

PERSPECTIVAS LATINOAMERICANAS SOBRE LA GLOBALIZACIÓN Y LA SALUD MENTAL

*Renato D. Alarcón
Marina J. Piazza*

Introducción

Posiblemente no hay ningún período en la historia que no haya sido considerado tormentoso, incierto, difícil y peligroso por quienes los vivieron, por los cronistas que informaron sobre sus avatares o incluso por los estudiosos que decenios o siglos después se consagraron a la tarea de analizarlos. Los elementos de angustia, duda, ambivalencia o incluso la idea autoconvinciente de que jamás la situación fue más trágica son características comunes de esta perspectiva. Obviamente, la década inaugural del siglo XXI no es ninguna excepción, y en el llamado tercer mundo, esta convicción es aún más notoria. América Latina, como parte de este inmenso segmento geoeconómico, tiene su cuota de pobreza rampante, violencia doméstica, delictiva o política, opresión y terror, que van de la mano con las inequidades sociales y culturales, la desnutrición y las infecciones, el sida y la escasez de servicios de salud accesibles y competentes. Por consiguiente, urge abordar estas realidades teniendo presente el contexto y el significado de un fenómeno que sería peligroso pasar por alto: la globalización. El presente artículo tiene como objetivo examinar la situación actual de la salud mental en América Latina, la naturaleza política, social, cultural y ética de tal situación, así como las opciones para mejorarla tanto cuantitativa como cualitativamente (Frenk y Gómez-Dantés, 2002).

La globalización: conceptos e implicaciones

La primera ironía que se presenta en este análisis es que economistas, comunicadores sociales, científicos y el público en general definen y comprenden el término de diferentes maneras (Watkins, 2003). Economistas y políticos, en particular los del llamado mundo desarrollado, consideran que la globalización es el

despliegue de inmensas oportunidades de crecimiento económico y las consecuentes posibilidades de mayores ingresos para individuos, familias, naciones, continentes o regiones en todo el mundo (Sachs y Warner, 1995; Beim y Calomiris, 2001; y Stiglitz, 2002). Para los comunicadores sociales o incluso los profesionales de las ciencias sociales, la globalización refleja principalmente el acceso y la difusión de la información en una manera precisa, inmediata y objetiva. Desde este punto de vista, una de las metáforas favoritas es la idea de la “aldea global” (Atasoy, 2003; Martin, 2001; y Castells, 2000).

Otros consideran que la globalización casi se podría describir como el mayor y más complejo contrabando de ideas que haya experimentado la humanidad en toda su historia. Según su razonamiento, hay mayores ingresos, cierto, pero para los países industrializados de mayores recursos o, aún peor, para sus empresas, consorcios y conglomerados. Más empleo, cierto, pero con menores sueldos y sin mayores prestaciones a mediano y largo plazo. Mayor acceso a la comunicación, cierto, pero solo para la difusión de subculturas y estilos de vida que son vehículos alienantes de la mediocridad y una homogeneización indeseable. Más información, cierto, pero información que se manipula y disfraz, que solo tiene como objetivo acrecentar un consumo vacuo, “mayores ingresos” dedicados a la adquisición frívola de mercancía frívola (Saul, 2004). Los beneficios en los campos de salud y educación, importantes en todo plan de desarrollo económico y social, son resultados eminentemente circunstanciales de un proceso que es totalmente predecible según los partidarios de globalización. Sin embargo, según sus críticos, el mundo bien puede ser un pueblo o incluso una ciudad, pero como cualquier otro, todavía tiene *barrios*, *guetos* o *favelas* que crecen agresivamente al lado de zonas residenciales, exclusivas, asépticas y superelegantes.

Los factores que determinan la globalización son múltiples. En la historia de las civilizaciones, siempre ha habido grupos y colectividades cuyo objetivo era conquistar más tierras y subyugar a más personas. La migración, primero de Oriente a Occidente y ahora del Sur al Norte y en todo el planeta, es quizás el signo más notorio de la globalización (Martin, 2001; Simmons, 2002; y Center for Immigration Studies, 2005). La economía contemporánea crece con el apoyo de prácticas como la contratación externa, la “mano de obra barata”, los trabajadores migratorios y las computadoras transcontinentales. La ciencia y la

tecnología son las principales armas mecánicas de la globalización. Las comunicaciones representan un mayor nivel potencial de información y educación que no siempre se materializa. Por último, la cultura es un factor que determina la globalización mediante procesos como la hibridación —es decir, el mestizaje— o las interacciones entre grupos y poblaciones que dan lugar a notables —y desconcertantes— cambios de identidades (Ward y Styles, 2003; Hochberg, 2004; Liang y Krieger, 2004; y Arnett, 2002). Esto, desde luego, debe abordarse de una manera humanitaria y ética (Marmora, 1998). Las estadísticas que apoyan la adopción de una perspectiva crítica frente a la globalización son impresionantes. El comentarista social Mike Davis escribió en 2004:

En algún momento del próximo año, una mujer dará a luz en el barrio pobre Ajegunle de Lagos, un joven se marchará de su pueblo en Java del Oeste en busca de las brillantes luces de Yakarta, o un campesino trasladará a su empobrecida familia a uno de los innumerables *pueblos jóvenes* de Lima. El hecho exacto carece de importancia y pasará totalmente inadvertido. No obstante, constituirá un momento decisivo en la historia de la humanidad. Por primera vez, la población urbana del planeta sobrepasará a la población rural.

En 1950, había 86 ciudades en el mundo con más de un millón de habitantes; en la actualidad, hay 386; en el año 2015, habrá al menos 550, y más de 100 estarán en América Latina (Gilbert, 2004). La población urbana actual (cerca de 3.000 millones de personas) es considerablemente mayor que la población mundial total en 1960. La población de las zonas rurales a escala mundial alcanzará su nivel más elevado (3.300 millones de personas) en el año 2020; solo entonces comenzará a descender. En consecuencia, la población mundial del futuro (que, según se prevé, alcanzará su punto máximo —9.000 millones— en el año 2050, con más de 780 millones a 800 millones de personas en América Latina; de esta cifra, 221 millones vivirán en Brasil, 150 millones en México y 53 millones en la Argentina) estará apiñada principalmente en las ciudades, según los pronósticos de Davis. Peor aún, de ese total, 95% vivirá en las zonas urbanas de los países en desarrollo, que para ese entonces tendrán el doble de la población actual: cerca de 4.000 millones de personas en la próxima generación. En el año 2001, 924 millones de personas vivían en los barrios pobres de las ciudades, y cuando menos la mitad de esa población tenía menos de 25 años de edad. El resultado más impresionante de este proceso será la multiplicación de las megaciudades, es decir, centros

urbanos con más de 8 millones de habitantes: habrá al menos 18 en nuestro continente. Aún más extraordinario será el creciente número de “hiperciudades” con más de 20 millones de habitantes. En América Latina, la ciudad de México, São Paulo y Buenos Aires serán hiperciudades (Hyman et al., 2004).

Defensores de la globalización como Stiglitz (2002) creen que al eliminar las barreras al libre comercio y permitir una integración más cercana de las economías nacionales, la globalización:

“puede ser una fuerza beneficiosa y tiene el potencial para enriquecer a todos en el mundo, en particular a los pobres” (p-IX).

Feachem (2001) se hace eco de estas ideas optimistas, al afirmar que:

“la apertura ante el comercio, las ideas, la inversión, las personas y la cultura trae beneficios hoy en día tal como ha ocurrido durante siglos, pero también trae riesgos y consecuencias adversas, tal como ha ocurrido durante siglos”.

Okasha (2005) señala que:

“la aldea global supuestamente creada mediante la globalización no es tan global después de todo”.

De 100 personas que viven en la Tierra, 57 son asiáticos, 21 son europeos, 8 son africanos, 6 son americanos. Cuarenta y ocho son hombres y 52 son mujeres; 30 son blancos y 70 no son blancos; 30 son cristianos y 70 no son cristianos. Por otro lado, 6 personas poseen 59% de la riqueza de la comunidad, y todos son norteamericanos. Ochenta de esas 100 viven en la pobreza, 70 no saben leer, 50 mueren de hambre, uno tiene educación superior y uno tiene computadora. Es obvio que el poder y los recursos no parecen seguir el patrón de mayorías/minorías presente en la población mundial; esto significa que la globalización no ha logrado representar democráticamente el mundo que alega globalizar.

Los líderes sociales, intelectuales y científicos de América Latina coinciden con los partidarios y los adversarios de la globalización en un punto: el proceso es inevitable e incontenible. Los adelantos tecnológicos y los recursos dedicados a la comunicación de masas en muchos países están catalizando este fenómeno. Las preguntas clave son cómo será la globalización, qué forma adoptará y cuánto tiempo requerirá. La globalización está en las mentes y los documentos de los grupos de trabajo de las

organizaciones internacionales, los gobiernos nacionales y las juntas directivas de empresas y entidades financieras (Brundtland, 2005; Waitzkin et al., 2005). Aunque es inapropiado hablar de “distribución igual de la riqueza” cuando 80% de la población mundial está desnutrida y no tiene acceso a servicios de salud, cuando un porcentaje similar vive en condiciones infrahumanas sujeta a las amenazas de enfermedades y desastres, o cuando más de la mitad de la fuerza laboral del mundo tiene ingresos inferiores al nivel de pobreza de los países desarrollados, está claro que la globalización ocurrirá (Cattell, 2001). De hecho, ya está ocurriendo (Brown et al., 2006).

La globalización y la salud mental

En los campos de la psiquiatría y la salud mental, la globalización no ha producido una imagen coherente e integrada de la función y la disfunción del ser humano, sus puntos fuertes y sus puntos flacos, a pesar de los prodigiosos adelantos observados en muchas áreas. Una razón, según Berger y Luckmann (1967), es la apropiación de términos (por ejemplo, el “yo”) por parte de la psicología y otras disciplinas afines para constituir un lenguaje positivista que se ha tornado cada vez más complicado hasta casi adoptar la forma de un dialecto único, a veces imposible de traducir. El idioma científico occidentalizado ha aislado sus disciplinas de tal manera que la comunicación entre distintas culturas de un mundo globalizado puede ser difícil a pesar de la accesibilidad de los avances tecnológicos. La perpetuación de tratamientos seudocientíficos sin mucho apoyo empírico puede contribuir indirectamente al auge de la charlatanería y de ciertas formas de curanderismo que, a pesar de la ausencia de pruebas científicas, quizás se sientan y actúen de forma más cercana a la agobiante realidad del ser humano común y corriente. Una opción es el uso de un lenguaje común, un lenguaje que ayude a salir del abismo creado por una globalización unidireccional al rescatar descripciones de percepciones, comportamientos, actitudes y sistemas que serán verdaderamente holísticos, sinceros y constructivos. Incluso el dilema interno de “la mente en oposición al cuerpo” puede desaparecer si se contempla como una realidad híbrida, consecuencia de nuestra fisicalidad así como de nuestra inmaterialidad (Rizzolatti y Fadiga, 1998).

La globalización y la psiquiatría/salud mental deben fortalecer un enfoque interdisciplinario mediante el uso de diálogos multiculturales, de una cultura comprendida no solo desde el punto

de vista de una base étnica, socioeconómica o geográfica, sino también de las acciones cotidianas de los sistemas, las entidades y las organizaciones que están a la cabeza de la teoría y la práctica en cuanto a salud mental pública. Miller (2006) resume “las víctimas de las enfermedades mentales a escala mundial” en función de una creciente carga de negligencia, erosión familiar y minusvalías en el desarrollo, con consecuencias aun más fuertes sobre la relación de los grupos humanos con sistemas de salud amorfos en los países en desarrollo.

Con este telón de fondo, el panorama mundial de la salud mental es uno de los problemas más graves del mundo contemporáneo (quizás también es uno de los más desatendidos, aunque, para ser justos, hay que reconocer que esto está cambiando). La repercusión de todos estos factores en la salud, y particularmente en la salud mental, se percibe no solo por una creciente prevalencia e incidencia, un cambio en las prácticas terapéuticas y diagnósticas, la prestación de servicios y las políticas de salud pública e investigación (Dech et al; 2003). También se manifiesta en áreas como la estigmatización, el prejuicio, la discriminación y una notoria fractura en las relaciones humanas decorosas. El área de los derechos humanos tiene un vínculo directo con la globalización y su repercusión en la salud mental (Jakubec, 2004).

La prevalencia de trastornos mentales está aumentando tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Los cálculos de la Organización Mundial de la Salud colocan al menos seis enfermedades mentales o dolencias afines entre los 10 trastornos que tienen mayor repercusión en la fuerza laboral, la productividad económica y la calidad de vida en toda la población (Murray y López, 1996). Es innegable que existe una conexión evidente entre pobreza y trastornos mentales; las deficiencias en cuanto a educación, ingresos y condiciones sanitarias, el bajo nivel de educación e información sanitaria y los obstáculos generados por algunas creencias y prácticas culturales (no todas) hacen que la globalización represente una amenaza aun más alarmante y muy grave para las generaciones de hoy y del futuro (Dejarlais et al., 1995; Lacroix y Shragge, 2004).

La salud mental en América Latina

La población actual de los países de América Latina y el Caribe está cercana a los 500 millones de personas. El ingreso promedio per cápita se ubica en US\$ 12.000 al año. Ex campesinos

y sus familias, empobrecidos y separados de sus redes sociales, en muchos casos se dan cuenta de que el nuevo contexto urbano no brinda la oportunidad de recrear sus tradiciones y normas culturales de una manera que les permita adaptarse. Al vivir en los “cinturones de miseria” que rodean las grandes ciudades, se convierten tanto en el origen como en el objetivo de la violencia, viven en un entorno de pérdidas emocionales y materiales siguiendo un patrón que se perpetúa día tras día, por lo que comienzan a albergar resentimiento, ira y más violencia (Alarcón, 2002). En todo el continente hay cerca de medio millón de médicos, entre los cuales no hay más de 15.000 psiquiatras, lo que supone apenas 3,4 psiquiatras por 100.000 habitantes.

La salud mental, como rama de la salud pública, tiene una historia relativamente joven en América Latina. Es justo decir que recientemente se le ha prestado mayor atención a la salud mental en los países en desarrollo en general y en los países latinoamericanos en particular. Varios problemas, incluida la gran prevalencia de las enfermedades mentales en la población general así como en los entornos de atención primaria, tienen una relevancia cada vez mayor. Otros problemas, como la aparición de nuevas necesidades en cuanto a la salud mental y su relación con procesos sociales y culturales como la violencia, los desastres, la migración interna y externa así como las guerras y el desplazamiento forzado, generan crecientes niveles de discapacidad relacionada con los trastornos mentales.

La prevalencia de los problemas de salud mental se ha calculado en 18 a 25% en la comunidad en general, 27 a 48% en los entornos clínicos y 12 a 29% en niños y adolescentes. La población afectada por estos problemas se cifró en 20 millones de personas en 1990, y se acercará a los 35 millones de personas en el año 2010. Entre los trastornos más frecuentes y peligrosos, la depresión, la ansiedad y los problemas somatoformes representan aproximadamente 20% de la prevalencia total. La epilepsia, que afecta a 5 millones de personas (de las cuales solo 1,5 millones reciben el tratamiento adecuado), y la esquizofrenia, presente en 3,3 millones a 5,5 millones de personas, forman parte del drama diario que se vive en las calles, los barrios pobres y los hogares de América Latina. Se ha descrito el fenómeno de “exclusión social”: el abandono del enfermo mental por parte de familias que sencillamente no pueden atender a la situación clínica cada vez más deteriorada de los pacientes cuando las necesidades primarias del grupo permanecen desatendidas (Alarcón, 2002; Pan American

Health Organization, 1990; y World Health Organization, 2001).

Los costos económicos expresados como años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se ubican en 7,1%-11,5% en América Latina. Son cargas adicionales la repercusión de las enfermedades mentales sobre las familias y las personas que cuidan a los enfermos, la aparición de problemas físicos, el estigma y las violaciones de derechos humanos. Sesenta por ciento de los casos de psicosis se vuelven crónicos, lo que incrementa las presiones sobre los deficientes e insuficientes establecimientos de salud mental, tanto los que reciben a pacientes internados, como los que atienden a pacientes ambulatorios y los que brindan atención comunitaria. En un estudio realizado en Brasil, cerca de 10% de los pacientes psicóticos no habían recibido tratamiento y 30% permanecieron en hospitales para pacientes crónicos o asilos (Leitao, 2001).

En los países latinoamericanos, la salud mental recibe menos del 1% de los presupuestos sanitarios nacionales, salvo escasas excepciones. No obstante, hay algunas cifras alentadoras en torno a las políticas, los programas y las leyes que guardan relación con la salud mental: después de 1990, 65% de estos países tienen políticas específicas sobre salud mental, 81% tienen planes y programas de salud mental en funcionamiento y 58% tienen leyes específicas sobre salud mental. En cuanto a la fuerza laboral, por cada 100.000 habitantes hay 3,4 psiquiatras, 1,7 enfermeras psiquiátricas, 2,8 psicólogos y 1,9 trabajadores sociales. Por cada 10.000 habitantes hay 3,3 camas psiquiátricas y, de esta cifra, 47,6% se encuentran en hospitales psiquiátricos, 16,8% en hospitales generales y 35,6% en centros comunitarios. Más de 70% de los países latinoamericanos tienen menos de 20% de las camas psiquiátricas en los hospitales generales. Solamente tres países tienen más de 50% de las camas en los hospitales generales y los entornos residenciales, y apenas 30% tiene servicios comunitarios. Como se mencionó anteriormente, los servicios de rehabilitación psicosocial son limitados (World Health Organization, 2001a).

En total, 87% de los países latinoamericanos tienen políticas relacionadas con el uso de medicamentos psicotrópicos, pero el suministro a hospitales psiquiátricos y consultorios de atención primaria es insuficiente en más de un tercio de los países. El costo de los medicamentos básicos es bajo, pero incluso a esos niveles puede que no sean asequibles para segmentos considerables de la población. Recurrir a farmacéuticos, sanadores aficionados, curanderos y chamanes aumenta los riesgos. Los recursos laborales

existentes en la actualidad están concentrados principalmente en las zonas metropolitanas. Como en otras partes del mundo, los médicos de atención primaria y personal sin formación en psiquiatría o medicina quizás sean el primer contacto para pacientes y familias necesitadas. Entre los campos en los cuales los recursos son extraordinariamente escasos se encuentran la psiquiatría infantil, la psiquiatría geriátrica, las adicciones y la psiquiatría forense (Pan American Health Organization 2001, 2001a, 2001b; Alarcón y Aguilar-Gaxiola, 2000).

Hay relativamente pocos programas de capacitación, y muchos de ellos no están bien regulados en cuanto a personal, estructura, duración, contenido curricular, evaluación de la calidad y resultados de calidad. No se puede negar que la vocación por la psiquiatría y otras profesiones relacionadas con la salud mental ha fluctuado a lo largo de los años, lo que abona el terreno para una escasez crónica de profesionales. Muchos jóvenes profesionales salen de sus países rumbo a Estados Unidos, Canadá o Europa en busca de una mejor capacitación; en esta “fuga de cerebros”, al menos la mitad de esos “trabajadores de salud migratorios” nunca regresan a sus países de origen.

Conocer qué repercusión tienen los factores sociales que determinan la salud mental crea oportunidades para diseñar, ejecutar y evaluar tratamientos preventivos y terapéuticos (Alarcón y Aguilar-Gaxiola, 2000). Esto incluye aprovechar los roles ampliados de los miembros de la familia y las comunidades como recursos al momento de brindar atención. En los círculos profesionales y académicos son bien conocidos los principios relacionados con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, los modelos ecológicos orientados a la población que recalcan los factores determinantes sociales, los programas basados en la epidemiología y la aplicación de los principios de justicia social, equidad, poder de decisión y participación (Huynen et al., 2005). La ejecución de estos programas se enfrenta con grandes desafíos: una falta generalizada de recursos económicos, materiales y humanos; estructuras burocráticas y normativas mediocres; falta de voluntad y compromiso políticos y —por último, pero no menos importante— cierto grado de información errónea y la consiguiente indiferencia por parte de la comunidad en general. Sin embargo, esta realidad está cambiando, gracias al creciente número de organizaciones no gubernamentales, grupos laicos, grupos familiares y entidades, así como la creciente presencia de defensores de derechos sociales e incluso de personajes públicos o “celebridades”

que están haciendo en América Latina lo que sus homólogos en el hemisferio norte han estado haciendo durante años: contribuir a desestigmatizar las enfermedades mentales y sus consecuencias.

En los 35 últimos años, diversas experiencias en los campos de la atención, prevención y promoción de la salud mental han alimentado esta esperanza. Las experiencias vividas en Honduras, Brasil, Colombia, Venezuela, Argentina, México, Cuba, Chile, Bolivia y Perú (Alarcón, 2002; Murray y Frenk, 2000) han traído como consecuencia un mayor trabajo psiquiátrico en los servicios comunitarios de los sectores marginales, la atención primaria ambulatoria y la promoción de la salud en la comunidad; la capacitación en materia de salud mental del personal sanitario que brinda atención médica primaria; la colaboración entre la comunidad, las universidades y el Estado para brindar una mayor cobertura y educación; un mayor apoyo del público; el establecimiento de redes sociales; la sistematización y difusión de materiales didácticos para el desarrollo de acciones preventivas; programas para víctimas de la violencia doméstica y el consumo de drogas; y el perfeccionamiento de destrezas interpersonales.

La inversión anual per cápita en ciencia y tecnología se ubica aproximadamente en US\$ 60 en Brasil y US\$ 20 en México, cifras sumamente bajas si se comparan con los US\$ 900 de los Estados Unidos. Los progresos en el campo de la investigación han sido limitados, pero también en este caso hay signos alentadores. Solo 2,2% de más de ocho mil artículos publicados en 15 revistas científicas internacionales de psicofarmacología provienen de América Latina. Brasil, Argentina, México y Chile constantemente están adelante en cuanto a financiamiento, publicaciones y referencias. Hay centros o institutos de salud mental principalmente dedicados a la investigación en México, Colombia, Brasil, Chile, Costa Rica, Argentina, Perú y Jamaica.

El campo de la ética y los derechos humanos ha alcanzado gran prominencia en América Latina. La ética —entendida desde el punto de vista de la protección de la dignidad humana, un derecho humano esencial— se está fortaleciendo, gracias a la acción de las oficinas especializadas que diversas organizaciones internacionales han establecido en diferentes países, las cuales tienen repercusiones en las áreas monetaria, educativa, de vigilancia y de defensa y promoción en toda la región. Hay un creciente interés en consolidar los logros alcanzados, pero aún queda mucho por hacer (Lolas, 2005).

La globalización y la salud mental en América Latina

Según Kirmayer y Minas (2000), la psiquiatría sentirá a escala mundial las repercusiones del proceso globalizador por medio de su influencia en la manifestación de las identidades individuales y colectivas anteriormente examinadas, los efectos de las desigualdades económicas generadas por la globalización en la práctica de los servicios de salud mental, el acceso a los mismos y su prestación, así como por la “forma y difusión del conocimiento psiquiátrico mismo” (Kirmayer, 2006). Mastrogianni y Bhugra (2003) reflexionan sobre temas como las clases sociales, el desempleo, la pobreza y las deficiencias de vivienda que, al afectar la salud mental, también deberían o podrían ser metas de una globalización progresiva. La eliminación de estos obstáculos, quizás junto con una medicalización racional de algunos síntomas psiquiátricos, puede tener un efecto favorable.

La globalización también puede tener repercusiones en el diagnóstico y generar cambios en la forma en que se reconocen los síntomas, se busca ayuda, se suministra tratamiento y se evalúan los planes de acción clínicos. Es probable que las interacciones entre los individuos y su entorno social y económico se tornen más complejas y quizás menos claras. Asuntos relacionados con la migración y los cambios ulteriores en cuanto a la población, el empleo y la productividad, así como la mezcla cultural generada por la globalización, plantearán grandes retos a los investigadores. Las reglas éticas cambiarán cuando la congregación de diferentes culturas en las zonas metropolitanas no permita posponer más las alternativas en cuanto a definiciones, territorialidad, coexistencia o guerrilla urbana. La configuración de la vida en común y el uso compartido de los recursos por parte de las diversas culturas tendrá una repercusión considerable en la salud mental de estas nuevas colectividades.

Para obtener una perspectiva latinoamericana sobre la globalización, la psiquiatría y la salud mental, es necesario tocar varios temas. En las siguientes secciones se abordan algunos de ellos.

Teoría y práctica de la salud pública y la salud mental

Considerando las exigencias que se están planteando en los contextos económico, político y social de los países latinoamericanos, es necesario definir una agenda política común en torno a tres temas: cambios en la conceptualización de elementos teleológicos y operativos; evaluación del movimiento

colectivo en pro de la salud en un conocimiento realmente transdisciplinario y la universalización de la práctica; y articulación de la transformación social de la salud mediante la adopción de nuevos paradigmas científicos capaces de abordar el objetivo de salud-enfermedad-atención con nuevas aproximaciones a la historicidad y la complejidad (Paim y Almeida-Filho, 1998).

Informática

Las telecomunicaciones trascenderán los límites institucionales, empresariales y culturales. En el contexto de los servicios de salud mental, esto significa que la información sobre la prestación de servicios, así como las preguntas y las solicitudes de servicios, pueden canalizarse a cualquier lugar, sin necesidad de que haya controles institucionales o de otra naturaleza. Las iniciativas adoptadas por organizaciones, como la telemedicina y la telepsiquiatría, generalmente tienen como objetivo reforzar los sistemas locales, pero su diseño e intención pueden llevar a trascender rápidamente fronteras que han sido heredadas pero resultan electrónicamente inútiles. Las consecuencias de una globalización no controlada de las actividades de atención médica abarcarán desde un empoderamiento beneficioso y la mejora de la calidad hasta efectos perjudiciales como cargas excesivas sobre los hombros de los expertos, lo cual podría socavar los sistemas de atención médica estables (Rigbi et al., 2000), y el deterioro de la privacidad. Es probable que se observe un significativo efecto de reingeniería social en una cultura hasta ahora basada en el papel, por lo que las instituciones del futuro deben responder creando marcos y políticas precisas que guíen la informática a escala global. América Latina, al ser un elemento importante de este nuevo marco mundial, deberá procurar que los asuntos relacionados con el idioma, las expresiones culturales de sufrimiento, los patrones de búsqueda de ayuda y otras valoraciones basadas en el servicio se exploren de manera satisfactoria (Kleinman, 1985; y Errington, 2004).

Multidimensionalidad y multidisciplinariedad

Este es un elemento esencial de cualquier iniciativa globalizada. Frente a la paradoja de que la globalización puede acentuar la especialización, la realidad de 80% de la comunidad mundial indica que en el futuro aún habrá lugar para un conocimiento multidimensional y amplio, una aproximación generalista a la salud y la salud mental. Entre los riesgos de adoptar

este enfoque se encuentran el aislamiento y la alienación, barreras artificiales pero poderosas que se erigen para evitar una comunicación auténtica, verdadera y franca. El asunto no solo atañe los lenguajes nuevos o diferentes, sino también las diferencias en las prácticas; en pocas palabras, la generación de nuevas culturas. Si no se logra la porosidad necesaria para mejorar la comunicación, los resultados negativos serán inmensos. La multidisciplinariedad —basada en enfoques de respeto mutuo a partir de diferentes campos de la teoría y la práctica, así como en la creación de entornos en los cuales pueda haber diálogo y las decisiones resultantes de ese diálogo se lleven a la práctica en forma satisfactoria— debe ser un ingrediente esencial de la salud mental globalizada del futuro (Hinton, 1998).

Ampliación de los servicios

Durante décadas se ha dicho que la atención primaria podría ser un “aliado natural” de la salud mental en la prestación de servicios. Los pacientes acuden primero a la atención primaria (sea mediante un profesional de la salud o bien una institución), mucho antes de ser remitido a un médico o una institución especializada en salud mental. En América Latina, al igual que en otras partes del mundo, los resultados de este proceso son contradictorios. Si bien es cierto que la atención primaria brinda la oportunidad de que los diferentes miembros de un equipo multidisciplinario de salud mental ofrezcan tratamientos terapéuticos o incluso adopten programas sociales más inmediatos, también es cierto que saturar el sistema puede dar lugar a servicios más breves, rutinarios o mediocres. Además, es posible que los profesionales de la atención médica que brindan atención primaria (no solo los médicos) no necesariamente les den a los asuntos relacionados con la salud mental la preferencia o relevancia que merecen en medio de la acelerada dinámica de su trabajo, donde prevalece lo urgente. En este contexto, también, la globalización de la salud mental debe prestar atención a la estructuración de equipos en los cuales la información fluya con facilidad y haya participación activa de diferentes disciplinas para brindar apoyo y asesorar al profesional de la salud que ofrece servicios de atención primaria. Estas medidas pueden ser más eficaces si se interviene con rapidez, particularmente si se actúa con fines preventivos. La atención primaria seguirá siendo un aliado de la salud mental en la prestación de servicios en la era de la globalización, pero debe ser un proceso continuo de autobúsqueda y autoevaluación.

Las cinco “A” de la salud mental mundial

Las cinco “A” de la salud mental —que desde hace varias décadas forman parte de la jerga cotidiana usada en los campos de la salud y la salud mental comunitarias— tienen una resistencia conceptual y pragmática poco común, por lo que permiten mantener la coherencia en cualquier enfoque que se adopte en estas áreas en cualquier lugar del planeta (Borus et al., 1979). La primera a, de *availability* (disponibilidad), se refiere sencillamente a la existencia de los servicios independientemente de su estructura, al hecho de que no solo son asuntos teóricos o disposiciones legales, sino que además tienen una presencia activa en el campo. La segunda a, de *accessibility* (accesibilidad), representa un paso más: los servicios no solo están presentes, sino que además son accesibles, tanto en función de la distancia física o geográfica sino del contacto humano genuino. La tercera a, de *affordability* (asequibilidad), es crucial considerando las implicaciones sociales y, en particular, económicas de prestar servicios en comunidades pequeñas y grandes en todo el mundo. El hecho de que la población deba tener la posibilidad de pagar por los servicios o recibir asistencia para el pago de los servicios es crucial para brindar una atención realmente humanista. La cuarta a, de *applicability* (aplicabilidad), se refiere a la correlación real entre lo que es el problema y lo que ofrece la intervención. Es cuestión de equiparar las necesidades con los servicios, no para ofrecer procedimientos costosos u opulentos a poblaciones que no pueden beneficiarse de ellos, ni para usar el equipo equivocado en cuadros clínicos específicos. La quinta y última a, de *accountability* (rendición de cuentas), guarda relación con la imprescindible necesidad de contar con un sistema de frenos y contrapesos, la evaluación objetiva de la eficiencia y eficacia, la medición de los beneficios frente a los riesgos y las ganancias reales para el “capital humano” (Cattell, 2001).

La contribución de América Latina a una psiquiatría globalizada

En el área conceptual, las principales contribuciones de la psiquiatría latinoamericana a una disciplina globalizada —una genuina aceptación de los adelantos alcanzados en otras latitudes, un mestizaje saludable (que no es sencillamente una nueva forma de eclecticismo), los antecedentes sociales de sus principales

inquietudes y una actitud crítica pero constructiva frente a otras formas de pensar y hacer— tendrán una repercusión positiva. De manera análoga, un verdadero humanismo, que va más allá de la retórica para convertirse en una práctica real de principios nuevos basados en un conocimiento sólido, evidente por sí mismo, por la práctica diaria, por consenso y por la consideración de la dignidad humana como un componente esencial del encuentro entre profesional y paciente, es un elemento único en la estructura de la psiquiatría latinoamericana (Alarcón, 2004; 2006). Las sugerencias planteadas por Rosen (2006) acerca de qué pueden aprender los países desarrollados de los países en desarrollo, a nivel macro (inclusión, aceptación, reintegración, formación de redes y aprendizaje mediante la experiencia) y a nivel micro (evaluaciones holísticas, optimismo terapéutico, y participación familiar y comunitaria), son muy pertinentes.

La psiquiatría latinoamericana se ha distinguido por sus contribuciones en el área de la psiquiatría cultural, no solo desde el punto de vista de los síndromes vinculados a factores culturales, sino también al comprender cómo las disciplinas técnicas, con base científica, pueden interactuar con el saber popular, siglos de conocimientos acumulados en la medicina tradicional, el uso de hierbas, así como el uso de percepciones carismáticas y su repercusión en los conflictos emocionales (Seguin, 1974; Alarcón, 2003, 2005). Incluso en las áreas más “científicas” (desde la perspectiva occidental) de la psicopatología y la epidemiología, la psiquiatría latinoamericana debe rescatar —e intentará hacerlo— los valores derivados de un buen enfoque descriptivo, objetivo, humano, amplio e integral frente al sufrimiento de otros seres humanos.

El hecho de que la identidad de la psiquiatría latinoamericana aún sea una obra inacabada (Alarcón, 2001) no minimiza sus extraordinarios logros. Los psiquiatras latinoamericanos han hecho contribuciones muy valiosas en los campos de la epidemiología, la fenomenología, la psiquiatría social (incluidas la psiquiatría comunitaria y la psiquiatría folklórica), la investigación clínica y la epidemiología psiquiátrica. En las últimas décadas, grupos de trabajo y de investigación de varios países han fomentado la teoría y la práctica en áreas como la psicoterapia y la psicofarmacología clínica. En fecha más reciente, las aportaciones a la genética clínica y los renovados informes en el campo de la epidemiología han recalcado el trabajo en equipo, la colaboración internacional y la ampliación del radio de acción que sin duda contribuirán a

establecer un nexo más concreto y favorable con la psiquiatría en el resto del mundo (Alarcón, 2003).

Del mismo modo, tratar de definir la identidad de la psiquiatría latinoamericana no significa separarse, aislarse o buscar una unicidad frágil, bloqueando un diálogo necesario con el resto del mundo psiquiátrico. La psiquiatría latinoamericana no desea ni debe ser un desconocido en la mítica “aldea global” del futuro, que en realidad ya está aquí. Por el contrario, desea y debe tener credenciales que permitan su acceso a una psiquiatría mundial que garantice el respeto y la aceptación. La psiquiatría latinoamericana comparte plenamente el eje central de la teoría y la práctica que se conocen en todo el planeta, acepta contribuciones del exterior en nombre de un universalismo saludable y de un mestizaje constructivo que permitan compartir logros y experiencias con el resto del mundo. Saber quiénes somos es un antídoto contra la alienación, pero también contra la imitación; es una señal de independencia y un bastión contra la subordinación; representa confianza en nuestros propios medios y es, por otro lado, el mejor agente preventivo contra la xenofobia (Alarcón, 2004 y Hoshmand, 2003).

Conclusiones

América Latina y la psiquiatría y la salud mental latinoamericanas pueden y deben formar parte de una globalización que implique un verdadero compromiso con la justicia social, el manejo ético de las políticas y servicios y el acceso igualitario a los servicios y la comunicación. América Latina tiene la ventaja de su cercanía geográfica con la única superpotencia del mundo, así como la realidad de innegables diferencias económicas, sociales y políticas. La base cultural de estas distinciones es obvia y debe tomarse en consideración activamente al tratar los asuntos relacionados con la globalización.

Durante décadas, las contribuciones de la psiquiatría latinoamericana se han basado en la evaluación exacta de su historia, su identidad y su desarrollo epistemológico y pragmático. Su participación en la nueva conceptualización globalizada de la salud mental debe ser consecuencia de una adecuada evaluación de los problemas, las necesidades, las respuestas y las opciones que toman en cuenta el hecho de que ya no estamos solos. En este contexto, un uso racional de la tecnología, la adecuada distribución de los recursos, la mancomunación de esfuerzos con ámbitos como la atención primaria, la difusión de conocimientos de una forma

adecuada y equilibrada, la adquisición de nuevos conocimientos, así como una utilización realista de sus avances, pueden crear posibilidades de éxito (Yach, 1997).

En el interminable debate entre ciencia y humanismo, la meta debe ser la convergencia, encontrar formas de alcanzarla mediante nuevas visiones del humanismo, la fenomenología, la psicopatología, el diagnóstico y el tratamiento para lograr que se cubran a cabalidad todas las dimensiones del encuentro humano único entre paciente y profesional. La psicopatología clásica ahora puede enriquecerse mediante las contribuciones neurocientíficas, biológicas, antropológicas y sociales. Compete a la psiquiatría y los psiquiatras del futuro proporcionar un pluralismo genuino, sólido y explicativo en relación con las enfermedades mentales y cómo abordarlas, siguiendo en gran parte las ideas propugnadas por Kendler (2005).

En las batallas que libra la psiquiatría globalizada, la dimensión subjetiva —que jamás debe ser olvidada— ocupa un lugar de extraordinaria importancia (Savin y Martínez, 2006; y Krause, 2006). Sin duda, tal dimensión guarda relación con el enfoque humanístico antes mencionado, pero también con la necesidad de reconocer la “propiedad” de experiencias que son únicas y personales. La base neurobiológica, electrofisiológica, bioquímica, farmacológica y fisiológica de fenómenos como la toma de decisiones, la consciencia, “el inconsciente”, la adquisición y práctica de lo que llamamos valores, o incluso emociones primitivas como la pecaminosidad, la violencia o la impulsividad, tienen una preciosa dimensión subjetiva cuyas implicaciones e imbricaciones deben ser exploradas.

Por último, pero no por ello menos importante, la dimensión ética, a estas alturas del siglo XXI, procurará combinar el humanismo tradicional con la ética ambiental de reciente aparición basada en formas de pensar comunitarias. Según Sakamoto (2005), esto no siempre significa que la nueva bioética mundial es necesariamente universalista, toda vez que nosotros insistimos en el reconocimiento de una amplia variedad de sistemas de valores en el mundo, tanto en el Norte como en el Sur, tanto en Oriente como en Occidente. Sin embargo, tampoco es particularista, porque para poner en práctica una ética mundial posmoderna tenemos que aceptar y armonizar todo tipo de valores antagónicos en este mundo. El cultivo de una nueva tecnología social, reajustando el trastorno social de niveles de ideología no solo internacionales sino también interétnicos e interculturales más allá del humanismo

tradicional, fortalecerá la importancia de los derechos humanos y la “dignidad humana” ahora y en el futuro (Bloch y Pargiter, 2002). América Latina es además el campo más apropiado para el desarrollo de esta ética nueva, genuinamente globalizada y humana.

REFERENCIAS

- Alarcón RD. 1990. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México DF: Siglo XXI (Eds.), (670 pp).
- Alarcón, RD. 2002. “Salud Mental en América Latina: Circa 2002”. En *Salud Panamericana en el Siglo XXI. Fortalecimiento de la cooperación internacional y desarrollo de capital humano*. Sepúlveda, J. (Ed.). México DF: Instituto Nacional de Salud Pública: 114-126.
- Alarcón, RD. 2003. “Figuras y Escuelas en la Psiquiatría Latinoamericana”. En Alarcón, RD. *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la Psiquiatría Latinoamericana*. Caracas: APAL:49-68.
- Alarcón, RD. 2003. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: Una revisión crítica*. En Alarcón R.D., *Los mosaicos de la esperanza: Reflexiones en torno a la psiquiatría latinoamericana*. Caracas: APAL: 147-157.
- Alarcón, RD. 2003. *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la psiquiatría latinoamericana*. Serie de Editores, APAL. Caracas.
- Alarcón, RD. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: Bolo f San Panam*, 81:109-121.
- Arnett, JJ. 2002. “The psychology of globalization”. *Am Psychol*, 57(10):774-783.
- Atasoy, Y. 2003. *Explaining Globalization*. En Atasoy, Y. & Carroll (eds.). *Global Shaping and its Alternative* (pp. 3-12). Bloomfield, Kumarian Press.
- Beim, D. y Calomiris, C. 2001. *Emerging Financial Markets*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Berger, P., y Luckmann, T. 1967. *The Social Construction of Reality: A Treatise on the Sociology of Knowledge*. Londres, Penguin Books.
- Bibeau, G. 1997. “Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda”. *Transc Psychiatry* 34(1):9-41.
- Bloch, S. y Pargiter, R. 2002. *A history of Psychiatric Ethics. Psychiatry Clin North Am*, 25(3):509-524. Center for Immigration Studies. Analysis of Census Bureau’s March 2005. Current Population Surveyed.
- Borus, JF., Burns, BJ., Jacobson, AM., Macht, LB., Morril, RG. y Eilwon, EM. 1979. *Coordinated Mental Health Care in Neighborhood Health Centers*. Institute of Medicine Series on Mental Health Services in General Health Care, Vol. 2. Washington DC, National Academy of Sciences.
- Brown, TM., Cueto M. y Fee, C. 2006. “The World Health Organization and its Transition from International to Global Public Health”. *American Journal of Public Health* 96(1):62-72.
- Brundtland, GH. 2005. *Public Health Challenges in a Globalizing World. European J Public Health* 15 (1): 3-5.
- Castells, M. 2000. *The Rise of the Network Society (2^{da} Ed). The information Age: Economy, Society and Culture*. Oxford, Blackwell Publishers, Vol. 1.
- Cattel, V. 2001. “Poor People, Poor Places, and Poor Health: The Mediating Role of

- Social Networks and Social Capital". *Soc Science Med* 52: 1501-1516.
- Davis, M. 2004 (June). "Planet of Slums". *Harper's Magazine*, 308:17-20.
- Dech, H., Ndetei, DM. y Mascleidt, W. 2003. "Social Change, Globalization and Transcultural Psychiatry—Some Considerations from a Study on Women and Depression". *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105(1):17-27.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. 1995. *World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press (382 pp).
- Errington, J. 2004. "Getting Language Rights, Shifting Linguistic Traditions". *Coll Antropol*, 28, Suppl. 1:43-48.
- Frenk, J. y Gómez-Dantes, O. 2002. "Globalization and the Challenges to Health Systems". *Health Affairs*, 21(3):160-165.
- Gilbert, A. 2004. *The Latin American Mega-City: an Introduction*. Nueva York, Oxford University Press.
- Hinton, AL. 1999. *Biocultural Approaches to Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hochberg, ME. 2004. "A theory of Modern Cultural Shifts and Meltdowns". *Proc Biol Sci*, 271, Suppl. 5:S313-S316.
- Hoshmand, LP. 2003. "Modern Implications of Globalization and Identity". *Am Psychol*, 58(10):814-815.
- Huynen, M. MTE., Martin, ENS P. y Hilderink, HBM. 2005. The Health Impact of Globalization: a Conceptual Framework. *Globalization and Health*, 1:14-26.
- Hyman, G., Lema, G., Nelson, A. et al. 2004. Latin American and Caribbean Population Database Documentation. México: Centro Internacional para la Agricultura Tropical.
- Kirmayer, LG. y Minas, H. 2000. The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. *Can J Psychiatry*, 45(4):438-446.
- Kirmayer, LJ. 2006. "Beyond the New Cross-Cultural Psychiatry: Cultural Biology, Discursive Psychology, and the Ironies of Globalization". *Transc Psychiatry* 43 (1): 26-144.
- Kirmayer, LJ. 2006. Culture and Psychotherapy in a Creolizing World. *Transc Psychiatry*, 43(2):163-168.
- Kraidy, M. 2005. *Hybridity, or a Cultural Logic of Globalization*. Filadelfia, Pennsylvania, Temple University Press.
- Krause, I.B. 2006. "Hidden Points of View in Cross Cultural Psychotherapy and Ethnography". *Transc Psychiatry*, 43(2):181-204.
- Lacroix, M. & Shrage, E. 2004. "Globalization and Community Mental Health-Introduction". *Can J Comm Mental Health*, 23(2)5-12.
- Lei, L., Liang, YX. & Krieger, GR. 2004. "Stress in Expatriates". *Clin Occup Environ Med*, 4(1):221-229.
- Leitao, M. 2001. Sao Paulo Schizophrenia Care Study. Citado en la Conferencia sobre Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el Progreso. Washington DC, 6-8 de diciembre.
- Lolas, S. F. 2005. Salud Pública: ¿Práctica versus Investigación? *Investigación en Salud*, 7 (1): 4-5.
- Marmora, L. 1998. "International Migration. World Order or Disorder?" *Study Emigr*, 35(130):199-214.
- Martin, S. 2001. "Heavy Traffic: International Migration in an Era of Globalization". *Brookings Review*, 19:225-229.
- Mastrogianni, A. y Bhugra, D. 2003. "Globalization, Cultural Psychiatry, and Mental Distress". *Int J Soc Psychiatry*, 49(3): 163-165.

- Miller, G. 2006. "The Unseen: Mental Illness's Global Toll". *Science* 311: 458-461.
- Murray, CJL. y Frenk, J. 2000. "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems". *Bull World Health Org*, 78:717-731.
- Murray, CJL. y Loópez, AD. 1996. "Evidence-based Health Policy. Lessons from the Global Burden of Disease Study". *Science*, 274:740-743.
- Murray, CJL. y Loópez, AD. 1999. *The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Murray, CJL., Jakidou, DE. y Frenk, J. 1999. "Health Inequality and Social Group Differences: What Should We Measure?" *Bull World Health Org*, 77:537-543.
- Okasha, A. 2005. "Globalization and Mental Health: A WPA Perspective". *World Psychiatry* 4 (1): 1-2
- Paim, JS. y de Almeida, Filho N. 1998. Collective Health: "A New 'Public Health' or Field Open to New Paradigms?" *Rev Saude Publica*, 32(4):299-316.
- Organización Panamericana de Salud. 1990. Conferencia Regional sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región. Caracas, Venezuela, 12-14 de noviembre.
- Organización Panamericana de la Salud. 2001. Conclusiones del Grupo de Trabajo sobre Políticas de Salud Mental. Conferencia sobre Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el Progreso. Washington DC, 6-8 de diciembre.
- Paz, O. 1981. Alrededores de la literatura hispanoamericana. En: Mediaciones, pp. 25-37. Barcelona: Seix Barral.
- Rigby, M., Birch, K. y Roberts, R. 2000. "The Need to Ensure that the Globalization of Information and Telematics does not Destabilize Health-Care Worldwide". *J Telemed Telecare*, 6, Suppl. 1:116-118.
- Rizzolatti, G. y Fadiga, L. 1998. "Grasping Objects and Grasping Action Meanings: The Dual Role of Monkey Rostroventral Promoter Cortex (area F5)". *Novartis Foundation Symposium*, Vol. 218, pp. 18-51. Nueva York, Wiley.
- Rosen, A. 2006. "Destigmatizing Day-to-Day Practices: What Developed Countries can Learn from Developing Countries". *World Psychiatry* 5(1):21-24.
- Sakamoto, H. 2005. "Globalization of Bioethics as an Intercultural Social Tuning Technology". *J Int Bioethique*, 16(1-2):17-27, 189-90.
- Saul, JR. 2004 (March). "The Collapse of Globalism, and the Reverse of Nationalism". *Harper's Magazine*, 308:33-44.
- Savin, D. y Martínez, R. 2006. "Cross Cultural Boundary Dilemmas: A Graded-Risk Assessment Approach". *Transc Psychiatry*, 43(2):243-258.
- Simmons, A. 2002. "Mondialisation et Migration Internationale: Tendencias, Interrogation et Modeles Theoriques". *Cahiers Quebecois de demographie*, 31(1): 7-33.
- Stiglitz, JE. 2002. *Globalization and its Discontent*. Londres: Penguin Books (288 pp).
- Waitzkin, H., Jasso-Aguilar, R., Landwehr, A. y Mountain, C. 2005. "Global Trade, Public Health, and Health Services: Stakeholders' Constructions of the Key Issues". *Soc Science Med* 61: 893-906.
- Ward, C. & Styles, I. 2003. "Lost and Found: Reinvention of the Self Following Migration". *J Applied Psychoanal Studies*, 5(3): 349-367.

- Watkins, M. 2003. "Politics in time and space globalization. En, W. Clement and L.Vosko (Eds.), *Changing Canada: Political Economy as Transformation*, (pp 3-24). Montreal: McGill-Queen University Press.
- World Health Organization. 2001. *The World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope*. OMS, Ginebra.
- World Health Organization. 2001a. *Atlas, Mental Health Resources in the World*. Ginebra.
- Yach, D. 1997. "Health for All in the 21st Century: A Global Perspective". *NATL Med J India*, 10(2):82-89.

ACERCA DE LOS AUTORES

Renato D. Alarcón, MD, MPH. Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Clínica Mayo; director médico, Unidad de Trastornos del Humor, Centro de Tratamiento Psiquiátrico y Psicológico de la Clínica, Rochester (Minnesota). Nacido en Arequipa (Perú), egresado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en Lima, hizo su residencia en el Hospital de la Universidad Johns Hopkins y obtuvo su Maestría en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina del Perú. Autor de más de 200 artículos, 12 libros (incluidos *Identidad de la psiquiatría latinoamericana*, *Los mosaicos de la esperanza*, *Texto latinoamericano de psiquiatría* y *Enciclopedia iberoamericana de psiquiatría*) y capítulos de libros sobre salud mental y salud pública, psiquiatría cultural, diagnóstico psiquiátrico e investigación clínica.

Marina Julia Piazza-Ferrand, DSc, MPH. Profesora de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, y directora de un programa internacional financiado por el Centros Fogarty y el Instituto Nacional para el Estudio del Abuso de Sustancias Psicotrópicas (NIDA, por la sigla en inglés) en cooperación con la Universidad Estatal de Michigan. Maestría en Salud Pública y doctorado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Becaria Hubert Humphrey, Universidad Johns Hopkins; estudios posdoctorales adicionales, Centro de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades de los Adolescentes en Baltimore (Maryland). Investigadora principal del Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura (GENACIS) de la OMS en Perú, que actualmente está desarrollando el Sistema Nacional de Vigilancia de la Demanda de Drogas para la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.