializándose en cirugía con el célebre profesor Henri Hartmann (1860-1952). Por esta razón, el Profesor Etchepare ocupó primero la Cátedra de Anatomía y Cirugía antes de la que le permitió introducir la psiquiatría del siglo XX en Montevideo.

La tradición del viaje de formación a Europa para los especialistas latinoamericanos se suspenderá cuando estalle la primera guerra mundial, para reanudarse al término de las hostilidades y, de nuevo, interrumpirse con el comienzo de la segunda.

Estos médicos solían, durante su estadía, ejercer como clínicos y/o investigadores en grandes centros europeos; cuando regresaban a su país de origen, creaban o integraban instituciones que reflejaban la influencia de la escuela que les había formado, y con la que conservaban vínculos más estrechos que con otras mucho más próximas geográficamente.

En este análisis acerca de las posibles razones que explican las diferencias de percepción de la psiquiatría latinoamericana en Europa, no debemos soslayar la influencia que han tenido las publicacio-

nes de los neuropsiquiatras latinos en las revistas científicas del viejo continente, así como su participación en congresos celebrados en este lado del Atlántico.

A principios de siglo, durante su estadía en París, el Dr. Diego Carbonell enviaba regularmente crónicas científicas al órgano de difusión de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Asistió al III Congreso Internacional de Neuropsiquiatría, que tuvo lugar en la ciudad belga de Gand en 1913, del cual envía una relación a su país. Poco después desencadenó una gran polémica publicando en un número del semanario caraqueño *La Revista* un artículo titulado "Cuadro sintomático del mal comicial en Bolívar" (1915). Carbonell terminará publicando su propia contribución contestando a la abundante literatura sobre la psicopatología del Libertador, resultado de esta ardiente discusión, en un opúsculo editado en la ciudad francesa de Cahors, en 1916 (Álvarez 2005)

Otro ejemplo, a la sazón menos escandaloso, lo constituyen los trabajos sobre las afasias publicados por Jean Lhermitte (1877-1859) y Oscar Trelles en *L'Encéphale*. Muchas generaciones de neuropsiquiatras franceses se formarían durante décadas estudiando la anatomía y la fisiología del sistema nervioso central en el libro escrito por esta prestigiosa pareja franco-peruana.

Otra tradición constante dentro de estos intercambios es la invitación recíproca de grandes conferencistas.

Enrique O. Aragón (1880-1942), profesor de la Facultad de Filosofía y Letras en la cátedra que él mismo había fundado en la Universidad de México, fue el representante oficial de su país en la Fiesta de la Raza de 1919, en Madrid, donde tuvo la ocasión

de dictar una serie de conferencias.

En 1924, la Sociedad Franco-Mexicana invita al psicólogo Georges Dumas a dictar un ciclo de conferencias. Al año siguiente, la Universidad Nacional de México invita a Pierre Janet (1859-1947), entonces Profesor en el *Collège de France* —y, a la sazón, más conocido que su famoso rival en el descubrimiento del inconsciente, Sigmund Freud—, a hacer en 1925 una gira de conferencias en los distintos estados mexicanos. Janet fue nombrado Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina, en una sesión especial durante la cual Aragón pronunció un largo discurso acerca de la evolución de la psiquiatría francesa de Pinel a Charcot titulado “La tetralogía de la Salpêtrière”. Dichas conferencias fueron traducidas al español por el mismo Aragón quien las publicó bajo el título de “Psicología de los sentimientos”, como lo ha recordado Héctor Pérez-Rincón, quien en 1980, hizo una reedición de este libro cuyo interés particular reside en el hecho de que constituye el esbozo de la que sería la “ópera prima” de Pierre Janet (“*De l’angoisse à l’extase*”), que publicaría a su regreso a Francia teniendo en cuenta la acogida de sus ideas por sus oyentes mexicanos.

Justo antes de que estallase la Segunda Guerra Mundial, la revista *Annales Médico-Psychologiques*, sin duda la más antigua publicación en nuestra especialidad —ya que fue fundada en 1847—, pidió a autores escogidos del mundo entero que presentasen, en una serie de artículos, el estado de desarrollo de la neurología y la psiquiatría en sus países respectivos. Quienes lo hicieron para la América del Sur fueron los profesores Honorio Delgado y J. O. Trelles, de Lima, en un artículo publicado en el número de abril de 1939.

¿Qué imagen dan estos autores de la psiquiatría en América del Sur? Presentan los resultados de una encuesta realizada en diez países del área (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) interrogando en cada uno de ellos a correspondientes nacionales acerca de tópicos tales como la historia y evolución de la asistencia a los enfermos mentales, enseñanza y práctica de la psiquiatría, epidemiología, higiene mental y, por último, clasificación de las enfermedades mentales. Su conclusión es que “...la asistencia psiquiátrica ha seguido en América del Sur una marcha ascendente acompañando, más o menos de cerca según los casos, los adelantos que lograba en Europa esta rama de la medicina [...] Hoy en día, mediante este desarrollo ha alcanzado un nivel apreciable. Sin embargo, el grado de cultura psiquiátrica no es el mismo en todo el continente: si en algunos países el nivel es alto, otros están todavía muy rezagados en el camino recorrido. Por otra parte, en un mismo país la organización psiquiátrica está repartida de manera desigual y, en la mayoría de los casos, se encuentra concentrada en las capitales”.

Para Delgado y Trelles “...no existe una ciencia psiquiátrica específicamente latinoamericana, puesto que la mayor parte de los trabajos solo refleja las corrientes científicas europeas, siendo las influencias más marcadas las de la escuela francesa, antaño exclusiva, la alemana y, en ciertos aspectos, la italiana”. Debe notarse la influencia norteamericana, sobre todo en lo referente a la higiene mental, cargada de preocupaciones de inspiración eugénica sobre la salud mental de las minorías, aunque no se trate aquí de los descendientes de esclavos negros, como en los Es-

tados Unidos, sino la de los indios y la de los inmigrantes europeos, especialmente los judíos, considerados como psíquicamente frágiles sin que se haga alusión a las razones sobre su éxodo de Europa. Sin embargo, en la opinión de los autores "... poco a poco se esboza en los países de América del Sur o, mejor dicho, iberoamericanos, una conciencia continental que los lleva a explorar orientaciones conjuntas". Ello explica el éxito de reuniones, como el Congreso Americano de Higiene Mental o las Jornadas Panamericanas de Neuropsiquiatría que, precisamente en 1939, tendrían lugar en Lima.

Pero esta conciencia nos parece, en Europa, más americana que específicamente latinoamericana. Prueba de ello es lo que, para unificar las estadísticas, varios países deciden abandonar la nosografía de Kraepelin y, siguiendo las recomendaciones de las jornadas de 1937, adoptar la de la Asociación Psiquiátrica Americana<sup>1</sup>. Es interesante comparar la imagen de la psiquiatría latinoamericana que presentan en este artículo Delgado y Trelles con la que, después de la segunda guerra mundial, dará solo Delgado (1955).

Entre tanto, los acontecimientos políticos modificarán profundamente las relaciones entre los psiquiatras europeos y sus colegas americanos.

La guerra civil española, en 1936, marca un hito decisivo en esta historia de intercambios. La derrota de la Segunda República y la instauración de la dictadura franquista provocarán el exilio masivo de un gran número de españoles, entre otros muchos artistas, escritores y poetas, así

como científicos y médicos. Una pléyade de psiquiatras republicanos hubo de comenzar el largo y penoso camino del exilio.

Algunos, como H. Torrubia y François Tosquelles, se instalarían definitivamente en la vecina Francia donde dejarían una fecunda obra que aún en nuestros días permanece vigente.

Unos irían directamente a América Latina, otros lo harían tras un breve período en los países de Europa solidarios con la República y aún no ocupados por el invasor nazi. No hubiera podido tener lugar semejante exilio sin la existencia de la comunidad cultural e histórica representada por Hispanoamérica, donde tantos españoles pudieron rehacer su vida no solo personal, sino también profesional e intelectual.

Los países latinoamericanos tuvieron una variable, aunque amplia generosidad para recibir a los emigrados españoles.

En el caso de México, el Presidente Lázaro Cárdenas organiza la "Casa de España", origen del actual centro superior de cultura e investigación "El Colegio de México", para dar cobijo a los distinguidos intelectuales españoles que la guerra había expulsado de su patria, integrándolos casi desde su llegada al quehacer clínico y a la vida científica mexicana.

Sixto Obrador, Federico Pascual del Roncal (autor de estudios relevantes sobre el test de Rorschach), Pío del Río Hortega (el maestro de Penfield en Madrid), Isaac Costero, José Peinado Altable, Félix Martí Ibáñez (luego historiador de la medicina, ensayista y hasta su muerte director de "MD" en español), Antonio Abaunza, Gonzalo Rodríguez Lafora, Dionisio Nieto, en-

1. Se trata de la revisión de 1935 de la clasificación propuesta para su inclusión en la *Standard Classified Nomenclature of Diseases*.

tre otros, formarán parte de este grupo de “trasterrados”. Todos poseían una sólida formación científica, producto de sus estudios en los centros más importantes de Europa, que se reflejará en el rol que jugarán como fundadores de la neuropsiquiatría mexicana contemporánea.

Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971), uno de los nombres centrales de la psiquiatría española “trasterrada” a América, es ejemplo patente de este trasvase de conocimientos; suerte de crisol donde se conjugaban en un solo individuo las influencias más destacadas del pensamiento psiquiátrico europeo de la preguerra: formado con Simarro y Cajal en España y, luego, con las grandes figuras de la psiquiatría alemana de finales del siglo pasado (Kraepelin y Alzheimer, en Munich, y Ziehen, Vogt y Bergmann, en Berlín), bautizaría con su nombre cierta enfermedad —“la enfermedad de Lafora”—, un caso especial de epilepsia mioclónica progresiva, descrita por él en 1911 en los *Virchows Archiv*. Durante una estancia en el Hospital Gubernamental para Dementes, de Washington, en 1911, trabajó como histopatólogo en los estudios del neuropsicólogo norteamericano S. I. Franz sobre la función de los lóbulos occipitales en la percepción visual de los monos y luego, en Francia, trabajará con Déjerine.

Rodríguez Lafora fue también una figura destacada en el campo de las actividades ligadas a la política sanitaria española de la salud mental. Tras permanecer durante la guerra un tiempo en Valencia —sede del gobierno republicano—, abandona el país para dirigirse a México donde continuará su prolífica obra. Bajo los auspicios de la *Rockefeller Foundation*, pone en marcha en 1941, junto con Isaac Costero, un Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos en la

Facultad de Medicina, en cuyas secciones trabajarían sus colegas desterrados, tales como Dionisio Nieto, Pi Suñer, Obrador y González Guzmán. Años más tarde, el gobierno mexicano lo convertiría en Instituto de Estudios Médicos y Biológicos y, posteriormente, en Laboratorio de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Al contrario de otros desterrados que se quedaron en México, Lafora regresará definitivamente a España en 1947, poco antes del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría.

Dionisio Nieto descollaba también como una de las figuras más notables de este grupo. Originalmente formado como neuropatólogo en la pura tradición de la histología cajaliana, había sido alumno aventajado de Pío Hortega, discípulo de Schneider, Rüdín, Bonhoeffer y Kretschmer en Alemania. Después de haber participado activamente en la guerra civil, se marchó a París para trabajar en el Servicio de Neurocirugía de Clovis Vincent que, un poco más tarde, dejó en el momento de la ocupación nazi para partir a América. En México, desde su llegada, fue el jefe del Departamento de Neurobiología del recién fundado Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos de la Facultad de Medicina, donde será uno de los pioneros de lo que algunos años más tarde se llamará “psiquiatría biológica”. Su influencia en el desarrollo de las neurociencias mexicanas es, pues, definitiva.

Puede decirse que la aportación de la psiquiatría española en el exilio en Latinoamérica fue muy importante, no solo en número sino, singularmente, en calidad. Consideraremos algunos nombres cuya influencia se dejó sentir de modo relevante en los países de acogida. Sin perjuicio de mencionar también algunos otros, de-

bemos citar los nombres de Ángel Garma, Emilio Mira y López y José Solanes.

Ángel Garma Zubizarreta (Bilbao, 1904; Buenos Aires, 1993) estudió medicina en Madrid. Recibió su primera formación psiquiátrica de José M. Sacristán (1887-1957), introductor en España de las ideas de Kraepelin, para luego pasar un año en Tübingen (1927) con Robert Gaupp, discípulo directo del maestro alemán. A pesar de esta orientación inicial de corte organicista, emprendió una formación psicoanalítica en el Instituto de Berlín donde estableció firmes conexiones con la sociedad psicoanalítica alemana así como estrechos contactos con Theodor Reik y Otto Fenichel. Se le considera como el primer psicoanalista español alineado dentro de la ortodoxia de la praxis freudiana, ya que ejerció como tal en Madrid desde su regreso en 1931 hasta su exilio. No obstante, algunos años más tarde subrayaría enérgicamente una dirección psicosomática muy próxima de la que en España propugnó su compañero y amigo de andanzas en París, Juan Rof Carballo. Publicó en 1936 "El psicoanálisis, la neurosis y la sociedad", un libro que enfatiza las aplicaciones terapéuticas y sociales del psicoanálisis. Después de una breve estancia en París se trasladó a Argentina donde había vivido de niño y residía su madre. Llegó a Buenos Aires el 24 de junio de 1938 para continuar su misión de institucionalización psicoanalítica que había comenzado en su España natal alrededor de 1930 y que la guerra civil había interrumpido. Por las mismas fechas llegaron también otros psicoanalistas, como el argentino Cárcamo, a quien Garma había conocido en París, o el húngaro Bela Szekely. Luego conoce a Arnaldo Rascowsky y a Enrique Pichon-Riviere quienes decidieron psicoanalizarse

con Garma.

En torno a Garma y Cárcamo, los únicos que habían recibido la necesaria preparación en Europa, se congregará un nutrido grupo de profesionales interesados en el psicoanálisis. Este grupo inicial crecerá progresivamente hasta constituirse en grupo oficial a finales de 1942, cuando fundan la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) con Garma como Presidente, Cárcamo como secretario y Rascowsky como director de publicaciones. La APA no pudo ser reconocida oficialmente por la International *Psychoanalytic Association* (IPA) hasta 1949 (presidida en esa época por Ernest Jones) a causa de la interrupción de los congresos de la IPA en razón de la segunda guerra mundial. Después de la guerra, Garma luchó en el seno de la IPA para que las diversas sociedades psicoanalíticas latinoamericanas se federasen, lo que hicieron, primero en la COPAL y, posteriormente en 1980, en la FEPAL (Federación Psicoanalítica de América Latina) que reúne asociaciones y grupos de estudio de ocho países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, Uruguay y Venezuela).

Otra figura ilustre de la diáspora española acogida en Argentina fue la del médico catalán Juan Cuatrecasas (Gerona, 1899; Buenos Aires, 1990). Formado en la escuela catalana de Pi Suñer, catedrático de medicina desde 1930, tras ocuparse durante un primer período de problemas como la avitaminosis, la encefalitis o el reumatismo, se orientó durante su exilio al desarrollo de una intensa obra donde fisiología, psicología y antropología convergen de una manera singular. Entre otras facetas de su vida, Cuatrecasas tuvo una intensa actividad política en Latinoamérica dejando una



profunda huella en los medios médicos argentinos.

Caso particular es el del Profesor Emilio Mira y López (Cuba, 1896; Río de Janeiro, 1964), quien en su "segunda navegación", como dijera Platón, recorre en su camino de exiliado casi todos los países de América Latina para compartir con sus colegas y ofrecer sus experiencias, tanto en el ámbito educativo como en el profesional. Nacido en la isla de Cuba, en las postrimerías del siglo y aún territorio español, a los años marchó a España donde hizo sus estudios de medicina en la Universidad de Madrid doctorándose en 1922. Primer responsable de la única Cátedra de Psiquiatría española en Barcelona, en el momento en que estalló el conflicto bélico en su patria, Mira se encontraba al frente de los servicios psiquiátricos del ejército republicano. Cuando huyó de la hecatombe de la guerra civil, recorrió diversos países: de Francia, donde dejó instalada a su familia, pasó a Inglaterra y Estados Unidos, en cuyas renombradas universidades y hospitales dictó cursos y expuso sus experiencias, y, sobre todo, lo que había aprendido en los frentes de guerra en torno a la psicología de los combatientes, sus traumas físicos y emocionales. Pero es América Latina la que recogió sus frutos más memorables. Finalmente, ancló en la vasta tierra brasileña que lo acogió con su familia a partir de 1945 para organizar y ser el primer director del Instituto de Selección y Orientación Profesional (ISOP) de la Fundación Getulio Vargas, con sede en Río de Janeiro, lo que le ofreció la oportunidad de realizar allí una obra análoga a la llevada a cabo unos años antes en Barcelona, desarrollando la psicotecnia de manera rigurosa y haciendo, a un tiempo, tareas de investigación y formación.

Además de esta actividad, Mira, hombre de una formación académica exquisita, produjo una abundante obra escrita, desde traducciones de obras de gran envergadura, como el "Tratado de Psiquiatría" de Bumke, en 1926, hasta tratados, libros diversos, ensayos, ponencias, entre otros. Su "Tratado de Psiquiatría", en tres tomos, publicado en 1935, muestra por primera vez una psiquiatría ecléctica que toma en cuenta tanto los aspectos biológicos y experimentales como las influencias del medio social, la cultura, la etnicidad o la iniquidad económica.

También Venezuela acogió a psiquiatras españoles que habrían de ejercer una gran influencia en el mundo de profesionales de ese país. Los primeros psiquiatras llegados a Venezuela con la idea de fijar ahí su residencia fueron José Ortega Durán, en 1939, Alberto Mateo Alonso, en 1940, y José Solanes, en 1949.

José Ortega Durán, (Ronda, Málaga, 1905; Caracas, 1965), Doctorado en Medicina y Filosofía en la Universidad de Madrid en 1929 y, luego, formado en Psiquiatría en Barcelona bajo la dirección del eximio catedrático Emilio Mira y López, llegó a Venezuela en agosto de 1939 donde se desempeñó como asesor técnico de la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. En 1943 formó parte de la recién creada Comisión Asesora Psiquiátrica del mismo ministerio con la intención de iniciar la programación de la asistencia psiquiátrica del país. Durante esta gestión surgió la futura División de Higiene Mental, se construyó el Centro de Hospitalización de Anare y la primera y más grande Colonia Psiquiátrica del país, en Barbula, inaugurada en 1952 y que, desde 1966, lleva su nombre.

Alberto Mateo Alonso (Barcelona, 1912;

Caracas, 1969), llegó en 1940 para trabajar en la recién fundada División de Higiene Mental, donde desarrolló una intensa actividad en áreas como la de Salud Mental y psiquiatría infantil.

Como hemos dicho, otros profesionales de esta diáspora comenzaron este periplo intercontinental por el asilo en países vecinos de España, teniendo que vivir un segundo exilio, en muchos casos definitivo, cuando se desencadena la segunda guerra mundial.

Tal es el caso de José Solanes Vilapreñó (Pla de Santa María, Tarragona, 1909; Valencia, Venezuela, 1991) que algunos años más tarde presentó sus vivencias en una tesis doctoral en la Universidad de Toulouse-Le Mirail titulada *“Les noms de l’ exil et l’ espace de l’ émigration. Etude anthropologique”* (1980). Graduado de médico en la Universidad de Barcelona en 1932, ingresó por concurso en el Instituto “Pedro Mata” en la ciudad de Reus, del que era director Emilio Mira y López, quien también durante su exilio latinoamericano tuvo brillante actividad docente en la Universidad Central de Venezuela. En efecto, Solanes, republicano y militante, había llegado al sur de Francia en 1939, ayudado seguramente por la red solidaria de catalanes residentes. Trabajó durante una década en diversos establecimientos hospitalarios franceses tales como Rodez, Blois y París. En Rodez, lo hizo en el servicio de Gaston Ferdière, figura polémica de la psiquiatría francesa, donde durante el mismo período se encontraba recluido Antonin Artaud (1896-1949). Allí Solanes entabla una relación particular con ese otro “exiliado interior” que era Artaud, quien —con ocasión de una disertación de Solanes acerca del exilio— le dirige una hermosa carta comu-

nicándole cuán bien le había impresionado. Llegó en 1949 a Venezuela contratado por el Ministerio de Sanidad como director encargado de la Colonia Psiquiátrica de Anare, para pasar luego —al inaugurarse en 1952 la Colonia Psiquiátrica de Barbula, y en compañía de otros exiliados españoles (Ortega Durán, Damián Morillas) — a formar parte de los primeros jefes de servicio del recién inaugurado y moderno centro asistencial hasta su jubilación en 1977. Entre 1951 y 1963 desempeñó la Cátedra de Psicología e Higiene Mental de la Escuela Nacional de Enfermeras y, en 1959 —a raíz de la reapertura de la Universidad de Carabobo— organizó en la Facultad de Medicina los estudios de Psicología Médica, que luego se complementarán en un eje curricular completo con la inclusión de otras asignaturas, como Psicopatología y Clínica Psiquiátrica.

Transmitió Solanes a sus discípulos esa actitud antropológica frente a la enfermedad, la valoración de los aspectos fenomenológicos del hombre enfermo y sus inquietudes intelectuales y filosóficas diversas que hicieron de él una figura de referencia en el mundo intelectual venezolano. Volvió a visitar su Barcelona natal después de la muerte de Franco, para morir en el país que le había brindado la “... patria al hombre despatriado, una morada para el hombre sin techo”.

Sin ninguna pretensión de exhaustividad, ni tampoco de precisión, a esta larga lista de exiliados españoles habría que añadir cuando menos a: Miguel Prado Suchs, Florencio Villa Landa, Rafael Troyano de los Ríos, Wenceslao López Albó, Jaime Seurat, José Luis Sánchez Trincado; a los psicólogos Guillermo Pérez Enciso y Mercedes Rodrigo; y a los filósofos y pensadores Roura

Parella (que además era médico), Eugenio Imaz, J. D. García Bacca y Eduardo Nicol.

Otros eminentes psiquiatras provenientes de otros países europeos también vinieron a América Latina como resultado de los conflictos armados en el viejo continente y, otras veces, por razones de orden personal. Tal es el caso de Erich Fromm (1900-1980), quien llegó a México para trabajar, en principio, durante su año sabático en la redacción de un libro, pero que terminó instalándose desde 1949 hasta 1973 trayendo consigo la semilla del psicoanálisis.

Al terminar la segunda guerra mundial surgió en Europa la idea de organizar un congreso internacional de psiquiatría para reanudar los lazos entre las principales escuelas psiquiátricas entonces existentes, o sea las europeas y las americanas. Debido a que la mayoría de los países europeos se levantaban de las ruinas de la posguerra, no se pudo realizar este proyecto hasta 1950. La primera versión fue presidida por Jean Delay (1907-1987) y su secretario general fue Henri Ey (1900-1977). Tuvo tal éxito que durante su desarrollo se acordó cambiar su nombre por el de "Congreso Mundial" y fundar una asociación para seguir organizando en los años venideros reuniones de la misma relevancia (la Asociación Mundial de Psiquiatría).

Participaron en este primer congreso de París psiquiatras de muchas sociedades científicas latinoamericanas, que aprovecharon la oportunidad para presentar a sus colegas europeos el desarrollo logrado durante esos años en que se había perdido el contacto. Al mismo tiempo, fue la ocasión para que los psiquiatras latinoamericanos gestaran la idea de crear una asociación que los agrupara: la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), que se hizo

oficial en 1962 integrando a las sociedades psiquiátricas nacionales de 21 países latinoamericanos y a alrededor de 25.000 psiquiatras.

En 1955, Henri Ey, quien reanudó la tradición de las giras de conferencistas por Latinoamérica, pidió a los psiquiatras más relevantes del momento que presentaran el estado de la especialidad en sus respectivos países para ser publicado en "*La Psychiatrie dans le monde*", anexo al "Tratado de Psiquiatría Clínica" de la Enciclopedia Médico-Quirúrgica (1955) dirigida por el mismo Ey. M. Yahn y M. de Medeiros presentaron la de Brasil y Honorio Delgado la de Perú; éste hace referencia al artículo escrito con Trelles en 1939, que ya hemos mencionado, sobre la psiquiatría en América Latina, pero esta vez no da una visión conjunta, sino limitada a su país.

El II Congreso Mundial de Psiquiatría, cuyo tema central era "Las psicosis esquizofrénicas", se celebró en Zurich en 1957 bajo la autoridad de Manfred Bleuler (1903-1993). Dionisio Nieto, que muy tempranamente había emprendido el tratamiento de estas psicosis con la clorpromazina —tal como Delay y Deniker lo habían introducido entre 1952 y 1953—, presentó los resultados de sus estudios histopatológicos utilizando el método de Del Río Hortega sobre la gliosis límbico-periacueductal en los esquizofrénicos crónicos. Esta ponencia marcó la entrada en el ámbito mundial de una investigación procedente de Latinoamérica de nivel internacional y fue recibida como tal en Europa.

El hecho de que el IV Congreso Mundial se celebrase en 1966, en Madrid, hizo que muchos psiquiatras hispanoparlantes interviniesen en él. Es de hacer notar que, además de las intervenciones individuales

que se repartieron significativamente en algunas de las grandes sesiones temáticas (por ejemplo "Psiquiatría transcultural" o "Antropología y Filosofía"), algunos autores presentaron ponencias que trataron del tema para toda Latinoamérica. Por ejemplo, "Psiquiatría de la comunidad en América Latina" (D. Nieto, Calderón Narváez y Cabildo Arellano de México), "Tendencias y Perspectivas de la Formación Psiquiátrica de Posgraduados en Latinoamérica" (Carlos A. León de Colombia), "Problemas de la Salud Mental en las Américas" (Danilo García de México). Se percibe así, desde Europa, que hay centros de interés comunes a los psiquiatras de toda América Latina.

Hubo que esperar hasta 1971 para ver celebrarse un Congreso Mundial de Psiquiatría en un país de América Latina. El V Congreso se realizó en México, bajo la presidencia del profesor Ramón de la Fuente. En aquel momento la psiquiatría mundial estaba sacudida por los debates de una índole algo diferente: por una parte, se comenzaba a denunciar la utilización política de la psiquiatría para reprimir a los disidentes en la Unión Soviética y, por otra, surgía con toda su fuerza el movimiento que se conoció como "antipsiquiátrico". No era posible percibir en el curso de este congreso posiciones comunes a toda América Latina respecto a estos dos álgidos problemas.

Debe observarse que la situación política en algunos de estos países (Argentina y Uruguay) provocó que fueran esta vez los psiquiatras latinoamericanos quienes se exiliaran en Europa; además de España y Francia, el éxodo se produjo hacia Suecia, sobre todo los que tenían una orientación psicoanalítica y que, por lo tanto, mostraron una imagen con predominancia freu-

diana de la psiquiatría latinoamericana. Esta emigración de América a Europa tiene, como la anterior inversa, el efecto de reforzar los lazos entre los dos continentes.

Otros médicos, sin embargo, reanudaron la tradición de acudir a Europa a completar su formación sin que se deba a la necesidad de huir de su país por una persecución política. En Francia, el profesor Yves Pélicier (1926-1996) logró incluso fundar una asociación para facilitar becas de estudios a psiquiatras latinoamericanos: *Association pour le Développement de la Recherche Psychiatrique en Amérique Latine* (ADREPAL), bajo la égida de la Universidad René Descartes – París V y con el patrocinio de una conocida casa farmacéutica. Esto le valió pronunciar el discurso inaugural del IX Congreso Mundial, en 1993, en Río de Janeiro.

Durante su estancia estos estudiosos integraron sociedades científicas europeas y, a su regreso, publicaron traducciones y tesis, y colaboraron en tratados que reflejan orientaciones cercanas a las conocidas en Europa. Podemos mencionar "*La Psiquiatría en América Latina*" de Mariátegui (1989), el capítulo sobre México por Héctor Pérez Rincón en la "*Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*" de Postel y Quérel (1994), la tesis de Sergio Villaseñor Bayardo "*Vers une Ethnographie Mexicaine*" (1997) o la prestada por uno de los firmantes del texto "*Antipsychiatrie: approche historique et critique*" (1999) merecedora del primer premio: "*Confrontations Psychiatriques*".

La realización de congresos de la Asociación Mundial en países de Europa logró que se modificara en algo la percepción de la psiquiatría latinoamericana. Parecía haberse alejado a la vez, desde los puntos de vista lingüístico y conceptual, de sus oríge-

nes latinos, de haberlos olvidado y de haber aceptado la total predominancia de la psiquiatría norteamericana de lengua inglesa. Pero estos congresos y otras reuniones conjuntas entre sociedades científicas europeas y latinoamericanas han demostrado que sigue fiel a sus raíces: la psiquiatría humanista europea.

Las firmas y los temas en el libro en homenaje a Yves Pélicier "*La lecture du Monde*"<sup>2</sup> lo demuestran: vemos a Héctor Pérez Rincón tratar de historia cultural de la psiquiatría, a Otto Dörr Zeghers de fenomenología, a O. Bacchini, del ser huma-

no drogado, a J. Mariátegui de psiquiatría transcultural, a J. A. Costa e Silva de salud mental, a P. Alterwein de antropología médica, a A. Musacchio de Zan de psicoterapia y a R. Fahrner de psicología médica y psiquiatría de enlace.

Con estos ejemplos hemos querido destacar que las relaciones de la psiquiatría europea y latinoamericana tienen su raíz en este intercambio permanente, en un sentido o en otro, de trasvase de hombres y de conocimientos y, por esta razón, la marca indeleble de años de historia común permanece inmutable.

---

#### Referencias bibliográficas

- Álvarez, Ricardo (2005). *La psiquiatra en Venezuela*. Eds. de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría. Caracas, pp 133-134
- Bartra, R. (1998) *El siglo de oro de la melancolía*. Universidad Iberoamericana, México.
- Delgado, H. & Trelles, J.O. (1939) *La psychiatrie dans l'Amérique du Sud*, Ann. Med. Psych., XVe série, 97eme année, T. I. Avril, pp. 567-615.
- Delgado H (1955). Tendances actuelles de la psychiatrie au Pérou. La psychiatrie dans le monde. *Traité de psychiatrie clinique et thérapeutique*. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris.
- Fernández Guardiola, A. (1997) *Las neurociencias en el exilio español*. FCE, México.
- Janet, P. (1988) *De l'angoisse a l'extase* [1926-1928]. Masson, Paris.
- Janet, P. (1926) *Psicología de los sentimientos*. Librería Franco-Americana, México.
- Lhermitte, J. & Trelles, J.O. (1933) Sur l'agnosie pure constructive. *L'Encéphale*, 28, pp. 413-444.
- Pérez Rincón, H. (1995) *Breve historia de la psiquiatría en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- Pinel, Ph. (1804) *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía*. Imprenta Real, Madrid.
- Souza Leite (1989) *Études de pathologie nerveuse*. G. Stenheil, París.
- Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (1980) Classification of mental disorders and D.S.M. In: H.I. Kaplan, A.M. Freedman & B.J. Sadock. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams and Williams, Baltimore.
- Weiner, D.B. (2000) Betrayal! The 1806 English Translation of Pinel's "Traité médico-Philosophique sur l'aliénation Mentale", *Gesneros*, 57, pp. 42-50.

---

2. La lecture du monde (1998) *Mélanges en hommage à Yves Pélicier*. P.U.F., París.

# PERCEPCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA DESDE JAPÓN

Yu Abe

*Facultad de Psicología, Universidad de Meiji Gakuin, Tokio, Japón*

## Introducción

Hoy en día, podemos acceder de forma instantánea a todo tipo de información sobre cualquier lugar del mundo gracias a internet. Sin embargo, los psiquiatras japoneses apenas conocen este campo. Por otra parte, ha aumentado el número de inmigrantes latinoamericanos durante los últimos 15 años en Japón, razón por la cual, poco a poco, va cobrando fuerza el interés por la psiquiatría latinoamericana.

En este contexto, a través de Perú y Brasil, países con los que tenemos una relación más estrecha, queremos mostrar el estado actual de su psiquiatría. Vamos a presentar cuatro aspectos sobre los que se ha centrado nuestro estudio para entenderla mejor. Estos son: la medicina tradicional difundida en ellos, la psiquiatría comunitaria desplegada en cada región, la actividad del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” —que fue establecido gratuitamente por el gobierno japonés— y la situación de los enfermos mentales inmigrantes, procedentes de países latinoamericanos, que viven en Japón.

## La medicina tradicional

A los psiquiatras japoneses nos interesa especialmente la medicina tradicional andina. También Japón se ha beneficiado de

la medicina tradicional durante años. Aún hay varias denominaciones para designar al curandero en diferentes regiones de Japón. Aunque muchos de ellos ejercen una gran actividad en el noreste y suroeste (en los dos extremos del país) en ninguna de las dos regiones la medicina moderna está atrasada. Tradicionalmente, estos curanderos cumplían con dos deberes: primero, ejercer los rituales en las aldeas, que tenían relación con la adoración a Dios —por ejemplo, presidir ritos, consolar a las almas de los antepasados o rezar por una buena cosecha; segundo, cumplir con la predicción o curación de los clientes. A causa de la penetración de la cultura moderna, el primer papel público ya no resulta tan importante como antes y, generalmente, queda solamente el segundo a nivel privado. Lamentablemente, sin embargo, esta medicina tradicional no tiene relación con la psiquiatría euroamericana moderna.

Por otra parte, algunos investigadores que han sentido las limitaciones a la psiquiatría euroamericana han iniciado un método: la nueva psiquiatría transcultural, y han propuesto un nuevo paradigma —“De categorías a contextos”— cuyos máximos representantes son Kleinman [1988] y Littlewood [1990]. La mayoría de ellos están creando esta teoría aprovechándose de los

conocimientos de la medicina tradicional de Latinoamérica o de África.

En cambio, en varias regiones de los países latinoamericanos existen muchos más curanderos y muestran una mayor actividad (Mariátegui, 1989a). Por ejemplo, existen síndromes psiquiátricos propios de cada país, como el susto, el daño, el mal de ojo, entre otros (Mariátegui, 1989b) para los cuales resulta eficaz el tratamiento tradicional. La nueva psiquiatría transcultural se originó en Europa y América del Norte, hecho por el cual todavía no se ha desplegado por la región latinoamericana. En el futuro será posible mostrar otro nuevo paradigma significativo: cómo esta nueva psiquiatría integra la medicina tradicional y la medicina moderna en Latinoamérica.

### **La psiquiatría comunitaria**

Se está intentando mejorar los sistemas de salud mental en los países latinoamericanos a través de los programas políticos. Se están activando la deshospitalización y la desinstitucionalización, y también se realizan servicios de salud mental comunitaria (Shirakawa et al., 1998). Parece que estos programas están teniendo buenos resultados. Por el contrario, la situación de la asistencia psiquiátrica en Japón es pésima. Pensamos que Japón es uno de los países más atrasados en las áreas de deshospitalización y desinstitucionalización. Un gran número de enfermos mentales, 330.000 de una población de 125 millones, se encuentra internado en manicomios tradicionales, cifra superior al número de enfermos mentales internados en los países latinoamericanos (Díes et al., 1998). La mitad de los servicios están cerrados y los enfermos están aislados de la sociedad. Además, el tiempo de ingreso es mucho

más largo en Japón que en dichos países. Al mismo tiempo, los programas de rehabilitación social están retrasados y no hay muchas instituciones donde llevarlos a cabo —como hospitales de día, de noche, talleres protegidos, etc.

Hay más o menos 10.000 psiquiatras en Japón, y esta proporción es más alta que la de Perú (500/23.000.000) y la de Colombia (600/32.000.000) (APAL, 2000). No quiere decir, sin embargo, que los enfermos mentales reciban un buen trato según este número de psiquiatras. Históricamente, los enfermos mentales han estado aislados de la sociedad y la gente no los acepta, aunque vivan en pequeñas comunidades con sistemas de ayuda. Además, como el 80 % de los hospitales son privados no pueden ser reformados por la política gubernamental. En cambio, muchos países, incluidos los latinoamericanos, reformaron el sistema de la asistencia psiquiátrica de los años 70 a los 80 (González Duro, 1986). Este hecho confirma que la política gubernamental es esencial para la reforma de la asistencia psiquiátrica.

La razón de que exista la psiquiatría comunitaria abierta en Latinoamérica es que los latinoamericanos, en especial los indígenas, tienen grandes conglomerados humanos, fuertes vínculos, convicciones compartidas y trabajan en colaboración (Mariátegui, 1989a). Estas características se han tenido en cuenta en el sistema de asistencia psiquiátrica adecuada a las circunstancias de cada zona.

Según una investigación de la Organización Mundial de la Salud acerca del pronóstico de los enfermos esquizofrénicos (WHO, 1973), hay diferencias entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo respecto del porcentaje de rehabilitación

social. En los primeros, la enfermedad se inicia lentamente y no se obtienen buenos resultados en la rehabilitación social en general; en los segundos, la enfermedad comienza rápidamente y hay una inclinación a que sea más fácil la rehabilitación. Estos resultados indican que los enfermos mentales se adaptan fácilmente a las sociedades comunitarias más que a las sociedades bajo control. Considerando estos temas podremos señalar que es posible construir un sistema bastante eficaz de asistencia psiquiátrica en la sociedad latinoamericana en la que tiene lugar el sistema de psiquiatría comunitaria.

### **El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”**

En realidad, los psiquiatras japoneses contactaron por primera vez con la psiquiatría latinoamericana a través de la actividad en este instituto, que fue construido gratuitamente por el gobierno japonés en el año 1983. Los 18 especialistas delegados de la asistencia psiquiátrica desde Japón lo administraron con los especialistas peruanos desde la segunda mitad de los años 70 hasta la segunda mitad de los 80. Las principales actividades fueron: difusión de la salud mental en los centros de salud pública de cada barrio de la parte norte de Lima (una zona pobre), la investigación epidemiológica y la publicación de una revista (*Anales de salud mental*).

Con esta experiencia queremos explicar la situación de la psiquiatría latinoamericana desde nuestro punto de vista. Los inmigrantes de las montañas viven en un barrio que se llama “Pueblo Joven” donde existen muchos problemas psiquiátricos: violencia, delitos, drogadependencia, alcoholismo, crisis de adolescencia, etc. (Alar-

cón, 1993). Suponemos que detrás de ellos se esconden la miseria, la destrucción de la familia y las consecuencias de la cultura machista en la vida cotidiana. Entre los niños se observan circunstancias especialmente graves, como el abandono, la falta de escolarización y la delincuencia (IENI-UNICEF, 1996).

Aunque anteriormente ya habíamos indicado el problema de la hospitalización en la psiquiatría japonesa, en el caso de Lima las circunstancias sociales y familiares originan las enfermedades mentales y, para ellos, lo más importante no es tanto el tratamiento, sino cómo mejorar estas circunstancias. En Japón también ha aumentado el número de delitos de adolescentes y niños maltratados. Se dice que algunas causas son la debilitación del vínculo familiar y la indiferencia de los vecinos. Parece que la pobreza origina la mayoría de los problemas psiquiátricos de los adolescentes y los niños en Lima, ya que los padres no tienen tiempo para criar y educar a sus hijos debido a su trabajo. Creemos que la violencia, la drogadicción y el alcoholismo tienen relación con la cultura machista, en la que el hombre es fuerte, viril y bebe mucho. De todos modos las familias y las sociedades locales, que son las que deben sostener a los enfermos mentales, presentan problemas en Perú y Japón, por eso los psiquiatras japoneses y peruanos tienen que buscar soluciones mutuamente, para construir un sistema de asistencia psiquiátrica en cada sociedad.

### **Los inmigrantes latinoamericanos en Japón**

El número de inmigrantes latinoamericanos ha aumentado rápidamente desde 1990, alcanzando las 280.000 personas en el año 2000. Desde abril de 1999 a marzo



de 2001 se atendió a 71 enfermos mentales latinoamericanos. El 64 % de ellos era de Brasil, el 20 % de Perú, el 6 % de Argentina, el 4 % de Colombia, el 3 % de Honduras y el 1 % de Chile. De los 71 enfermos 53 tuvieron alguna causa especial —como el choque cultural, conflictos matrimoniales, familiares y laborales— cuando empezaron a sufrir enfermedades mentales. Un tercio de estos 53 sufrieron conflictos culturales. En el caso de los conflictos familiares, los problemas principales tuvieron relación con la diferente manera de vivir y con las distintas costumbres entre padres e hijos. Especialmente, hubo problemas de comunicación, ya que los padres hablaban su lengua materna y sus hijos, japonés. En el caso de los conflictos laborales, los problemas se relacionaron con los malentendidos entre ellos y sus superiores.

El diagnóstico de 21 de los 71 enfermos señalaba que ya habían sufrido enfermedades mentales en sus países de origen. Según los criterios del DMS-III, 29 enfermos fueron diagnosticados de trastornos del estado de ánimo, 12 de esquizofrenia, 15 de trastornos de ansiedad, 3 de trastornos relacionados con sustancias, 5 de trastornos adaptativos y 7 dentro de otras categorías. Tres cuartos de los enfermos de trastornos del estado de ánimo eran mujeres. Suponemos que se debe a que ellas tienen que trabajar y cuidar a sus hijos en unas circunstancias y costumbres diferentes y, además, no tienen muchos lugares ni ocasiones para liberarse con sus familias del estrés de la vida cotidiana.

Sobre los trastornos del estado de ánimo, se dice que la personalidad premórbida de esta enfermedad se relaciona con su inicio en Japón (Abe, 1992). Desde hace bastante tiempo ha venido cobrando importancia en

Japón el “tipo melancólico”, del que habla el conocido psiquiatra alemán Tellenbach, como personalidad premórbida de la depresión unipolar endógena, considerando la situación en la que empezó la enfermedad, los síntomas, la terapia, el pronóstico, etc. En Japón, en 1941, Shimoda presentó “Shuchaku-Seikaku”, un tipo de personalidad premórbida de la depresión denominado “esclerotimia”, semejante al tipo melancólico. En realidad, en Japón hay muchos depresivos que tienen personalidad de “tipo melancólico” o “esclerotimia”.

Lo fundamental del tipo melancólico radica en el afán de orden. La forma de vida se caracteriza por la escrupulosidad, minuciosidad, perfeccionismo, alta conciencia del deber, pulcritud y disposición a rendir para los demás. Se dice que el tipo melancólico es una personalidad débil.

La esencia de la esclerotimia consiste en la retentividad de lo psíquico, es decir, una tendencia a permanecer fijos en los mismos sentimientos. Sus rasgos predominantes son escrupulosidad, perfeccionismo, fuerte sentido de la justicia, aplicación en el trabajo, entregarse a fondo a una actividad y afán de orden. La esclerotimia está compuesta por dos polos de la personalidad (uno débil y el otro energético) y tiene una relación estrecha con la depresión uni y bipolar.

Pero, salvo en Japón y Alemania, estos conceptos no son aceptados en muchos países, por ejemplo, en los latinoamericanos. Hasta este momento hemos realizado múltiples entrevistas a enfermos de Latinoamérica para comprobar si presentan la personalidad de “tipo melancólico” o no. A pesar de que hemos encontrado un gran número de casos, no hemos podido verificar claramente si solo existe en estos enfermos, porque estos resultados

se refieren a los enfermos latinoamericanos de origen japonés. En el futuro nuestra investigación tratará de esclarecer si los enfermos depresivos latinoamericanos, en general, presentan la personalidad de "tipo melancólico" o no.

Por último, dentro de los trastornos adaptativos, nos encontramos con los enfermos de estrés postraumático. Parece que muchos de ellos siguen manifestando el trauma originado por la violencia familiar de la que fueron objeto en sus países de origen. Por eso es indispensable que nosotros, los psiquiatras, tengamos en cuenta los factores familiares, sociales y culturales latinoamericanos al administrar el tratamiento en Japón.

## Conclusión

Como acabamos de expresar, nuestro estudio no se centra solo en la psiquiatría absolutamente científica, sino que debemos

tener en cuenta el complemento entre la medicina tradicional y la medicina moderna. Intentamos estudiar una nueva psiquiatría paradigmática integrando estas dos medicinas. En segundo lugar, tenemos que dirigir nuestros esfuerzos a la ayuda familiar y a la construcción de un mejor sistema de asistencia psiquiátrica en el campo de la nueva psiquiatría comunitaria, con el objeto de enfrentar los diversos problemas psiquiátricos de la sociedad contemporánea. En tercer lugar, para tratar los problemas psiquiátricos de los inmigrantes latinoamericanos que viven entre Japón y Latinoamérica, nos hace falta comprender no solo los aspectos psiquiátricos diferentes, sino también los comunes entre ambas culturas.

Por último, proponemos que los psiquiatras colaboremos, como hemos dicho anteriormente, intercambiando conocimientos tanto en el campo de tratamiento práctico como en el interdisciplinario.

---

## Referencias bibliográficas

- Abe, Y. (1992) Comparación de la personalidad previa de los depresivos y de la prevención de sus recaídas entre Japón y España. *Psicología al día*, 1, p. 8.
  - Alarcón, R.D. (1993) Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina. *Acta Psiquiátricol Am Lat*, 39, pp.19-31.
  - APAL (2000) *Congreso latinoamericano de psiquiatría* (Libro de Resúmenes), Lima.
  - Díes, M., Gómez-Jarabo, G., Sáenz, I. y Cerquella, C. (1998) Estudio comparativo: modelos de atención en salud mental en la comunidad de Madrid (España) y la provincia de Río Negro (Argentina). *Psicopatología*, 18, pp.149-158.
  - González Duro, E. (1986) *Treinta años de psiquiatría en España:1956-1986*. Ediciones Libertarias, Madrid.
  - IENI-UNICEF (1996) *Estado de la niñez, adolescencia y la mujer en el Perú*. UNICEF, Lima.
  - Kleinman, A. (1988) *Rethinking Psychiatry: From cultural category to personal experience*. The Free Press, New York.
  - Littlewood, R. (1990) From categories to contexts. *Brit J Psychiatry*, 156, pp. 308-327.
  - Mariátegui, J. (1989a) *Estado actual de la psiquiatría latinoamericana* (Traducido por T. Sato: Konniti no ratenamerica seisinigaku. Gendai seisinigakutaikei 89-A:3-21,1989,[in Japanese]).
  - Mariátegui, J. (1989b) *La psiquiatría en América Latina*. Editorial Losada, Buenos Aires.
  - Shirakawa, I., Chaves, A.C., Mari, J.J. (1998) *O Desafio da Esquizofrenia*. Lemos Editorial & Gráficos Ltda., Sao Paulo.
  - W.H.O (1973) *The International Pilot Study of Schizophrenia*. Vo. 1.
-



# EPÍLOGO

## IMÁGENES DE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA Y EL FUTURO DE LA PSIQUIATRÍA

---

Fernando Lolas Stepke<sup>1</sup> y Juan E. Mezzich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Universidad de Chile, Santiago, Chile,*

<sup>2</sup>*Mount Sinai School of Medicine, New York University, New York, USA*

Como todos los libros colectivos, éste tuvo un proceso largo, complejo y difícil de preparación. El resultado puede ser visto como una transitoria consolidación de lo que los autores consideran relevante sobre una psiquiatría de ámbito geográfico acotado, como el de Latinoamérica, y sobre algunos temas que en esta región del mundo han sido de interés e impacto. Existen, por cierto, muchas alternativas para presentar estas visiones y estas perspectivas y los compiladores no sostienen que la forma final de este volumen satisfará a todo el mundo. Esperan que ilustre a los practicantes del oficio de psiquiatra, a los académicos, a los estudiantes y a los especialistas de otras disciplinas sobre temas que encuentran expresión en todo el mundo, pero que en el ámbito geográfico latinoamericano tienen caracteres singulares.

Si se quisiera resumir en pocas palabras el estado actual del continente en materia de salud mental podría decirse que es una de las regiones más inequitativas del planeta. Equidad significa justicia distributiva en el acceso a los recursos sanitarios y en el resultado del empleo prudente de tales recursos. No equivale necesariamente a igualdad irrestricta, pero sí señala la conveniencia de que las aplicaciones de la ciencia y la tecnología deben basarse en principios morales, como la solidaridad, el respeto a la dignidad de las personas, la no maleficencia y la justicia. Cada ciudadano y cada ciudadana, aún más, cada hombre, mujer y niño o niña de nuestros países tiene derecho a gozar de los bienes de la civilización, cada profesional tiene el deber de ponerlos a su disposición y cada líder político debiera considerar entre sus fines facilitar el ambiente y las condiciones para que eso ocurra.

No es posible aislar la psiquiatría de la práctica de las profesiones sanitarias en general ni de los contextos macroeconómicos y políticos en que se desenvuelve su trabajo. Hacerlo sería volver a creer que las aplicaciones de las ciencias son neutrales y que las condiciones de su ejercicio son siempre iguales. Tal error llevó en el pasado a manifiestos abusos en nombre del progreso científico y perpetúa insoslayables injusticias. Podría hasta invocarse para justificar el doble criterio con que se llevan a menudo las relaciones Norte-Sur o las tensiones entre el mundo “desarrollado” y el mundo “arrollado” por el

progreso técnico (“en vías de desarrollo” suele ser el eufemismo más frecuente para calificar el estado de sujeción, dependencia e indefensión que ha caracterizado la relación entre uno y otro mundo).

Los autores de este libro fueron invitados a escribir, cada uno desde su perspectiva y experiencia personales, contribuciones que testimoniaran el estado del arte y las perspectivas en el contexto geográfico de los países latinoamericanos. Hay muchas iniciativas semejantes, de larga enumeración, que se han propuesto metas diferentes. La de este libro es brindar un panorama, útil para los lectores de dentro y de fuera del continente, sobre una disciplina y una profesión que ha cambiado y que sin duda cambiará aún más en el futuro. De allí que este volumen deba considerarse un hito en el proceso histórico de construcción de una especialidad médica que ha adoptado distintas formas, que ha sido objeto de manipulaciones políticas, que ha compartido los avatares de la academia y de la industria y que emerge de estas páginas fortalecida con la convicción de su insustituible aporte a la calidad de vida de los habitantes de esta región del mundo.

Debe agradecerse a todos los autores por la dedicación que pusieron en cumplir la tarea encomendada, a quienes intercambiaron con los compiladores y editores ideas y sugerencias y a quienes colaboraron en forma especial en la concreción de este libro. En la preparación de la edición española trabajaron Álvaro Quezada, Marta Glukman y Haydee Vivanco, todos colaboradores de la Universidad de Chile. Muchas personas leyeron partes del manuscrito y propusieron modificaciones. A todos ellos, los agradecimientos y el reconocimiento por la labor cumplida.

En lo institucional, este libro se inscribe dentro del esfuerzo de las múltiples instituciones listadas en la Introducción por brindar un panorama global de la especialidad que sea comparable de región a región y que brinde las bases para planificar racional y sistemáticamente, futuros desarrollos en lo conceptual, lo técnico, lo organizacional y lo jurídico.

Este volumen intenta ofrecer una visión panorámica de la psiquiatría en lo que José Martí llamó nuestra Patria Grande. La preparación de la monografía ha sido enmarcada por las actividades investigativas y educacionales en la región de múltiples instituciones de la psiquiatría y la salud mental. Entre estas contamos a la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH), la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), y el Instituto de Psiquiatras de Lengua Española (IPLE). Los prestigiosos colegas invitados a escribir capítulos en esta obra cooperativa no solamente se han distinguido en sus respectivos campos de trabajo profesional sino que la mayoría de ellos han desarrollado significativas funciones académicas societarias.

Fueron estos autores invitados a ofrecernos, cada uno desde su perspectiva y experiencia personales, contribuciones que testimoniaran el estado del arte, la ciencia y las perspectivas en el contexto geográfico de los países latinoamericanos. Hay muchas iniciativas semejantes que se han propuesto metas diferentes. La de este libro es brindar un panorama sobre una disciplina y una profesión que ha cambiado y que sin duda cambiará aún más en el futuro. De allí que este volumen deba considerarse un hito en el proceso histórico de construcción de una especialidad médica que ha adoptado distintas formas, que ha compartido los avatares de la academia y de la industria y que emerge de estas páginas fortalecida con la convicción de su insustituible aporte a la calidad de vida de las personas habitantes de esta región del mundo.

