

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

NEURO - PSICOLOGÍA

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Alarcón-Guzmán, Renato D.
Duncan Pedersen y el estudio integral de la Salud Mental Global
Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 80, núm. 1, enero-marzo, 2017, pp. 72-76
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372050405009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Duncan Pedersen y el estudio integral de la Salud Mental Global

Duncan Pedersen and the integral study of Global Mental Health

Renato D. Alarcón-Guzmán ^{1,a; 2,b; 3}

RESUMEN

Salud Mental Global (SMG), en tanto que conceptualización relativamente reciente de aspectos teóricos, clínicos y heurísticos de la enfermedad mental, su etiopatogenia, variantes y modalidades de manejo desde la perspectiva de salud pública a lo largo del mundo, es materia de esta breve revisión. Su elaboración se basa fundamentalmente en las contribuciones de Duncan Pedersen, renombrado psiquiatra, antropólogo e investigador argentino-canadiense, docente de la Universidad de McGill y autor de numerosos estudios en el Perú y en varios otros países, recientemente fallecido. Su afronte enfatizó enfoques objetivos en el uso de recursos propios o locales combinados, con sello genuinamente humanístico, con avances científicos, tecnológicos y financieros y programas de justicia social. Trauma y sus numerosas secuelas globales a nivel físico, emocional, individual y colectivo, constituyó un factor *primum inter pares* de este enfoque, conduciendo luego a hallazgos de psicopatologías adicionales, comprobaciones epidemiológicas y discrepancias a veces insalvables con las concepciones de la medicina de Occidente. Modalidades culturales de manejo, estudio de temas tales como tratamiento inter- y multidisciplinario, renovación de conceptos éticos, resiliencia y otros dentro y más allá de factores neurobiológicos inducirán soluciones sistemáticas y sostenibles a los problemas actuales y futuros de la SMG.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental, Salud Mental Global, Salud Pública, trauma emocional, violencia.

SUMMARY

Global Mental Health (GMH), a relatively recent conceptualization of theoretical, clinical and heuristic aspects of mental illness, its etio-pathogenesis, variants and management modalities from the Public Health perspective across the world, is the subject of this brief review, primarily based on the contributions of Duncan Pedersen a recently deceased renowned Argentine-Canadian psychiatrist, anthropologist and researcher, Faculty member at McGill University and author of numerous studies in Perú and several other countries. His work emphasized objective and humanistically conceived approaches to the use of local resources in combination with scientific, technological and financial advances in the context of social justice-oriented programs. Trauma and its numerous global sequelae at physical, emotional, individual and collective levels, constituted a *primum inter pares* factor of this approach leading to the finding of additional psychopathologies, epidemiological proofs and, at times, powerful discrepancies with the principles of Western medicine. Culturally-based management modalities, and the study of topics such as inter- and multi-disciplinary treatment, renewal of ethic concepts, resilience and other within and beyond neurobiological factors will bring up systematic and sustainable solutions to current and future GMH problems.

KEY WORDS: Global Health, Global Mental Health, Public health, emotional trauma, violence.

¹ Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Mayo Clinic College of Medicine. Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

^a Titular ; ^b Profesor Emérito de Psiquiatría.

Uno de los temas más atractivos y, por lo mismo, más debatidos en la literatura médica y de salud pública de la última década es indudablemente el de la salud global, dentro de cuyos *ad litteres*, salud mental global (SMG) es probablemente el de mayor complejidad y más profundas ramificaciones. En el selecto grupo de estudiosos de la SMG, con especial foco en sus realidades a nivel de América Latina y del Perú en particular, Duncan Pedersen (1939-2016) ocupa un sitio de auténtica alcurnia académica. Además de médico, su entrenamiento en salud pública, epidemiología social y antropología médica sustentó una extensísima experiencia de investigación en diversas regiones del mundo (los países andinos y caribeños, la hoy amazónica y el Noreste de Brasil, Guatemala, Jamaica, Sri Lanka y Nepal, entre otros). Su labor docente en la División de Psiquiatría Social y Transcultural de la Universidad de McGill, donde fue Director Científico Asociado del Centro de Investigación en Salud Mental del Instituto Universitario Douglas, se canalizó también en el ámbito editorial y se reflejó en centenares de publicaciones en revistas de ciencias médicas y sociales y, en libros de auténtico calibre. Maestro y amigo, poseedor de lo que Humberto Castillo describió acertadamente como “sensibilidad social, audacia de investigador y compromiso por el cambio” **, Duncan combinó armoniosamente brillo intelectual, pasión por un trato justo y pleno de la salud mental en el mundo, amor integerrimo hacia su patria latinoamericana a la que visitó con frecuencia durante su larga estada en el norte del continente, y genuina calidad humana, aquella que Pedro Laín Entralgo enalteció hace muchas décadas, al describir al hombre “resuelto a vivir con autenticidad personal su propia fe y, mucho más, aquél que ha hecho del saber, la definitiva profesión de su vida” (1). Las dramáticas circunstancias de su desaparición, ya que falleció súbitamente el 27 de enero del 2016, durante una excursión por La Serena, menos de dos días después de su participación en un evento sobre Bioética de la Investigación en Salud Mental Global, organizado en Santiago por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile, solo añaden solidez e intensa nostalgia a la esencia de su legado y de su obra.

Duncan abrazó la causa de la SMG aun antes de que el léxico de salud en el mundo la adoptara hasta convertirla en el tópico “de moda” que es hoy (2,3). Tal vez esta ruta ontológica y su interés por ella se iniciaron precisamente cuando un niño nacido en la Argentina,

de nombre anglo-sajón y de apellido escandinavo, se trasladó luego a Canadá donde fue considerado más latino que caucásico, y se materializaron cuando consagró su vida profesional y académica de décadas a estudiar su continente natal. Este proceso lo hizo, desde siempre, un auténtico “ciudadano del mundo”, para mí, la vocación semi-secreta de muchos latinoamericanos. Ya lo dijo, en cierto modo, Octavio Paz al afirmar: “Somos un eslabón de la ‘cadena del ser’, como llamaban los antiguos filósofos al universo. Uno de los gestos más antiguos del hombre -un gesto que desde el comienzo repetimos diariamente- es alzar la cabeza y contemplar, con asombro, el cielo estrellado. Casi siempre esta contemplación termina en un sentimiento de fraternidad con el universo” (4). O Gregorio Marañón, cuando, de visita en Lima, elogió la obra de Honorio Delgado “que ante el mundo os representa.....por su hondura, por su extensión, por la finura de su criterio.....En él tienen los médicos y los intelectuales todos del Perú y de América, un enlace robusto, de rebosante fecundidad, con el mundo universal de las ideas” (5).

Salud Mental Global: Conceptos básicos

En el último evento académico en el que participó, un Symposium sobre *Perspectivas Bioéticas de la Salud Mental Global*, Duncan Pedersen fue el primer ponente, con el tema *Ideologías post-coloniales de la Salud Global y la emergencia del neo-liberalismo*. Conferencia sólida, completa, crítica y de avanzada, nos mostró la suma de investigador nato, pensador profundo, académico logrado y, sobre todo, científico cuya esencia humanística jamás se perdió en los avatares formales de la estadística, de la cuantificación robótica, de la medicina de *slogans* o de la psiquiatría y la medicina reduccionistas.

Pero esta conferencia postrera fue también un sumario elocuente de varios de los principios conceptuales básicos de la SMG contemporánea. La preocupación de países del llamado “primer mundo” ante la emergencia de enfermedades percibidas como amenazas a la “seguridad nacional”, con consecuentes tensiones geopolíticas; cambios climáticos empujando al planeta hacia límites devastadores, voraces inversiones de corporaciones transnacionales orientadas a desalmadas “guerras comerciales” a nivel mundial (6). El impacto de estas realidades en el campo de la salud se configura en una serie de paradojas: el impresionante avance del conocimiento científico y tecnológico, de la mano con crecientes desigualdades en la provisión de servicios y en la

** Comunicación personal

atención de salud, especialmente en países de menores ingresos; el dilema de una política exterior basada en la comercialización de la salud y la salud jugando un rol crucial en la política exterior de los países ricos; la necesidad de un re-examen crítico de las bases éticas de la salud global que conlleven un cambio de paradigma, un sistema de justicia social que haga desaparecer el abismo de un promedio de vida de 82 años en Canadá vs. 39 en Sierra Leona; las consecuencias de casi tres cuartas partes de la población mundial con mayor vulnerabilidad a enfermar, con menores posibilidades de conducir una vida decente y digna basada en un justiciero y consistente diálogo entre economía y ecología (7,8).

Una SMG, constituida en función de ideas que son pilares de sabiduría innata y de honestidad intelectual, conduce a la desaparición de una “asimétrica distribución de poder y recursos” y a eventuales sistemas pluralistas de atención en salud que revelen “un valioso conjunto de estrategias de sobrevivencia” (9), y que puedan incluso ir más allá de formales propuestas de integración. Pedersen deja claro que principios de medicina tradicional en diversas partes del mundo pueden contribuir al desarrollo de nuevos modelos de práctica clínica. Esta perspectiva que ya podemos llamar pederseniana, consolida historia, cultura, ciencia y servicio de sello genuinamente humanístico. Y todo ello está, por cierto, muy lejos del “especialismo no compensado” del que nos habla Ortega y Gasset, ese que ignora las condiciones históricas en que se cultiva la ciencia, las “regiones más vastas del saber total” (10). Pedersen fue un hombre de ciencia y un “hombre culto” en el léxico orteguiano.

En un artículo co-escrito con Laurence Kirmayer, Pedersen puntualiza también que “a menos que las realidades culturales, sociales y económicas sean incorporadas en nuestras investigaciones y en nuestros programas de acción y que comencemos a abordar las desigualdades sociales existentes en el Norte y en el Sur globales, la brecha entre ricos y pobres continuará ampliándose, con mayor pobreza en grandes segmentos de la población mundial, devastación del ambiente natural y un resultante déficit de salud, incluida la salud mental”. Estos postulados configuran un “nuevo paradigma unificador” (9).

Desafíos a la SMG: Violencia y trauma

Uno de los mayores desafíos a la SMG que Pedersen percibió claramente y persiguió en sus estudios e investigaciones, fue el vinculado a trauma y

experiencias traumáticas. En numerosas publicaciones, varias de ellas vinculadas a sus estudios en el Perú, urgió a clínicos, investigadores, administradores y políticos a “re-pensar y re-examinar” la noción de trauma, tomando en cuenta tres temas-clave: a) El examen de los efectos de la violencia intencional y las guerras en términos de estrés y fuentes de sufrimiento colectivo, pero también en función de sus vínculos con las amplias estructuras sociales en las cuales se originan (11); b) La necesidad de documentar patrones no-occidentales de condiciones relacionadas con trauma tales como modismos locales de distrés y otras respuestas adaptativas (12); y c) La evaluación de las circunstancias en las cuales intervenciones médicas o humanitarias ayudan (o dificultan) una recuperación a largo plazo de experiencias tales como torturas, violaciones, atrocidades u otros tipos de adversidad (i.e., violencia política, conflictos étnicos y guerras) (7). Y en el contexto de una perspectiva amplia, integradora y comprensiva, Duncan consideró importante armonizar enfoques psicosociales y biológicos y entender mejor sus complejas relaciones e interdependencias con marcos analíticos críticos y transdisciplinarios que refuerzan una diversidad saludable de modelos, teorías y conceptos de salud global y salud mental global.

En sus estudios, desde la perspectiva global, sobre los diversos componentes de la ecuación trauma-salud-salud mental-calidad de vida-bienestar, Pedersen insistió en prestar atención a los modelos locales de distrés y malestar y a las consecuencias clínicas del sufrimiento de individuos, comunidades o miembros de diversos grupos étnicos. “La medicalización de trauma y sufrimiento colectivo –escribió—refleja una comprensión pobre de la relación entre determinantes sociales críticamente importantes y el rango de posibles consecuencias de la violencia política sobre la salud humana” (3, 11).

Proyecciones de la investigación en SMG

Las prioridades de investigación en SMG, identificadas por el Forum Global y el Grupo de Planificación de la OMS y definidas por una encuesta en más de cien países de bajos ingresos en cuatro continentes incluyeron epidemiología (carga y factores de riesgo), depresión, ansiedad, abuso de sustancias y psicosis, niños, adolescentes, mujeres y poblaciones expuestas a violencia y trauma (13-15). Criterios relevantes en el proceso de priorización fueron carga de enfermedad, justicia social y disponibilidad de fondos; la encuesta respaldó fuertemente la posibilidad de consenso a nivel regional e internacional para la

formulación de agendas de investigación, congruentes con las necesidades y objetivos de países de bajos y medianos ingresos (13,16,17).

Estos planteamientos confirmaron también la visión pederseniana de SMG como la plataforma ideal para plantear y ejecutar principios e iniciativas coherentes y definidamente progresistas. Convencido, como estamos muchos (pero no todos), de que la cultura da forma a la experiencia de enfermedad (18-20), Duncan tenía claras ideas respecto a las dificultades y riesgos potenciales de la aplicación de categorías, conceptos e intervenciones originadas en la medicina de Occidente a la diversidad de escenarios geográficos a nivel mundial. Un breve párrafo en el artículo firmado por Kirmayer y Pedersen (9) puntuiza:

“La preocupación radica en que, en la urgencia de lidiar con las disparidades de la salud global, intervenciones que no son localmente relevantes o culturalmente consonantes serán exportadas y producirán efectos negativos que incluyan diagnósticos e intervenciones inapropiadas, aumento del estigma y resultados deficientes. Más fundamentalmente, una atención exclusiva a trastornos mentales identificados por nosologías psiquiátricas formales puede desviar la atención que debe prestarse a determinantes socioestructurales de la salud, las raíces causales de aquellas disparidades en la salud global”.

La “competencia estructural” de todo programa de investigación en SMG implica, en opinión de nuestro prócer, que la llamada “práctica basada en la evidencia” genera (debido a presunciones o compromisos epistemológicos, profesionales o políticos) un terreno irregular y desequilibrado en la producción, interpretación e impacto de la evidencia encontrada. Los llamados “ensayos randomizados controlados” obtienen resultados que provienen de un grupo limitado de potenciales alternativas (21-23). Duncan Pedersen insiste: “La SMG tiende a enmarcarse en el lenguaje conceptual de la psiquiatría pero (ignora) modalidades locales de comprensión de problemas sociales y de salud mental que es necesario conocer, no solo porque ellas gobiernan búsqueda de ayuda y estilos de afronte, sino también porque pueden proveer estrategias novedosas de intervención” (7). El impacto de aquellas modalidades de afronte, resiliencia y recuperación puede guiar esfuerzos de salud pública orientados a intervenciones clínicas y a la promoción de la salud mental (20, 24). Finalmente, una investigación comparativa de políticas y sistemas de salud mental usando enfoques multi-sectoriales, cross-culturales y

transdisciplinarios puede forjar las bases de una agenda renovada de SMG, más inclusiva, más participatoria y más responsable a las perspectivas, realidades y valores locales (25).

CONCLUSIONES

Globalización no es universalización. Salud Global no es Salud Internacional. Salud Mental Global no es un enunciado geográfico, es una afirmación vital. Honorio Delgado, escribiendo sobre los países iberoamericanos, reafirmó sin embargo el destino común de todas las naciones si cada una lograra “hacerse cargo de su verdadera entidad, de sus valores autóctonos, de sus realizaciones y de sus aspiraciones...de la manera más firme y tolerante” (26). Creo que, de algún modo, esta breve revisión de la obra de Duncan Pedersen en el campo de la SG y la SMG nos permite columbrar aquellos valores. Fue el suyo un proceso continuo de reflexiones a la vez cimeras y profundas, un espíritu crítico alturado y justiciero, pleno de principios éticos eternos, concepciones heurísticas originales, tenacidad indoblegable y resultados fehacientes.

Duncan Pedersen postuló pues una “nueva arquitectura para la Salud Mental Global” (9), una lucha indeclinable en busca de justicia social, un acuerdo universal técnico e innovador, pero también justo y transparente en el manejo económico y financiero. En su última conferencia planteó navegar “corriente abajo” en la búsqueda de soluciones tecnológicas y psicosociales para el logro de mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos, pero también vislumbró una travesía “corriente arriba” en la exploración de causas más distantes: los orígenes sociales y ambientales de salud y enfermedad, más allá de los factores biológicos o neurocientíficos, lo que él llamó indagación de “las causas de las causas”, en busca de soluciones sistemáticas y sostenibles y de intervenciones efectivas a nivel colectivo. Es decir una SMG que es componente legítimo de una salud global firmemente ubicada en una salud pública racional y coherente. En la escena contemporánea, los objetivos a futuro de esta nueva salud pública entrañan preguntas existenciales, interrogantes culturales y prácticas espirituales acordes con la realidad del rincón del globo en que vivamos, así como enfoques científicos consistentes y maneras prácticas de alcanzarlos. Es el mensaje que nos conduce a pensar que aun en este siglo de incertidumbres y tormentas, de desconcierto y amenazas, iluminan el horizonte faros de sabiduría, lealtad, convicción y esperanza. Duncan Pedersen fue, es y será uno de ellos.

Correspondencia

Renato D. Alarcón, MD, MPH
 Camino Real 961. Apt. 2402
 San IsidroCódigo Postal: Lima 27 Perú.
 Correo Electrónico: Alarcon.renato@mayo.edu

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Laín-Entralgo P. Palabras menores. Barcelona, España: Editorial Barna; 1952. p. 179.
2. Kim JY, Millen JV, Irwin A, Gershman J. Dying for growth: Global inequality and the health of the poor. Monroe, ME: Common Courage Press; 2001.
3. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict and contemporary wars: Broad implications for health and social wellbeing. *Soc Sci & Med*. 2002; 55: 175-190.
4. Paz O. Hombres en su siglo. Barcelona, España: Biblioteca de Bolsillo; 1990.
5. Marañón G. Discurso de agradecimiento luego de su incorporación como Miembro Honorario de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, 7 de Setiembre de 1939. *Rev Neuropsiquiatria*. 1939; 2(8): 491-492.
6. Kleinman A. Global mental health: A failure of humanity. *The Lancet*. 2009; 374: 603-604.
7. Pedersen D, Kienzler H, Guzder J. Searching for best practices: A systematic inquiry into the nature of psychosocial interventions aimed at reducing the mental health burden in conflict and post-conflict settings. *Sage Open*. 2015; 4: 1-25. doi: 10.1177/2158244015615164
8. Fernando S. Mental Health worldwide: Culture, globalization and development. London, UK: Palgrave-Macmillan; 2014.
9. Kirmayer L, Pedersen D. Toward a new architecture for Global Mental Health. *Transcult Psychiatry*. 2014; 51(6): 759-776. doi: 10.1177/1363461514557202.
10. Ortega y Gasset J. La rebelión de las masas y otros ensayos. Madrid, España: Alianza Editorial; 2014.
11. Pedersen D, Tremblay J, Errázuriz C, Gamarra J. The sequelae of political violence: Assessing traumatic suffering and dislocation in the Peruvian Highlands. *Soc Sci Med*. 2008; 67: 205-217.
12. Pedersen D, Kienzler H, Gamarra J. Llaqui and Ñakay: Idioms of Distress and suffering among the Highland Quechua in the Peruvian Andes. *Cult Med Psych*. 2010; 34: 279-300. doi: 10.1007/s11013-010-9173-2
13. Sharan P, Levav I, Olifson S, de Francisco A, Saxena S. Research capacity for Mental Health in Low- and Middle-Income countries: Results of a mapping project. Geneva: World Health Organization & Global Forum for Health Research; 2007.
14. Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al. Grand challenges in Global Mental Health. *Nature*. 2011; 475: 27-30.
15. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386(9995):743-800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4.
16. Sharan P, Gallo C, Gureje O, Lamberte E, Mari JJ, Mazzotti G, et al. World Health Organization-Global Forum for Health Research Research: Mental Health research priorities in low- and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Brit J Psychiatry*. 2009; 195(4): 354-363. doi: 10.1192/bj.p.108.050187.
17. Collins PY, Pringle BA. Building a global mental health research workforce: Perspectives from the National Institute of Mental Health. *Acad Psychiatry*. 2016; 40(4): 723-726.
18. Alarcón RD. Cultural psychiatry: a general perspective. *Adv Psychosom Med*. 2013; 33:1-14. doi: 10.1159/000348722
19. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*. 2009; 8: 1-9.
20. Cottler LB. Mental Health and Public Health: The next 100 years. New York, NY: Oxford University Press; 2011.
21. Pedersen D. Vers un paradigme unificateur en santé mondiale. En: Suárez-Herrera JC, Blain, MJ. (Eds.) *La recherche en santé mondiale: Perspectives socio-anthropologiques – Actes du colloque # 652*. Sherbrooke, Canada: ACFAS; 2011. pp. 45-62
22. Pedersen D. Rethinking trauma as a global challenge. En: Shoueler-Ocak M. (Ed.). *Trauma and migration: Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatized immigrants*. Basel, Switzerland: Springer International Publications; 2015. doi: 10.1007/978-3-319-17335-1_2.
23. Gardner CA, Acharya T, Yach D. Technological and social innovation: A unifying new paradigm for global health. *Health Affairs*. 2007; 26(4): 1052-1061.
24. Levy BS, Sidel VW. (Editors). *Terrorism and public health: A balanced approach to strengthening systems and protecting people*. (2nd. Edition). New York, NY: Oxford University Press; 2012.
25. Gracia, D. *Construyendo valores*. Madrid, España: Triacastela; 2013.
26. Delgado H. *De la cultura y sus artífices*. (2da. Edición), Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001. p. 110.

Recibido: 23/01/2017

Aceptado: 05/03/2017