

## UNA SALUD MENTAL AL ALCANCE DE TODOS

### ENTREVISTA CON EL PROFESOR NORMAN SARTORIUS

---

REDACTOR: CARLOS ARTEAGA PALLARES \*

Esta entrevista fue concedida a los doctores Tiburcio Angosto (España), Uriel Escobar B., José Posada V., Hernán Rincón H., Roberto Chaskel H. y Carlos Arteaga P. (Colombia), el 15 de octubre de 2000, en el Hotel Meliá Chicamocha de la ciudad de Bucaramanga (Colombia), con ocasión del XXXIX Congreso Colombiano de Psiquiatría.

Fue una grata experiencia que nos permitió conocer a un psiquiatra con una enorme sensibilidad social, preocupado por una ampliación real y adecuada de la cobertura de la prestación de los servicios de Salud en general y de los servicios de Salud Mental en particular; por la necesidad de cambios fundamentales en la educación post-graduada en Psiquiatría, con una concepción muy atractiva y novedosa de la salud y la enfermedad, y de la salud como un valor muy importante que los médicos debemos posicionar al interior de cada comunidad. Los lectores podrán juzgar la dimensión de este colega que ha ocupado y ocupa cargos muy altos en la psiquiatría mundial.

El Profesor Sartorius es ampliamente conocido entre nosotros por sus múltiples trabajos en epidemiología psiquiátrica, por la cantidad de reflexiones que nos planteó como Director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por todos los logros para nuestra especialidad como Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). Las interesantes y diversas actividades en las cuales está actualmente comprometido las expresa en una de las respuestas de esta entrevista.

Sin duda una persona polifacética y carismática que tiene mucho para enseñarnos en las próximas décadas.

---

\* Director Revista Colombiana de Psiquiatría.

**RCP:** *¿Quién es Norman Sartorius para Norman Sartorius?*

**NS:** Difícil pregunta. No sé qué decir de la imagen de mí mismo... Ante todo me veo como un profesional de la Salud Mental.

**RCP:** *¿Qué ha significado para Usted ser psiquiatra?*

**NS:** En primer lugar, la posibilidad de trabajar con un grupo de enfermos y sus familias que son, quizá, los más desprotegidos entre todos los pacientes por el estigma que soportan por su padecimiento. En segundo lugar, están aquellos que sufren por una enfermedad cualquiera y no reciben la atención requerida. En tercer lugar, la promoción en Salud Mental, un trabajo diferente al clínico que se refiere al incremento, en la escala de valores, que para una persona o una comunidad tiene su salud mental; he tenido la oportunidad de trabajar con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en este tipo de actividades en diferentes países del mundo, oportunidad que me ha brindado una visión más amplia y distinta a la convencional del psiquiatra. Hoy pienso que todas son muy importantes para una integración de nuestra especialidad.

**RCP:** *¿Se siente realizado como psiquiatra?*

**NS:** No, como psiquiatra no. La respuesta tiene relación con la pregunta anterior. Yo, como la mayoría, empecé mi carrera como psiquiatra en una actividad dirigida fundamentalmente hacia el enfermo; esto sin duda es importante, pero interior-

mente sentía que no era suficiente, que debía ampliar sus posibilidades: neurología, psicología (al conocimiento del desarrollo normal se le da menor valor del que posee)- y epidemiología (dónde se encuentran los enfermos, qué pasa con ellos, cuántos son). En el momento no se puede definir al psiquiatra desde una perspectiva exclusivamente clínica, de labor con los enfermos, este es sólo uno de los campos de su actividad.

**RCP:** *¿Si tuviera la oportunidad de volver a comenzar su formación académica qué haría distinto?*

**NS:** Mi educación en la Escuela de Medicina, tanto en pregrado como en postgrado, fue una educación mal realizada en muchos aspectos. Por ejemplo, durante el postgrado el 90 a 95% del tiempo estaba dedicado al tratamiento de los enfermos con escasa supervisión. Esto no me parece suficiente para que un joven en formación conozca todas las áreas que comprende lo que llamamos Salud Mental. De ahí mi interés, desde la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y desde las otras organizaciones donde he trabajado en los últimos quince años, por abordar seriamente el tema de la educación postgraduada, junto con el desarrollo personal de los estudiantes.

No creo que se amerite una dedicación tan intensa a la nosología y la terapéutica, descuidando otros campos. Así, hemos implementado cursos para enseñar las aptitudes más elementales de cualquier profesional médico: cómo hacer un poster, cómo escribir su *curriculum*, cómo planear y dictar una conferencia, cómo rea-

lizar un trabajo de investigación científica, cómo manejar las manos frente a un público o en televisión, etc. En apariencia son cuestiones irrelevantes. Por qué dedicar tiempo a algo sin importancia. De hecho, no se enseñan en ninguna facultad de medicina del mundo. Ahora, pregunto: de verdad son tonterías, que a nadie le sirven; claro que no, son de verdad indispensables para un buen desarrollo profesional.

**RCP:** *¿Cuál es su actividad actual?*

**NS:** Tengo varios campos de trabajo. Con la OMS soy Consultor para los países que desean examinar sus programas de Salud Mental.

Con la WPA laboro en cuatro áreas: como Director Científico del Programa Contra la Estigmatización y la Discriminación en diferentes países del mundo; exige mucho tiempo, es bastante interesante y funciona muy bien en las quince naciones en que se está llevando a cabo. Como Director Científico del Programa de Educación en Depresión para el Médico General. En otro programa de educación para el psiquiatra recién graduado en los asuntos descritos anteriormente. Y como Presidente del Comité Científico del próximo Congreso Mundial de Psiquiatría, en Yokohama (Japón) en el 2002, donde aspiramos realizar un evento diferente.

Con la Asociación Europea de Psiquiatría (AEP) de la cual soy su Presidente en la actualidad y en donde estamos realizando unos cambios estatutarios importantes para que deje de ser una Asociación de paí-

ses, similar a la Asociación Latinoamericana de Psiquiatría (APAL), y se convierta en una Asociación realmente continental, con peso en las decisiones nacionales y globales.

Además, en el campo de la educación, soy profesor en Praga, Ginebra y periódicamente en otras ciudades del mundo.

Y finalmente, escribo.

**RCP:** *¿Según su concepto de qué factores depende la salud mental de una población?*

**NS:** No creo que exista la salud mental en forma independiente. Existe la salud en general y, dentro de ella, un componente mental. Parto del concepto que es imposible una salud física y mental perfectas, y cuando nos referimos a promoción de la salud, nos referimos a la salud entera. Aquí aparecen posibilidades de prevención en todas las áreas: materna, perinatal, infantil, de la tercera edad, etc. y aparece la probabilidad de trabajar con la comunidad.

Ahora bien, de qué depende la salud como un todo que es la pregunta concreta: de múltiples factores relacionados. Primeramente, y en especial, de la posición en la escala de valores que tiene la salud para una población en particular: qué piensa esa comunidad de la salud. Actualmente, la ubicación de la salud mental, dentro de la escala de valores de la salud, es muy baja; su posición, por decirlo de alguna manera, es miserable. En Pakistán se examinó la visión a niños entre 9 y 11 años, encontrando un 10% con alteraciones

visuales. Sin embargo, en esta población, los parientes que compran a los niños CocaCola por un valor determinado, no compran unos anteojos por el mismo precio para los niños afectados. Los psiquiatras sabemos que un infante con problemas visuales tiene más dificultades para un adecuado desarrollo de sus funciones mentales, pero la comunidad no, ellos no saben cómo promover su salud, existen otros valores más importantes en su escala.

Hoy se otorga valor a la disminución de las enfermedades, pero no a la promoción de la salud. Cuando se tiene una enfermedad se hace todo lo posible por mejorarla o curarla, mas cuando no se tiene ninguna enfermedad no se hace nada por aumentar la salud. La gente en general no sabe que es la salud y los médicos no hemos hecho lo suficiente por explicarles qué es. Por tanto, no se deben escatimar esfuerzos para que una población comprenda el verdadero valor de la salud, ya que una vez que ellos lo entienden, hacen todo por sí mismos, sin mayor ayuda.

**RCP:** *¿Eso quiere decir que los seres humanos sólo actuamos cuando perdemos la salud?*

**NS:** Si y no, depende del enfoque que se le dé al concepto de «salud». Según mi enfoque, la salud no se pierde. Metafóricamente, para entender mi planteamiento, la salud es como el cielo. Hay nubes que pasan: las enfermedades; pero el cielo no cambia por ellas. La salud es la misma, existe en todo momento a pesar de las enfermedades. Así, la idea de

aumentar la salud, la capacidad de vivir con el entorno en un equilibrio, es comprensible y puede ser comunicada, pero para esto es indispensable incrementar la posición que la salud posee en la escala de valores. Mientras ese evento no se dé, a pesar de toda la información que se le proporcione a la comunidad, nada va a ocurrir, simplemente porque a esa comunidad el incremento de su salud no le interesa. Una vez que la salud se posiciona en la escala de valores, es cuando las personas preguntan a los médicos: ¿qué podemos hacer para aumentar nuestra salud?

**RCP:** *¿Qué quiere decir Usted por aumentar la salud?*

**NS:** Empecemos por definir qué es la salud, que puede definirse de diversas formas. La definición menos útil es «la ausencia de enfermedad». Otra es la capacidad para enfrentar, para capear o capotear el entorno. Otra más, probablemente la más útil, «es un estado de equilibrio en sí mismo, con los otros y con el medio ambiente físico y social». Entonces, aumentar la salud significa incrementar y fortalecer ese equilibrio, que las cosas que ocurren afuera no alteren ese equilibrio. Esto, por supuesto, no es cosa de un día. Requiere ser aprendido en la familia, en la escuela, en la sociedad: cómo mantener el equilibrio consigo mismo y con los demás a pesar de los «ataques» externos.

**RCP:** *¿Su planteamiento es que entre más fuerte sea ese equilibrio es menor la posibilidad de enfermar?*

**NS:** Si, exactamente. Sí aceptamos la segunda y, sobre todo, la tercera de-



De izquierda a derecha: Hernán Rincón, Pedro Gómez, Roberto Chaskel, Norman Sartorius, Carlos Arteaga, José Posada, Tiburcio Angosto y Uriel Escobar.

finición mencionadas para la salud, se hace evidente que una enfermedad perfectamente puede coexistir con la salud, no son excluyentes como hasta ahora hemos pensado. La salud no es la ausencia de enfermedad.

*RCP: Siguiendo su propuesta, entonces, ¿qué es la promoción de la salud?*

**NS:** Al igual que la enfermedad, la promoción tiene distintas definiciones. De un lado, puede definirse como «menos enfermedades». De otro, como «la capacidad de todos para capear mejor el entorno». Y por último, «un aumento en el valor que damos como individuos y como sociedad a la salud». En una comunidad que otorga más valor al patriotismo que a la salud, es más importante la guerra que la paz, porque en la guerra se tiene la oportunidad de

demostrar el patriotismo, morir por una causa tiene un valor capital. En cambio, si se valora más la salud, la guerra no tiene cabida, pues es más importante sobrevivir que morir. Cuando se ubica a la salud en alto nivel de valor, no se puede matar ni morir. Así, la promoción de la salud no puede ser sólo un mejoramiento del estado físico, sino un incremento del valor que la salud posee dentro de una comunidad.

La escala de valores decide qué voy a hacer conmigo mismo y con los demás, de qué manera voy a educar a los niños, cómo voy a comportarme frente a determinadas circunstancias, qué cuestiones ameritan que ponga en juego mi vida, etc.

*RCP: Este parece un planteamiento relacionado con la psiquiatría social. ¿Qué es la psiquiatría social?*

**NS:** Lo social de la psiquiatría, como calificativo de ella, debe desaparecer porque está implícito en su definición. No puedo imaginar una psiquiatría que no es social, así como no puede imaginar una psiquiatría que no es biológica. Esos adjetivos con los cuales hoy se califica la psiquiatría no tienen razón de ser, deben desaparecer. Lo esencial es desarrollar una psiquiatría en donde todas sus vertientes sean incluidas y donde los profesionales se ocupen de uno u otro tipo de investigación y esto sirva a la psiquiatría como un todo.

**RCP:** *¿En ese orden de ideas, la psiquiatría comunitaria también debe desaparecer?*

**NS:** Si, si se tiene presente es también comunitaria. El psiquiatra siempre debe tener presente dónde y con quiénes trabaja. No se puede dejar de lado el ambiente en el cual vive el enfermo, la importancia de la familia, de la comunidad. Si no es consciente de ello, no utiliza todas las posibilidades que tiene para ayudar a su enfermo.

Lo que denominamos comunitario no es sólo para la psiquiatría, es para toda la medicina. La comunidad tiene que aceptar los enfermos, cualquiera sean ellos y ayudarlos. Lo útil es como la psiquiatría puede añadir a la medicina sus conocimientos, para incluir a los enfermos mentales que deben ser atendidos como un todo. Todo programa de educación en psiquiatría debe asegurar que el alumno es consciente de la importancia de trabajar con los otros miembros encargados de la salud: psicó-

logos, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, terapeutas, etc. No tomar en cuenta a todos aquellos que pueden aportar al incremento de la salud, es no brindar a los enfermos y a los sanos todo lo que se les puede dar.

**RCP:** *Con lo que acaba de plantear, Usted estaría a favor de volver al psiquiatra general, ¿no es difícil implementar ese concepto con todas las subespecializaciones que la psiquiatría promueve en este momento?*

**NS:** Voy a utilizar otra metáfora para responder esta pregunta. Supongamos que voy al supermercado a comprar diferentes cosas que necesito. En ese supermercado hay cientos de objetos para comprar. Sin embargo, yo no los compro todos, sólo los que requiero. Los enfermos y los médicos estamos en una situación similar. Un enfermo X necesita un producto Y, pero debe existir una amplia gama de productos que se ofrecen para diferentes necesidades. Productos que deben cumplir con unos requerimientos mínimos para ingresar al mercado: estar muy bien definidos, ser de la más alta tecnología, con el mayor conocimiento posible y, muy importante, ser accesibles a todos.

No podemos pensar que una enfermedad R debe ser tratada solamente por un médico con 37 años de experiencia, por ejemplo, porque el producto no sería accesible para todos. Si los psiquiatras no simplificamos las tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento del 90% de las enfermedades para que puedan ser utilizadas por el médico general, no

estamos haciendo nada valioso para los pacientes y la comunidad. Es un problema de mercado. Etiopía tiene 8 psiquiatras para 45 millones de habitantes; por cada psiquiatra hay entre 80.000 y 100.000 esquizofrénicos, únicamente esquizofrénicos. Imaginemos el resto. ¿Cuántos psiquiatras hay en Colombia?

**RCP:** *Aproximadamente 800.*

**NS:** 800 psiquiatras para una población de 40 millones de habitantes, es decir, un psiquiatra por cada 50.000 habitantes, por cada 5.000 enfermos aproximadamente, si aceptamos una prevalencia del 10% de trastornos mentales, y esto sólo para el trabajo clínico. ¿Y el resto de las actividades de las que hemos venido hablando, qué? Es claro que los psiquiatras no alcanzan ni siquiera para trabajar con todos los enfermos mentales de la población.

La psiquiatría es una especialidad que produce técnicas que pueden ser usadas por los médicos generales, los internistas y otros especialistas. En el estado actual de las cosas son ellos quienes deberían ocuparse de la mayoría de los trastornos mentales, mientras el psiquiatra debería encargarse de difundir sus conocimientos entre otros profesionales de la salud y la comunidad. La deuda que los psiquiatras tenemos para con la medicina al no haber traducido satisfactoriamente nuestros conocimientos para el uso de otros profesionales de la salud, por ejemplo, la psicoterapia, o aquello que es útil para un cardiólogo cuando atiende una depresión, es enorme. Y qué decir con la gente común y corriente. Un empe-

ño que la psiquiatría debe llevar a cabo es la traducción de su lenguaje especializado, a términos más sencillos y comprensibles para todos.

**RCP:** *Un aspecto que tiene relación con el anterior es ¿cómo cree que se desarrollará la psiquiatría en el siglo que comienza? De alguna manera su propuesta es modificar sustancialmente la enseñanza y el ejercicio de la psiquiatría, tenemos que salir de las clínicas hacia las comunidades, tenemos que abandonar los consultorios para poblar las aulas. ¿Es esta la idea?*

**NS:** Hay que comenzar con un problema humano: la remuneración. La mayoría de los psiquiatras reciben un salario bajo en los hospitales y en las universidades. Por eso dedican gran parte de su tiempo a la práctica privada. Por tanto, la propuesta de trabajar con las comunidades es técnicamente útil, pero prácticamente muy difícil de realizar. En Colombia hay 800 psiquiatras. Sin embargo, ¿cuánto es el tiempo real de dedicación a la comunidad, restando el tiempo de la práctica privada? 30, 40 ó 50%. Esto quiere decir que en Colombia no hay en realidad 800 psiquiatras sino 200, 300 ó a lo sumo 400 que trabajan con la comunidad. Visto de esta forma el problema es más complejo de lo que parece inicialmente. Es evidente que hay mucho por hacer y que debe empezar a hacerse ya. Una política de Salud Mental sólo mostrará sus beneficios 5, 10 ó 15 años después de iniciada.

Ahora creo estar en condiciones de responder la pregunta acerca de la psiquiatría en el siglo XXI. Primero, tenemos que valorar la realidad: el

listado de todas las dificultades y obstáculos que enfrentamos; un obstáculo es la limitación de los recursos psiquiátricos, no solamente en el tiempo que pueden brindar. Segundo, la calidad de esos recursos: muchos psiquiatras no fueron educados para adelantar una «nueva» psiquiatría, saben como tratar un enfermo y nada más; no sabemos, por ejemplo, cómo examinar las actitudes de una población, cómo implementar un cambio en esas actitudes, cómo y qué enseñar a los médicos acerca de una psiquiatría comunitaria.

La psiquiatría, en el siglo XXI, debe ser vista como una especialidad clínica que produce conocimientos, experiencias, técnicas y métodos para que otros profesionales los apliquen a los miles de pacientes que lo requieren.

**RCP:** *Pero, por el contrario, lo que se observa es una marcada tendencia hacia una subespecialización cada vez más marcada.*

**NS:** Si, pero este no es el problema. Toda especialidad está dirigida a una porción limitada de enfermos. Hay especialistas para la enfermedad bipolar, para la unipolar, e inclusive para la bipolar psicótica. Esto es positivo porque tenemos unos «superespecialistas» que producen diversos «productos» que se necesitan en el «supermercado» del cual hablábamos anteriormente. Todos los pacientes ingresan a ese «supermercado», unos requieren un tipo de producto y otros otro. Lo importante es que los productos, de buena calidad por supuesto, estén al alcance de quienes los necesitan.

**RCP:** *¿Ese proceso que Usted propone por quién debe ser manejado administrativa y políticamente?*

**NS:** Hay dos o tres respuestas. Todo lo que es bueno se administra por su calidad. Cuando pensamos excesivamente en el sistema político que va a administrar tal o cual proceso es cuando no tenemos soluciones atractivas para los problemas planteados. La psiquiatría es una disciplina que tiene una imagen donde se habla mucho, se hace poco y no tiene nada que ofrecer. Nosotros tenemos que cambiar esa imagen a través de la calidad de los productos que ofrecemos a la población. Si tenemos productos de excelente calidad, los políticos serían sus primeros compradores porque les traerían varios beneficios, entre ellos su reelección. Si tiene un producto para mejorar o curar la esquizofrenia, ¿los esquizofrénicos y sus familias no votarían por él? ¡Claro que sí! Dos o tres millones de votos.

**RCP:** *¿Qué cambios cree que deberían hacerse en el curriculum de la enseñanza psiquiátrica?*

**NS:** La WPA está trabajando en esa cuestión. La idea de lo que es la psiquiatría debe ser clara para el aspirante a entrenamiento: qué va a encontrar, cuáles son sus obligaciones fundamentales (diagnósticas, terapéuticas, comunitarias, etc.). Las asociaciones científicas nacionales tienen mucho que aportar, deben ser el guía para promover el desarrollo hacia la dirección que he planteado: definir cuál es el perfil del psiquiatra del mañana. ¿Tienen ustedes en

Colombia definido ese perfil para los próximos años?

**RCP:** La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) principalmente, y la Asociación Colombiana de Psiquiatría han trabajado en estos perfiles. Sin embargo, lo que se ha logrado es poco.

**NS:** La idea del trabajo del psiquiatra no se ha modificado sustancialmente. No basta con el desarrollo de Programas de Salud Mental, para enseñar a los maestros, a otros profesionales, a la sociedad en general de manera satisfactoria qué es la salud mental. Tenemos otras necesidades: saber qué enseñar, encontrar las personas adecuadas para que lideren ese proceso, conocer más sobre el desarrollo normal individual y familiar, involucrar otras disciplinas con sus respectivos conocimientos para un proyecto amplio y de impacto.

**RCP:** En un país como Colombia, asolado por una violencia indiscriminada que toca a todos los sectores de la población, ¿qué se puede hacer?

**NS:** Trabajar en dos áreas prioritarias. En primer lugar simplificar los métodos de diagnóstico y de tratamiento para que sean accesibles a todos en situaciones de crisis. En segundo lugar organizar programas específicos para la educación de la familia como colaboradores inmediatos de los psiquiatras. Hay otras cosas para hacer, pero posteriormente: por ejemplo, restablecer los programas de salud mental para aquellos con secuelas de la guerra.

**RCP:** ¿Y cómo llevar a cabo acciones más simples y concretas?

**NS:** No es fácil establecer que se debe y que no se debe hacer. La traducción de nuestros conocimientos a un lenguaje simple es enormemente difícil. Quiero ilustrar esto con un ejemplo. En Lesoto ? fuimos invitados a participar en un curso para trabajadores en salud primaria donde sólo disponíamos de una hora para la enseñanza de toda la Salud Mental, de toda la psiquiatría. ¿Qué decir en un tiempo tan corto que sea importante, comprensible y asimilable? Lo primero era establecer cuáles son los problemas prioritarios de salud mental en esa comunidad; lo segundo cuál es el nivel educativo promedio de los trabajadores en salud primaria y lo tercero cómo dividir 60 minutos para cada uno de los temas fundamentales. Tardamos un año, con un grupo de expertos, para decidir el contenido de la presentación.

Uno de los problemas principales de esa comunidad era el retardo mental. ¿Qué debía enseñar el trabajador en Salud Primaria sobre este asunto a la madre en una frase? Después de múltiples disertaciones se llegó a la siguiente conclusión: «Enseñe a la madre a recompensar el esfuerzo sin esperar resultados». Generalmente las madres recompensan los resultados en sus niños, pero cuando este padece de retardo mental no es así; lo más valioso es recompensar el esfuerzo. Piensen ustedes qué más hay que decir para los familiares y los maestros de un niño con retardo

mental. Si bien este es un caso extremo, debe servirnos para ilustrar nuestras acciones educativas.

**RCP:** *Háblenos acerca del Estudio de Salud Mental Mundial 2000.*

**NS:** Es un trabajo realizado por un consorcio con el liderazgo del doctor Ron Kessler, sociólogo de Harvard, quien junto con su grupo y el de la OMS ha diseñado diversos instrumentos de investigación epidemiológica, para ser aplicados en poblaciones de más o menos 300.000 habitantes y con una muestra entre 3.000 y 5.000 personas, que permita conocer qué tipo de enfermedades se presentan en los diferentes países del mundo.

**RCP:** *¿Cuántos países están participando?*

**NS:** No estoy seguro.

**RCP:** *28 países.*

**NS:** Sobre este tipo de estudios quisiera hacer una anotación. Los estudios epidemiológicos son útiles para conocer las causas y el comportamiento longitudinal (historia natural) de los trastornos mentales, pero no para la desarrollo de los servicios de salud. Para este propósito no es esencial conocer el número de enfermos, sino cuáles son sus necesidades. Los dos son muy diferentes, la necesidad se define por la demanda de la población, por el diagnóstico del médico y, lo más importante, por nuestra capacidad de responder.

En las demencias, por ejemplo, el problema más molesto que enfrentan las familias y los cuidadores del enfermo es la incontinencia urinaria y fecal. Para ayudar al paciente, su familia y el equipo de salud de qué

sirve conocer cuántas personas padecen este trastorno (prevalencia) en una población dada. Lo que en este punto necesito saber es cuánto tiempo toma a la familia y al personal de salud aprender a utilizar los pañales (no hay una solución mejor por el momento), cuánto dinero cuestan esos pañales y cuántos pacientes con demencia sufren esta complicación. Ninguno de esos datos me los proporciona un estudio epidemiológico.

**RCP:** *En este punto, y como una digresión, aparece una pregunta interesante: ¿qué es para Usted calidad de vida?*

**NS:** En mi opinión, la calidad de vida sólo debe ser definida por el individuo. La familia y la sociedad pueden definir cuáles son las tareas de una persona en la vida, pero no su grado de satisfacción. En Japón, quienes deciden cuando una persona ingresa a un hospital psiquiátrico es la familia; en la antigua Unión Soviética es la sociedad quien delimita las necesidades básicas de las personas.

Para medir la calidad de vida es indispensable conocer qué tipo de comunidad estamos evaluando, quién «impone» los parámetros para su definición. Se trata de tres instancias separadas: sujeto, familia y sociedad, y es un error creer que hay una marcada interrelación entre ellas. Yo puedo pensar que mi calidad de vida es pésima y mi familia o la sociedad creer que no, o viceversa. Como ya dije, debe ser el individuo quien determine su grado de satisfacción, pero no siempre es así.

**RCP:** *¿Cómo se puede mejorar el nivel de la calidad de vida de una comunidad?*

**NS:** Para incrementar el nivel de calidad de vida de las personas se debe intervenir sobre dos aspectos simultáneamente: disminuir las causas de insatisfacción y aumentar las de satisfacción. Si actuamos sobre uno de ellos exclusivamente no se obtiene un cambio en el todo. Hay que capacitar a los individuos, la familia y la sociedad para hacer frente a las dificultades de la vida y al mismo tiempo disminuir los factores externos que atentan contra el bienestar.

**RCP:** *¿La incertidumbre es un factor preponderante para una mala calidad de vida?*

**NS:** Por ejemplo, los guerrilleros que ingresan a la guerra por razones ideológicas tienen un enorme grado de satisfacción con la vida porque creen que mueren por una causa «justificada», sienten que colaboran en la creación de un mundo mejor, a pesar de las inmensas vicisitudes e incertidumbre que deben afrontar: hambre, cansancio, enfermedades, persecuciones. Sin embargo, ninguna otra actividad les ofrece tantas «satisfacciones», se sienten «felices» y no cambiarían su condición.

**RCP:** *¿De cuáles factores depende que una sociedad pueda brindar una mejor calidad de vida a la población?*

**NS:** Una comunidad posee tres tipos de «capital»: económico, humano y social. El «capital económico» está compuesto por todos los bienes materiales; el «capital humano» está determinado por la totalidad de la gente que puede producir bienes; y el «capital social» es un bien público resultante de las relaciones útiles en-

tre sus miembros. Los dos primeros son disminuidos por una intervención psiquiátrica: tratar a los enfermos cuesta dinero, el más simple de los tratamientos exige una inversión económica aunque más tarde el paciente pueda trabajar. El «capital humano» también disminuye porque la posibilidad de emplear a un enfermo es baja aún después del tratamiento; el hecho que pueda trabajar no significa que lo van a emplear. Sin embargo, el «capital social» se incrementa porque la relación social se solidifica en el apoyo mutuo con el enfermo, refuerza la cohesión social, es útil no sólo con el paciente sino con toda empresa de la sociedad. Por ello es importante conocer qué es el «capital social», cómo podemos medirlo, de qué manera podemos utilizarlo y cómo puede aumentarse.

Normalmente cuando el «capital económico» es bajo, el «capital social» es alto, porque la gente tiene que unirse para sobrevivir, en situaciones «extremas», de crisis, de corta duración, porque si la situación es crónica, de larga duración, permanente, el «capital social» tiende progresivamente a disminuir con el tiempo. Por el contrario, cuando el «capital» económico es alto, el «capital» social es bajo, las relaciones mutuas útiles disminuyen porque la gente puede «comprar» las relaciones sociales, los cuidados para el enfermo, la ayuda para cuidar a los niños. En definitiva, compramos el «capital social».

Las sociedades donde se utiliza el «capital social» todo el tiempo, sin invertir en él, este termina por ago-

tarse y no va a estar disponible cuando se le requiera para infinidad de cuestiones: la educación de los niños, la ayuda de la familia, el cuidado de los enfermos y los ancianos, la colaboración entre las personas, etc.

**RCP:** *¿El nivel de educación tiene relación directa con una mejor utilización del «capital social»?*

**NS:** Posiblemente, pero es una pregunta muy complicada. Supongamos que todos los días se presenta un buen programa educativo, durante tres horas, donde se enseña cómo ser buen amigo con los demás. Probablemente vamos a aprender mucho, pero al mismo tiempo durante tres horas no hemos departido con nadie. Lo mismo ocurre con la educación: de un lado poseemos más conocimientos, pero de otro lado tenemos menos relación con las personas.

**RCP:** *Algo sobre sus ilusiones y sus utopías.*

**NS:** Muchas cosas. Creo en los asuntos que hemos discutido esta mañana. En cada uno de esos aspectos hay

esperanzas, sueños y utopías. Ninguna utopía es imposible, es más bien un plan para desarrollar en el futuro, un reto.

**RCP:** *Un mensaje para los psiquiatras de hoy.*

**NS:** Juntos podemos ser más y juntos podemos hacer más. Es prioritario llegar a un consenso entre los psiquiatras alrededor de varios tópicos: cuáles son nuestras prioridades, qué actividades debemos realizar, qué tenemos que enseñar, cómo debemos hablar con otros profesionales de la salud, en qué dirección tenemos que orientarnos. Debemos encontrar un lenguaje común para todos los que tenemos una misma tarea, posiblemente diferentes especialidades y distintos caminos, pero un objetivo idéntico: la salud de todo el mundo.

**RCP:** *Muchas gracias. Para todos los asistentes ha sido un inmenso placer departir con Usted. Esperamos tenerlo de nuevo en el país para que nos ilustre de manera tan didáctica como mejorar nuestro quehacer.*