

LA PSIQUIATRIA LATINOAMERICANA: IDENTIDAD Y FUTURO

*Por RENATO D. ALARCON**

RESUMEN

El presente trabajo examina y comenta los resultados de un estudio sobre el tema abordado con la participación de 29 distinguidos psiquiatras latinoamericanos. Dentro de once posible "declaraciones de identidad" obtenidas a base de un cuestionario y entrevistas personales con los encuestados, cuatro entrañaban una identidad negativa o desfavorable, otras cuatro, una identidad neutra y las tres restantes, una identidad positiva o tangible. Desde otra perspectiva, se detectaron cuatro niveles o estadios de identidad: deficiente o deficitaria, germinal o de encrucijada, polimorfa y fáctica. Los tres últimos niveles y en especial el último establecieron tres características distintivas de la psiquiatría latinoamericana contemporánea: mestiza, social y crítica. Sobre esta base, el futuro de la psiquiatría latinoamericana debe vislumbrarse en función de su necesidad de modernización, de ningún modo incompatible con la inmanencia de su identidad. Esta garantiza continuidad y armonía; aquélla es una respuesta inteligente a los avatares de la actual circunstancia. Se concluye que el futuro ideal de la psiquiatría latinoamericana es el de un saludable y pluralista balance vertebrado por el afronte social, respetuoso de la individualidad y solidario con la comunidad en su conjunto.

SUMMARY

This work examines and comments on the results of a study conducted with the participation of 29 distinguished Latin American psychiatrists. Within 11 possible "identity statements" obtained on the basis of a questionnaire and personal interviews, four entailed a negative or unfavorable identity, four a neutral identity, and the remaining three, a positive or tangible identity. From another perspective, four levels or stages of identity development

* Profesor y Subjefe, Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, Escuela de Medicina, Universidad de Emory; Jefe, Servicio de Psiquiatría, Centro Médico de la Administración de Veteranos, Atlanta, Georgia, EE.UU.; Presidente, Sociedad Americana de Psiquiatría Hispánica.

were detected; defective, germinal or "at cross-roads", polymorphous, and actual. The last three levels, particularly the fourth, led to the establishment of three distinctive characteristics of contemporary Latin American psychiatry: mestiza, social and critical. On this basis, the future of Latin American psychiatry should be seen as in need of modernization, not incompatible with the permanence of its identity. The latter guarantees continuity and harmony. The former is an intelligent response to contemporary circumstances. Incorporation of psychiatry to primary care activities will consolidate the end of its separation from the rest of medicine and will strengthen its closer contact with the majority of the population. It is concluded that the ideal future of Latin American psychiatry will be that of a healthy and pluralistic balance vertebrated by the social approach, respectful of individualities, and in solidarity with the community as a whole.

PALABRAS-CLAVE: Psiquiatría Latinoamericana, identidad, futuro.

KEY WORDS: Latinoamerica Psychiatry, identity, future.

No son pocos los que podrían cuestionar la existencia de una psiquiatría latinoamericana. El carácter universal de la psiquiatría, sostendrían, supera todo sello localista, regional o geográfico. Más aún, aducirían, la psiquiatría es una rama de la medicina, la medicina es ciencia y la ciencia no conoce fronteras, mucho menos nacionalidades. ¿Por qué entonces hablar de la psiquiatría de Latinoamérica y no más bien del desarrollo de la ecuménica disciplina psiquiátrica en América Latina? ¿Por qué necesita la psiquiatría latinoamericana una identidad? ¿No será ella como es la literatura latinoamericana para Octavio PAZ: contradictoria, ambigua, excepcionalista e indeterminada? ¿No tendrá en su seno, como en las literaturas "un diálogo continuo hecho de oposiciones, separaciones, bifurcaciones"?¹

La respuesta no es fácil. Sin embargo, la psiquiatría no es literatura y, con ser un aspecto de la medicina, no es ni cirugía, ni obstetricia ni cardiología. Necesita por tanto una identidad porque no puede marchar al margen de la evolución histórica de su continente-cuna. Porque en su joven historia ha bosquejado un proyecto, una ima-

gen de sí misma, una necesidad de ser vista de igual a igual por las otras psiquiatrías². Y no en lucha ideológica sino en énfasis, prioridades y objetivos. Se requiere tener identidad como tarea ineludible porque enseguida han de estudiarse y afrontarse los conflictos inevitables de tal identidad. La requiere porque existen pacientes psiquiátricos *latinoamericanos* con problemas propios, diversos y distintos. Porque ellos tienen su singular "orden negociado" en y de la enfermedad, frente al cual el deber del psiquiatra y del trabajador de salud mental del continente es no sólo profesional sino también ético y auténticamente existencial³.

En un intento por recoger en sus propias fuentes, la esencial identidad de la psiquiatría latinoamericana y los trazos fundamentales de su futuro desarrollo, exploré el tema, hace casi diez años, con algunos de los más distinguidos líderes de nuestra disciplina en el subcontinente. Los resultados están incluidos en un libro publicado en 1990⁴. De 32 psiquiatras a los que me dirigí inicialmente, 29 aceptaron responder a un cuestionario de 24 preguntas y someterse luego a una prolongada entrevista. Mis interlocutores procedieron de 13

países, seguían diversas tendencias doctrinarias y sus trayectorias abarcaban diversos períodos generacionales en el devenir de la psiquiatría latinoamericana.

La pregunta clave fue: ¿Tiene la psiquiatría latinoamericana una identidad definida? ¿Se distingue en algo de la norteamericana de orientación biológica, agresivamente tecnificada, pluralista, pragmática y arrogante? ¿O de la francesa, alemana y española, elegantes, detalladamente clínicas, densas, sutil o declaradamente teorizantes? ¿De la inglesa, sobria, tal vez verdaderamente ecléctica en el sentido más sencillo de la palabra? ¿O de la escandinava con su fuerte tendencia epidemiológica, la soviética (de aquel entonces) y su legado pavloviano, la africana con su colorido folklórico, mágico y de énfasis primario? ¿Es posible identificar sus rasgos distintivos? ¿Es latinoamericana la psiquiatría que se practica en América Latina?

Los veintinueve psiquiatras no eludieron por cierto el reto así planteado. De sus respuestas, opiniones, pronunciamientos y comentarios fue posible extraer una riquísima variedad de ideas en torno al tema central. El espectro de descripciones abarca once posibles "declaraciones de identidad" de la psiquiatría latinoamericana. Cuatro de ellas entrañan lo que podría llamarse una identidad "negativa", desfavorable, reticente; otras cuatro reflejarían una identidad "neutra", en proceso de ser; las tres restantes implican una identidad "positiva", tangible. Desde otra perspectiva, las once categorías podrían distribuirse en cuatro niveles o estadios:

1. *Identidad defectuosa o deficitaria.*

La psiquiatría latinoamericana: a) es o está alienada, una manera de ser no siendo; b) tiene estructura y funcionamiento dependientes, de copia, de sumisión y debilidad intrínsecas; c) se erige en ejemplo de una

"Psiquiatría del subdesarrollo"*; y d) es una psiquiatría "fracturada", "balcanizada", desmembrada, fragmentada, dividida. Estos cuatro matices suman lo que algunos de los entrevistados describen como falta de originalidad en nuestra psiquiatría, su quehacer "de extramuros", de colonia ultramarina, de mentalidad "bovarista", atenta al arribo de la más reciente "baratija tecnológica" (absoleta ya en la metrópolis cuando este arribo ocurre). La alienación bien puede deberse a que lo latinoamericano "no es una realidad vivida y sentida radicalmente" por nuestra psiquiatría, perdida y confusa en medio de "minitradiciones locales". Pero la fractura es también el resultado de la dominación externa: lo que primero fue mero trasplante europeo en la época colonial, y copia, todavía europea, en las primeras décadas de psiquiatría "republicana", fue más tarde imposición norteamericana sea en forma de psicoanálisis, psiquiatría de comunidad o, más recientemente, DSM-III y DSM-IV. Es así como la psiquiatría latinoamericana se pasa el tiempo "recordando el futuro que otros nos quitaron".

2. *Identidad germinal o identidad de encrucijada.* En tanto que hay "una manera latinoamericana de pensar", un bagaje cultural relativamente común a todos los países, una interpenetración de culturas, la nuestra es una psiquiatría "balbuceante". Varios de los entrevistados usaron el término "encrucijada". Se habló también de una psiquiatría "en ciernes" pero los términos "desarrollos" ("no hay identidad sino desarrollos") e "intención de identidad" ("saber del otro, aprender del otro para sobrevivir en permanente búsqueda, tal vez sin llegar nunca"), capturaron mejor la

*Los entrecomillados en esta sección reflejan declaraciones específicas de los entrevistados.

esencia de este punto de vista. Una identidad germinal es aquella en proceso de nacer y crecer, en aquella que, en medio de circunstancias comunes de incertidumbre, hostilidad ambiental, ebullición y efervescencia, emerge como respuesta, quien sabe si como "translaboración" del trauma de nuestro pasado. El reto es inmenso porque "no se trata de crear un enclave autárquico y exótico de ideas". En esta tarea "el gran problema es el mantenimiento de las creaciones eficientes" perpetuamente amenazadas por el proverbial espontaneísmo latinoamericano.

3. *Identidad polimorfa*. La variedad y la heterogeneidad latinoamericanas subyacen a esta declaración de identidad para con su psiquiatría. Esta región variopinta, plena de "nacionalismos estupendos", fluctúa entre lo español, lo criollo, lo mestizo y lo indio y genera así el "mosaico" de su visión psiquiátrica. Se trata de un sutil aunque decisivo paso adelante en la percepción de lo que es identidad. Ya hay o, por lo menos, *parece haber* una identidad, un "gradual borramiento de las diferencias de escuela" que eventualmente pudiera poner atajo a los localismos y nacionalismos aludidos antes. Un interlocutor planteó que "nuestra intención no ha sido diferenciarnos" pero que la identidad se irá dando "sin que nos demos cuenta... y no como creación ontológica sino estética... con las cosas que a nosotros nos gusten y que podamos crear". En el momento, el mosaico es "desigual, un arcoiris un tanto desfasado o asincrónico en el que lo científico es en cierto modo eco de lo sociopolítico". Lo que resulta más revelador y categórico es que todos los entrevistados que suscribieron, grados más grados menos, este punto de vista, estuvieron de acuerdo en que el desarrollo futuro de la psiquiatría latinoamericana será "en para-

lelo" e incidirá preponderantemente en el campo social, en "el trabajo comunitario que abarque grandes grupos", en "la problemática psicosocial que genera problemas de salud mental", una creación cultural que haciendo uso de "nuestro instinto comunitario básico" dé a lo antropológico-social la dimensión estética que reclamaba (o preveía) alguno de nuestros interlocutores.

4) *Identidad fáctica*. Hay indicios claros, hechos (de allí lo fáctico), que establecen en nuestra psiquiatría una identidad adjetivada indistintamente como "mestiza" o "de síntesis". Si éstos son conceptos similares, no lo son sin embargo con el de psiquiatría criolla que es sí y claramente una psiquiatría trasplantada y ejercida en grupos sociales que funcionan exactamente igual que las estructuras o sociedades de origen. La realidad del mestizaje, el gradual compromiso emanado de esa pertenencia a la tierra y a la mezcla ancestral, el haber crecido en una "interacción histórica constante y mutante" han hecho que la psiquiatría y los psiquiatras en Latinoamérica se avengan, en su mayoría, a una ideología "en y del trabajo" y accedan a la comunidad con "actitud simétrica", utilizando en sus transacciones todo lo que de bueno, aplicable y adaptable se pueda utilizar.

PSIQUIATRIA MESTIZA

En tanto que fenómeno metacultural y metahistórico, el mestizaje penetra y cubre -tal como lo hace con todo proceso colectivo- el campo de la psiquiatría en América Latina, a la que algunos llamaron también América Morena. El mestizaje fue en sus inicios "clandestino... un corto-circuito diferencial y subversivo" que llevó más tarde a la instauración de un "espacio de latinoamericanidad"⁵. Del mismo modo

que ARGUEDAS^{6,7} vio al mestizo como el agente más viable, el único capaz de salvar algo de la herencia india en los difíciles e irreversibles trances de la aculturación, la psiquiatría latinoamericana parece escoger tal perspectiva integradora como una de sus cartas de identidad.

PSIQUIATRIA SOCIAL

La psiquiatría de síntesis es psiquiatría "no acomplejada", comprometida con los problemas propios y -lo que es más importante- transida de inquietudes sociales. "Si el psiquiatra latinoamericano -dijo un entrevistado- logra adherirse inteligente y responsablemente a la finalidad social de su especialidad... (no practicará) ...una psiquiatría reduccionista" y reafirmará el carácter solidario de su vocación. Englobando pues las coalescencias del mestizaje y el ordenamiento de la síntesis, la identidad social asumible para el estado actual de la psiquiatría latinoamericana toma partido por un comunitarismo de base que no reniega ni rechaza los aportes de otras vertientes. Lo social implica las perspectivas y los aportes de las ciencias sociales, armonizados por la visión holística del psiquiatra, médico primigenio. Se acerca al ser humano doliente como entidad enteriza. Estudia los fenómenos psicosociales en tanto que factores de riesgo, eventos patogénicos y desafíos terapéuticos. Abarca también -y fundamentalmente- lo cultural o transcultural en lo que tiene de patogénico y patoplástico, debido a la "mezcla casi osmótica" de las diversas culturas que colisionaron en América a lo largo de su historia.

La psiquiatría latinoamericana, en la voz de 29 de sus más conspicuos representantes, busca su identidad en las canteras de lo social⁸. Tiene, en verdad, una distin-

guida tradición nacida mucho antes que su conceptualización en un cuerpo de doctrina. En su esencia histórica y en su relación coyuntural, lo social prevalece como singularidad, como distintividad, como posibilidad y como permanente travesía en busca de lo auténtico. Lo social confiere a nuestra psiquiatría una dimensión tan universal como la psicológica (psicodinámica), la biológica o la existencial, pero al mismo tiempo más amplia y más cercana a su entorno de todos los días, mas con los "pies sucios" en sus farragosas realidades. Lo social le da (o le puede dar si cultivado con honestidad y excelencia) la frescura de una creación persistente y genuina, la diversidad que es libertad de espíritu y de búsqueda⁹.

PSIQUIATRIA CRITICA

Pero hubo otro hallazgo, otra convicción casi unánimemente compartida que debe añadirse justicieramente a toda descripción o discusión en torno a la identidad de nuestra psiquiatría. En términos sencillos: la psiquiatría latinoamericana es (o debe ser) una psiquiatría crítica, dar a su "tarea de búsqueda de lo latinoamericano esencial" un sentido tamizador ineludible que, reflejando nuestras contradicciones y conflictos, contribuya a la autoafirmación implícita en toda identidad. Esta actitud crítica y vigilante hace incluso posible el procesamiento civilizado de posiciones teóricas y doctrinarias disímiles, "la inserción cultural dentro del modelo de la población real", el arreglo racional de la terapia individual y del planeamiento comunitario. La actitud crítica entraña -para el psiquiatra y la psiquiatría- adquirir conciencia de nuestras "dos violencias", la estructural y la explosiva, y de nuestro poder "fundamentado en nuestra capacidad de in-

vención social". La actitud crítica pondría fin tanto al eruditismo finisecular fofo y disonante, como a la militancia ciega, la insensibilidad ladina o la indiferencia somnifera. La psiquiatría crítica, en fin, aseguraría una renovación continua, una síntesis autoalimentada y una reafirmación de la vertebración social de nuestra disciplina.

La adscripción de un carácter crítico a la psiquiatría latinoamericana confirma también hitos significativos de una trayectoria honrosa. Crítica fue la terca lucha de Gregorio BERMANN resumida en su célebre libro *Nuestra Psiquiatría*¹⁰. Crítica fue la actitud de Honorio DELGADO contra los excesos teóricos y prácticos de cualquier escuela¹¹. Crítica fue la proclama social de PICHÓN RIVIERE, la pasión docente de Guillermo DÁVILA o el cuestionamiento temprano de BUSTAMANTE. Críticos fueron los afanes de VALDIZÁN y ROTONDO en el Perú, MATTE BLANCO en Chile, RODRIGUES o PACHECO E FILHO en Brasil, ENDARA en Ecuador, MATA DE GREGORIO en Venezuela¹². La habilidad crítica -y la posibilidad de serlo y hacerlo- son, en última instancia, expresión cimera de la libertad del hombre, de todos los hombres. "Porque sin esta idea -señala POPPER¹³- no puede haber normas objetivas de investigación, ni crítica de nuestras conjeturas, ni ansia de lo desconocido, ni búsqueda del conocimiento.

¿ES JUSTIFICABLE UNA IDENTIDAD SOCIAL?

La comprobación de una identidad trifásica entraña responsabilidades significativas para la psiquiatría latinoamericana. De un lado, la necesidad de alejarse de todo dogmatismo, cuya cerrazón y estrechez perjudicarían su vocación de universalidad, sobre todo si se niega vigencia a los aportes

de otros lugares y de otras orientaciones. Adoptar una identidad no significa rechazar las otras; por el contrario, implica tanto el vigor de una tolerancia erasmiana cuanto el olvido de complejos y la consciente aceptación del pluralismo a nivel global. Una segunda responsabilidad es la de asegurar con seriedad y firmeza el desarrollo armónico de la disciplina como área de atención médica, esfuerzo de adiestramiento de personal profesional y auxiliar y planeamiento y ejecución de investigaciones significativas.

El afirmar una identidad social para la psiquiatría latinoamericana puede generar polémica y controversia. Sería deseable enmarcar este debate en la prosa elegante de Octavio PAZ cuando discute las diferencias entre poesía y ciencia:

"El poeta aspira a una imagen única que resuelva en su unidad y singularidad la riqueza plural del mundo. Las imágenes poéticas son como los ángeles del catolicismo: cada una es en sí misma una especie. Son universales singulares. En el otro extremo, el científico reduce los individuos a series, los cambios a tendencias y las tendencias a leyes. Para la poesía, la repetición es degradación; para la ciencia, la repetición es regularidad que confirma las hipótesis. La excepción es el premio del poeta y el castigo del científico¹⁴."

Del mismo modo, Vaclav HAVEL habla con severidad y fuerza del poderoso impacto de la ciencia y de su aspiración a convertirse en base de la moderna concepción del mundo:

"El alucinante desarrollo de la ciencia, con su fe incondicional en la realidad objetiva y su completa dependencia en leyes generales y racionalmente demostrables, ha conducido al nacimiento de la moderna civilización tecnológica. Esta es la primera civilización que abarca al mun-

do entero y une a todas las sociedades sometiénolas por tanto a un común destino global.

“La ciencia moderna de corte clásico ha descrito solamente la superficie de las cosas, una dimensión simple de la realidad. Y cuanto más dogmáticamente ha tratado a esa sola dimensión, como si fuera la esencia de la realidad, más engañosa se ha tornado esa ciencia.

“El mundo de nuestras experiencias luce caótico y confuso. Los expertos nos pueden explicar cualquier cosa en el mundo objetivo, pero comprendemos menos y menos el sentido de nuestras propias vidas. Vivimos en el mundo post-moderno en el cual todo es posible y casi nada es seguro.... Y cuanto menos respuestas da la era del conocimiento racional a las interrogantes básicas del ser humano, pareciera que la gente se aferra más profundamente, y a espaldas de aquélla, a las antiguas certidumbres de su tribu”¹⁵.

Frente a estas declaraciones tan elocuentes y apasionadas como obviamente unilaterales, puede y debe recurrirse a las palabras de un hombre de ciencia, ganador del Premio Nobel de Medicina, en busca de la visión mesurada y objetiva que el tema reclama. Don Santiago RAMON Y CAJAL resume el papel del científico comprometido con lo que él llama “la más noble y humanitaria empresa ... poema vivo de acción intensa y de heroísmo tácito”, síntesis admirable de la interacción entre ciencia y sociedad:

“Y cultivemos, repito, nuestro jardín -según decía VOLTAIRE-, cumpliendo en lo posible el doble y austero deber de hombres y patriotas. Para el biólogo, el ideal supremo consiste en resolver el enigma del propio yo, contribuyendo a esclarecer al mismo tiempo el formidable misterio que nos rodea. No importa que nuestra labor

sea prematura e incompleta; de pasada, y en tanto alborea el ansiado ideal, el mundo se dulcificará gradualmente para el hombre. La naturaleza nos es hostil porque no la conocemos: sus crueldades representan la venganza contra nuestra indiferencia. Escuchar sus latidos íntimos con el fervor de apasionada curiosidad, equivale a descifrar sus secretos: es convertir a la iracunda madrastra en tiernísima madre”¹⁶.

FUTURO DE LA PSIQUIATRIA LATINOAMERICANA

Trazados de modo general los rasgos distintivos de la identidad de la psiquiatría latinoamericana, se plantea la fundamental interrogante respecto a su futuro. La respuesta tiene que ser categórica: nuestra psiquiatría debe modernizarse en todos y cada uno de sus aspectos, provisión de servicios, enseñanza y adiestramiento, e investigación¹⁷. No hay incompatibilidad alguna entre esta perentoria necesidad de modernización y la inmanencia de su identidad. Esta, cincelada en su historia, garantiza continuidad y armonía; aquélla es una respuesta inteligente a los avatares de su actual circunstancia. En otras palabras, la psiquiatría latinoamericana puede seguir siendo disciplina singular en la medicina del continente, al mismo tiempo que ser parte del esfuerzo masivo de nuestra profesión para elevar los niveles de salud de la inmensa mayoría, si no la totalidad de la población latinoamericana.

SERVICIOS CLINICOS. Se ha hablado mucho de la incorporación y participación de la psiquiatría y de otras profesiones de la salud mental en la llamada Atención Primaria¹⁸. Al cubrir y hasta garantizar el acceso de la población general a los conocimientos y más aun, a los especialistas en salud

mental, este esfuerzo reconoce de manera explícita (y pragmática) realidades demográficas y sociales incontrovertibles. El esquema de atención primaria incluye tareas de delegación, sustitución, referencia y atención especializada, en modelos piramidales que utilicen recursos nativos (conocedores profundos de la realidad cultural de las poblaciones atendidas), agencias comunitarias y paraprofesionales¹⁹.

La atención clínica moderna supone un intenso énfasis en acciones preventivas multifocales (familia, lugar de trabajo, redes de apoyo social) y multisectoriales (salud, educación, justicia, industrias), cuidados ambulatorios (con subsecuente reducción de servicios y camas de hospitalización), énfasis en terapias grupales (incluida la terapia de familia, de pareja, grupos de autoayuda, etc.), servicios de crisis o emergencias y desarrollo de técnicas nuevas de psiquiatría de enlace y consulta. En este último aspecto, el uso de las nuevas tecnologías de comunicación puede resultar en coberturas de sectores más amplios de la población, incluidas zonas rurales y villorrios alejados que cuentan con equipo y personal mínimos²⁰.

Al tiempo que la familiarización de médicos no psiquiatras y otros profesionales con elementos básicos de psicofarmacología, consejería y psicoterapia contribuirá al objetivo de modernización y ampliación de los servicios, los modelos diagnósticos deberán ganar en la agilidad, versatilidad y precisión que las nuevas clasificaciones y todos sus instrumentos de medición clínica han producido. Hay lugar aun para versiones cortas de escalas diagnósticas que permitan acción inmediata o, si ella no es posible, referencia rápida a los siguientes niveles de atención²¹.

De lo que se trata es de consolidar el fin del aislamiento de la psiquiatría en su

relación con el resto de la medicina y con la población en su conjunto. De este modo, en América Latina, se dará el proceso dual de remedicalización de la especialidad y expansión de su base de acción socio-demográfica. La estrategia debe ser clara y sus objetivos, precisos, porque ése es el único modo de allegarse los recursos financiero-presupuestales que la modernización reclama. Si la psiquiatría y la salud mental no pueden marchar solas (y la historia de muchas décadas así lo demuestra), deberán unirse al resto de las profesiones de la salud, proveyendo sus singulares destrezas y su especial perspectiva a la tarea común.

ENSEÑANZA Y ADIESTRAMIENTO. Estas actividades pueden y deben modernizarse para facilitar el avance tanto de los esfuerzos asistenciales como de la investigación. Si bien debe seguirse insistiendo en la preparación de médicos psiquiatras de excelente calidad, su número y distribución deberán corresponder a los papeles que han de cumplir en el cuadro total de la atención de salud. Ello significa que los educadores deberán también diseñar currícula destinados a los no especialistas, a otros profesionales de la salud mental, y a personal paraprofesional y de apoyo en diversos niveles.

El entrenamiento de los futuros psiquiatras deberá plantearse en función de rotaciones activas en zonas de mayor necesidad, variedad de patologías propias y acceso a recursos de atención ambulatoria, hospitalaria, comunitaria y hasta domiciliaria²². La duración del entrenamiento podrá variar también en función de la labor primaria a ser desarrollada por el profesional. Este mismo factor influirá en el énfasis de las disciplinas a ser enseñadas: psicofarmacología, psicoterapia, psiquiatría de enlace, psiquiatría comunitaria, paidopsiquiatría o geropsiquiatría, etc.

Lo anterior ciertamente no significa ignorar un currículum nuclear que sostenga por igual el valor de las contribuciones científicas actuales y el humanismo inherente al quehacer psiquiátrico. El enfoque multidisciplinario, las realidades del avance de la psiquiatría biológica, las presiones demográficas y multiculturales y el pragmatismo mencionado en relación a los servicios clínicos, son elementos indispensables en la estructuración de aquel currículum²³. Finalmente, la preparación de educadores psiquiátricos idóneos en base a un eficiente uso de la moderna tecnología educativa permitirá niveles de excelencia en aspectos tales como selección de estudiantes, administración de la enseñanza, evaluación del rendimiento y adaptaciones apropiadas²⁴.

INVESTIGACION. Uno de los más importantes dilemas -desde la perspectiva de la psiquiatría y la salud mental- es decidir qué tipo de investigación debe recibir el máximo apoyo posible en nuestra región. Nadie discute la necesidad de investigar, pero ciertamente los recursos económicos, la voluntad de trabajo y el personal dedicado a tales tareas son limitados y la decisión debe tomar muy en cuenta factores de tipo político-económico, así como realidades socio-culturales insoslayables.

Los problemas más apremiantes de salud mental a ser enfrentados ahora y en el siguiente siglo son alcoholismo y farmacodependencia, violencia y condiciones clínicas que afectan a niños, adolescentes y ancianos. Factores de estrés psicosocial tales como alienación, anomia, desarraigo, frustración y pobreza constituyen un poderoso caldo de cultivo de tales situaciones. De otro lado, la conexión entre farmacodependencia y los índices de muertes violentas (suicidio, homicidio, acciden-

tes de tráfico, muertes de niños y adolescentes en el hogar, etc.), así como con factores de tipo político refleja claramente la complejidad de los problemas y su creciente volumen. Otro ejemplo está dado por la relación entre factores nutricionales, retardo mental y problemas de conducta en niños y adolescentes. Las migraciones internas, espontáneas (en busca de mejor fortuna económica, oportunidades de trabajo o deseo de ascender en la escala social) o forzadas (por eventos de tipo político tales como terrorismo, guerra de guerrillas, o por desastres naturales o epidemias), son otro aspecto de la realidad con motivaciones y repercusiones en la salud mental. Finalmente, la epidemiología clásica nos dice que neurosis y psicosis son aun problemas prevalentes en América Latina, con peculiaridades clínicas y socio-culturales aún no del todo estudiadas en nuestros países^{25,26}.

Dentro del *continuum* investigación biomédica - investigación clínica - investigación psicosocial, mi lectura de los eventos pasados y presentes, me lleva a afirmar que la investigación psiquiátrica en América Latina para el siglo XXI debe centrarse fundamentalmente en el área psicosocial, y que el matiz clínico de tales esfuerzos deberá sujetarse no sólo a los parámetros tradicionales sino, nuevamente, a la esfera psicosocial. La investigación biomédica deberá continuar en centros escogidos, pero debe haber una comprensión clara de las prioridades y de los costos, y debe cesar el exceso retórico que clama que la única manera de liberarnos de la opresión imperialista en lo científico es propulsar la investigación básica en nuestros países. Las ideas originales de nuestros investigadores básicos pueden y deben llegar a fruición plena, sólo en centros selectos.

En términos generales, la investigación psicosocial puede ser menos costosa

que la biomédica. El carácter naturalístico de los temas de la investigación psicosocial favorecería el que la tarea de indagación, la colección de datos, incluso el uso de algún equipo o material de trabajo pueda amalgamarse en la implementación de proyectos específicos. En este sentido, se justificaría un esfuerzo renovado por captar partidas de laboratorios farmacéuticos -con añadidos de puntos de investigación no considerados por tal auspicio- o de entidades privadas interesadas.

¿Quién debe investigar y dónde debe investigarse? Los investigadores latinoamericanos deben ser entrenados seriamente en centros nacionales o internacionales de excelencia, merced a la colaboración entre diversos países, bajo el auspicio de organismos internacionales públicos y privados. De su lado, la investigación debe llevarse a cabo fundamentalmente en universidades o centros con afiliación académica. A pesar de todos sus problemas, la universidad sigue siendo probablemente el único tipo de institución en América Latina que reúne las características de multidisciplinariedad, flexibilidad, áreas de subespecialización, potencial de integración y de formación de equipos, que son indispensables en todo esfuerzo heurístico; es también la única institución que puede penetrar en la comunidad y mantener el contacto con grupos humanos que serían potencialmente fuente y objetivo de la investigación. Finalmente, la institución universitaria posee, por definición, la personería jurídica suficiente para tratar de captar fondos destinados a la investigación de diversas fuentes públicas y privadas, locales, nacionales o extranjeras²⁷. No se niega, por último, la posibilidad ni la acción de institutos de investigación que se rijan, sin embargo, por normas bien establecidas de trabajo y de colaboración inter-institucional.

Existe la parentoria necesidad de establecer una red latinoamericana de centros de investigación, basada en rendimientos probados. El establecimiento de convenios internacionales facilitaría el proceso de investigación de esfuerzos, evitando duplicaciones. Las investigaciones multinacionales son ejemplo valioso de este tipo de colaboración²⁸. Al mismo tiempo, esta idea es, en el momento actual, mucho más viable que la otra, lanzada varias décadas atrás, de crear un Instituto Latinoamericano de Investigaciones Psiquiátricas.

Otra fuente de personal de investigación, por lo menos en lo pertinente a colaboración y mentorazgo, esta dada por los 500 o más psiquiatras latinoamericanos trabajando al presente en instituciones universitarias de Estados Unidos y Europa, que podrían participar como consultores o en proyectos conjuntos. La idea no es nueva y se han dado por cierto casos de trabajo efectivo. Los investigadores invitados, sin embargo, deberán saber claramente que su actividad no es ni debe ser concebida con criterio paternalista o hegemónico.

Contra el telón de fondo de lo psicosocial y lo clínico, sustentada por su propia historia, por su identidad germinal y por realidades lacerantes, la investigación psiquiátrica en América Latina debería incursionar, entre otras, en áreas tales como la epidemiología clínica (hospitalaria, descriptiva y de comunidad), el estudio moderno de la llamada psiquiatría folklórica, la documentación de los llamados "psicosíndromes culturales" o trastornos "ligados a la cultura", provisión de servicios, modalidades terapéuticas destinadas a alcanzar al mayor número de pobladores, mejora de la terminología nosológica imperante, patologías sociales tales como violencia, delincuencia, terrorismo, tortura y desastres, y entidades clínicas definidas tales

como farmacodependencia, cuadros orgánico-cerebrales y psicopatología de la niñez y adolescencia.

COLOFON

El futuro ideal de la psiquiatría latinoamericana es el de un saludable y pluralista balance entre todo tipo de contribuciones e ideas que generen debate, esrutinio y aplicabilidad crítica. Es innegable, sin embargo, que nuestra psiquiatría no puede dejar de adoptar el afronte social como columna vertebral de su estructura y como genuina vertiente liberadora en su decurso. "Que en el futuro haya lucidez -reflexionaba un colega entrevistado para el presente estudio- para que la curación, la prevención o la rehabilitación se hagan en

forma personalizada y participativa". Es ese sesgo, a la vez respetuoso de la individualidad y solidario con el grupo, el que mejor tipificaría una auténtica psiquiatría latinoamericana. Un poco, el "estar-siendo" de KUSCH²⁹ que aseguraría nuestra autenticidad a través de una forma de esencialización con horizonte propio. Una identidad cimentada en "la búsqueda anhelosa volcada a lo inmediato y a lo originario (y que) ofrece una vía auténtica de salvación, un impulso de indestructible esperanza"³⁰. Y esa esperanza auténtica, que como dice LAÍN ENTRALGO es también acto de recreación, profesión de libertad y vislumbre de vínculos trascendentes, es la que ha de persistir como testimonio y como símbolo del quehacer psiquiátrico de América Latina.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde die Meinungen von 29 lateinamerikanische Pyschiatern über ein psychiatrisches Thema untersucht. Die Befunde zeigten elf "Identitäts Aesserungen": vier mit negativer Identität, vier mit neutrale Identität und drei mit positiver Identität. Ein zweiter Befund zeigte vier Niveaus von Identitäten: Mit Deficit, Am Rande, polimorfe und direkte. Die letzte zeigte drei Charakteristika der gegenwärtigen lateinamerikanischen Psychiatrie: mestize, soziale und kritische. Der Verfasser behauptet, dass die ideale Zukunft der lateinamerikanischen Psychiatrie die soziale Annäherung sei, mit Respekt der Individuation und in Begleitung der Komunität.

BIBLIOGRAFIA

1. PAZ O. ¿Es Moderna Nuestra Literatura? En *In/ Mediaciones*. Seix Barral, Barcelona. 1981:39-50.-
2. SEGUIN CA. Hacia una psiquiatría Latinoamericana. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1972; 8:413-419.-
3. ALARCÓN RD. Ser psiquiatra en América Latina. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1985; 31:3-4.-
4. ALARCÓN

RD. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana*. Siglo XXI, Editores. México, 1990.-
5. REIS R. O espaço da latino-americanidade, *Rev Crit Lit Latino Amer*, 1988; 14:25-37.-
6. ARGUEDAS JM. *Formación de una cultura nacional indoamericana*, Siglo XXI. México, 1981.-
7. ARGUEDAS JM. *Indios, mestizos y*

- señores, Editorial Horizonte. Lima, 1987.- 8. MARIÁTEGUI J. Ruta social de la psiquiatría peruana. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1972; 18: 371-376.- 9. ALARCÓN RD. Hacia una identidad de la psiquiatría latinoamericana. *Rev Neuro-Psiquiat* 1985; 48:81-100.- 10. BERMANN G. *Nuestra Psiquiatría*. Paidós. Buenos Aires, 1960.- 11. ALARCÓN RD. Vigencia del pensamiento de Honorio Delgado en la psiquiatría contemporánea. *Rev Neuro-Psiquiat* 1982; 45:127-151.- 12. ALARCÓN RD. Psiquiatría en América Latina. Las promesas y los riesgos. En *La Psiquiatría en América Latina*, J. Mariátegui, ed. Losada, Buenos Aires. 1988:117-126.- 13. POPPER K. *El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y refutaciones*, Paidós. Barcelona. 1976.- 14. PAZ O. Nueva España: Orfandad y legitimidad. En *Los signos en rotación*. Alianza Editorial. Madrid. 1983: 390-407.- 15. HAVEL V: The new measure of man. *New York Review of Books*. August, 1992.- 16. RAMÓN Y CAJAL, S. *Recuerdos de mi vida: Historia de mi labor científica*. Alianza Universidad. Madrid, 1984.- 17. ALARCÓN RD. Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina para el siglo XXI. *Acta Psiquiatr Psicol America Lat* 1993; 39:19-31.- 18. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health conditions in the Americas, 1981-1984. *Scientific Publication No. 500, PAHO*, Washington, DC, Vol. 1. 1986.- 19. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health for All in the year 2,000. Strategies. *Official Document No. 173*. Washington, DC, 1980.- 20. DIMARCO G, COLOMBO G. Redes sociales y enfermedad mental. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1988; 34:157-168.- 21. LEVAV I, GOFIN J. Técnicas de intervención en comunidad. El diagnóstico comunitario. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1988; 34:287-297.- 22. GONZALEZ R. La especialización en psiquiatría en algunos países de América Latina. En *La formación del psiquiatra*. Publicación Científica No. 282. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC., 1974.- 23. MEZZICH JE, AHN CW, FABREGA H. Patterns of psychiatric comorbidity in a large population presenting for care. En *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. JD Maser and CR Cloninger (ed). American Psychiatric Press, Washington, DC, 1990.- 24. SANTOS BA, MONSON CM. Actividad científica en Latino América. *Médico Interamericano* 1985; 4: 27-33.- 25. FLORENZANO R, FEUERHAKE O. Atención psiquiátrica en programas de salud general. *Bol Of Sanit Panam* 1981; 90:200-210.- 26. LEVAV I, LIMA BR, SOMOZA M, et al. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Bol Of Sanit Pan* 1989; 107: 196-219.- 27. DE LA FUENTE JR. Enseñanza e investigación en salud mental en América Latina: prioridades e implementación, *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1985; 31:269-283.- 28. BRODY EB. La psiquiatría en relación con la salud mental: Una perspectiva global. *Salud Mental*, 1986; 9: 3-7.- 29. KUSCH R. *Geocultura del hombre andino*. Fernando García Cambeiro, Editores, Buenos Aires, 1976.- 30. LAÍN ENTRALGO P. *La espera y la esperanza*. Alianza Editorial, Madrid, 1984.