

## PSIQUIATRIA LATINOAMERICANA EN EL NUEVO MILENIO\*

Por RENATO D. ALARCÓN\*\*

### RESUMEN

*Luego de un examen somero de la realidad latinoamericana en los renglones demográfico, social, de salud pública y salud mental, así como de la comprobación de ciertos indicadores optimistas y de la persistencia de signos de inestabilidad económico-política, se pasa revista al devenir histórico y a las características fundamentales -mestiza, social y crítica- de la psiquiatría en el subcontinente. El futuro de nuestra disciplina en el campo de la práctica clínica se orientará más a escenarios comunitarios a fin de favorecer una subsecuente ampliación de servicios, la protección de los derechos de los pacientes y la promoción de grupos humanos. La psicoterapia se diversificará en cuanto a escenarios, técnicas y roles del psiquiatra en relación a otros profesionales. La educación psiquiátrica mantendrá su carácter humanístico pero añadirá un componente pronóstico que reforzará el carácter polivalente del psiquiatra del futuro. El énfasis de la investigación será psicosocial y clínico con fuerte acentuación de una identidad mestiza que hará de la psiquiatría latinoamericana una creación cultural de características fascinantemente originales.*

### SUMMARY

*After a succinct examination of Latin American reality in its demographic, social, public health and mental health aspects, the description of some positive indicators as well as the persistence of signs of political and economic instability, the historical course and the fundamental characteristics (mestiza, social and critique-oriented) of Latin American Psychiatry are reviewed. The future of clinical psychiatric practice in the subcontinent will be increasingly oriented towards community settings with a concomitant amplification of services, protection of patient rights and promotion of human groups. Psychotherapy will become diversified in terms of settings, techniques and the roles of the psychiatrist vis-a-vis other mental health professionals. Psychiatric education will maintain its humanistic character but will add a pragmatic component which will reinforce the polyvalent character of the psychiatrist of the future. The main emphasis in research will be psychosocial and clinical, with an overall strong accentuation of a mestizo identity that will make Latin American psychiatry a cultural creation of fascinating and unique characteristics.*

---

\* Conferencia Magistral presentada en el XVII Congreso Venezolano de Psiquiatría, Maracaibo, Venezuela, Noviembre 7, 1998.  
\*\* Profesor y Subjefe, Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, Emory University School of Medicine; Jefe, Servicio de Salud Mental, Atlanta VA Medical Center, Atlanta, Georgia, EE.UU.

PALABRAS-CLAVE : Psiquiatría latinoamericana, Identidad, Cultura, Historia.

KEY WORDS : Latin American Psychiatry, Identity, Culture, History.

La inclusión de symposia o conferencias en torno al futuro que aguarda a nuestra disciplina es tema obligado en todo congreso, nacional o continental, que tiene lugar en América Latina. Me he preguntado varias veces respecto al por qué de esta persistente búsqueda, de esta terca interrogante que es a la vez rito académico, clamor angustiado y reafirmación de esperanzas. Las circunstancias hoy son doblemente complejas porque la pregunta se formula a las puertas del nuevo milenio, incitante y misterioso, rico en promesas pero también en paradojas, nunca más pletórico de respuestas y sin embargo lleno también de incertidumbres.

¿Cómo enfocar entonces el futuro de la psiquiatría en la América Latina del sigloXXI? ¿Deberé conjurar la idealizada imagen de un post-modernismo embriagador, híbrido, abrumador y globalizante? ¿O deberé quedarme más bien atrapado en la arena movediza de una lacerante realidad tercermundista, salpicada de un masoquismo tropical, también tercermundista? ¿Deberá la psiquiatría latinoamericana unirse al coro de una práctica disciplinaria cada vez más homogenizada por los arrebatos cibernéticos de la tecnología exportada por los centros de poder? ¿O deberá continuar mirándose a sí misma, lamentando sus déficits y clamando monacorde en el desierto de una victimización degradante? Tal, el dilema que confronto hoy.

En primer término, una visión rápida del estado actual de nuestro continente en sus renglones demográfico, social, de salud pública en general y de salud mental, en particular. Con una población actual de

casi 450 millones proyectada para el año 2010 a un impresionante total de casi 600 millones, la densidad demográfica por milla cuadrada puede alcanzar niveles intolerables especialmente en los países pequeños de Centro y Sudamérica. Con la posible excepción de Costa Rica, la composición étnica de esta población refleja diversos tipos de mestizaje, casi el 70% *versus* un 30% de raza blanca y otras etnias menores. En el momento actual, sólo Guatemala, El Salvador, Honduras y las Guayanas exhiben un predominio de población rural en comparación con la urbana (65% por lo menos), aun cuando este cuadro cambiará dramáticamente en el próximo milenio, con el consiguiente agolpamiento demográfico en las ciudades. No se proyectan modificaciones significativas en la composición etaria de la población latinoamericana, actualmente con más de 42% de menores de 15 años que la hacen una de las más jóvenes del globo. La tasa de natalidad por 1000 habitantes es de 32.5 en México, 34.4 en América Central (ambas por encima del 27.1 del promedio a nivel mundial) y 25.5 en Sudamérica. Es alentador el que las tasas de mortalidad por 1000 habitantes estén por debajo del promedio global (6 vs. 9), pero la mortalidad infantil asciende todavía a más de 42 por 1000 en México y Centroamérica y 30 por 1000 en Sudamérica. Las mujeres latinoamericanas tienen una expectativa de vida promedio de cinco años más que los hombres (70 vs. 65 años)<sup>1,2</sup>.

La gran mayoría de países latinoamericanos poseen formas convencionalmente democráticas de gobiernos elegidos por voto popular. Setenta por ciento y 90% hablan castellano y practican nominalmente la religión católica, respectivamente. En

este último renglón se da el fenómeno decrecimiento relativamente rápido de iglesias protestantes y la revigorizada práctica de ritos y cultos milenarios. El producto nacional bruto per cápita es de US \$ 1500 al año con una población económicamente activa que asciende al 33% del total. Cerca de 600,000 hombres y mujeres sirven en los institutos armados del subcontinente, más de la mitad en los ejércitos de países sudamericanos. El ingreso anual per cápita es de US \$ 8900 (4000 por debajo del nivel de pobreza en los Estados Unidos) en tanto que 38% de la población es analfabeta.

La Tabla No. 1 muestra algunas de las realidades de la atención en salud y salud mental, con énfasis en la formación y distribución de recursos humanos. Aparte del exceso de escuelas médicas, la calidad de varias de las cuales está por debajo de estándares requeridos, se da también la plétora de algunas profesiones como la de psicología que resulta en subempleo o desempleo por la falta de un mercado capaz de absorber el altísimo número de gra-

duados. Al mismo tiempo, se carece de cuadros en otras profesiones indispensables en la conformación de equipos multidisciplinarios de salud mental (asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de recreación, entre otros). La concentración de profesionales en áreas metropolitanas es otro fenómeno endémico, como lo son también las magras sumas para salud mental en presupuestos gubernamentales. No hay en Latinoamérica una tradición de apoyo y activismo comunitario en pro de causas de salud mental. Finalmente, la presencia de agentes nativos o folklóricos de salud mental, conformando el llamado sector informal de atención es otro aspecto característico de este cuadro global.

América Latina afronta pues el siglo XXI con una mezcla fascinante de realidades y de expectativas. Los llamados indicadores socio-económicos en la última década parecieran generar un cierto optimismo en relación a la mejora de condiciones de vida material: niveles crecientes de industrialización y consecuente

**TABLA N° 1**

**DATOS SOBRE INFRAESTRUCTURA DE LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA**

• Facultades de Medicina:	264
• Médicos:	1 por 1100 adultos
• Camas psiquiátricas:	1 por 5000 adultos
• Psiquiatras:	1 por 6500 adultos
	Total: 11,000
• Psiquiatras en docencia:	10%
• Nuevos psiquiatras por año:	900
• Ingresos anuales del psiquiatra:	US \$14,000
• Psicólogos: Psiquiatras:	10:1
• Fondos de investigación:	-0.1 del Presupuesto de Salud

reducción del desempleo, mayor acceso a la educación, mejor y mayor accesibilidad a vivienda decente, elevación del nivel nutricional, baja en los índices de mortalidad y morbilidad. Por otro lado, hay también persistentes y alarmantes signos de inestabilidad a nivel micro (desintegración familiar, hijos ilegítimos, violencia doméstica) y a nivel macro: aumento de niveles de criminalidad, violencia social y política, amén del omnipresente y poderoso influjo del tráfico y del consumo de drogas en prácticamente todos los estratos del cuerpo social latinoamericano.

Y el mundo aguarda al nuevo milenio tal vez con la aprehensión diluida al influjo de la actual bonanza del único superpoder en el planeta, el fin de la guerra fría, la focalización de conflictos bélicos (no por ello menos sangrientos o condenables), el impresionante progreso de la tecnología y la comunicación global, los alucinantes avances de la investigación biomédica con la genética como área central y factor decisivo. Pero, aprehensión al fin, el nuevo siglo es visto como el esotérico depositario de leyendas antiguas y nuevas, de visitantes intergalácticos, de religiones milenarias con vestiduras post-modernas, globalización económica dictada por poderosas, anónimas y frías corporaciones transnacionales, de la búsqueda desesperada de nuevos héroes y nuevos santos, llámense ellos Princesa Diana, John Lennon y Madre Teresa. Sí, el mundo entero y América Latina dentro de él, van a tener el siglo XXI un verdadero test de su estabilidad mental, emocional y conductual; nuevos retos a sus mecanismos de afronte individuales y colectivos; nuevas exigencias a los que fungimos de profesionales de la salud mental, escenario a la vez hermoso y aterrador en el que somos tanto espectadores ávidos como actores reacios.<sup>4</sup>

¿Y qué va hacer América Latina en el próximo milenio? Más allá de las cifras

estadísticas, demográficas o económicas, América Latina carga consigo esa inmedible dimensión de su cultura nutriente de fantasías y perpetuadora de soledades, patria inmensa engendradora de "hombres alucinados y mujeres histéricas cuya terquequedad sin fin se confunde con la leyenda" según el europeo hambriento de exotismo y utopías que nos describe García Márquez.<sup>5</sup> Es esa locura, la misma que según Antonio Pigafetta (nos lo dice el mismo Gabo) enardeció al nativo aquél de la Patagonia cuando le pusieron enfrente un espejo y experimentó el pavor de su propia imagen. América Latina fue y será a lo largo del milenio las calles surrealistas de Carpentier, la rayuela insondable de Cortázar, la búsqueda acuciante de Tomas Eloy Martínez, el escepticismo cruel y tierno de José Donoso, las guerras sin causa y los demonios sin nombre de Vargas Llosa. Será también la melancolía del hombre andino, el desenfreno alegre del caribeño, el jolgorio sincrético del brasileño, el dolor ambivalente del mexicano, aun el malhadado "europeísmo" del argentino. Exhibirá la multitud de rostros cetrinos que pueblan sus ciudades y sus aldeas, las angustias de una violencia fratricida, la procesión de la imagen crucificada, los responsos plañideros, el delirio áureo de nuestros fundadores reflejado en la paranoia asesina de Lope de Aguirre o el descomunal idealismo de Ernesto "Che" Guevara. Todo eso serán América Latina y su entraña cultural cuando visitemos la nueva centuria. Y allí estará entonces, para bien o para mal, la psiquiatría de la que somos parte.

El desarrollo histórico de la psiquiatría en América Latina estuvo marcado en sus comienzos por el influjo del conocimiento europeo traslapado a las colonias inicialmente dóciles y sin otra alternativa que la imitación pegajosa y vacilante. Por espacio de tres siglos la América Hispana

fue un ente huérfano de sólidos influjos de metrópolis y en sus universidades medioevales del siglo XIX no hubo "curiosidad americana" para el ejercicio reflexivo o heurístico.<sup>6</sup> Más tarde surge un talante cuestionador y de búsqueda de vertientes y caminos propios, lamentablemente restringido por el cambio de timón en la nave hegemónica, de Europa hacia los Estados Unidos. A pesar del farrago asfixiante de una cultura -la norteamericana- a veces indisciplinada y por lo mismo avasalladora, nuestra psiquiatría ha desplegado una sólida tradición clínica basada en postulados fenomenológicos y trabajos pioneros en las áreas asistencial, epidemiológica, de psiquiatría folklórica y social, psicoterapia dinámica y elaboraciones teóricas.<sup>7</sup> En un libro que publiqué hace poco más de un lustro, en torno a la identidad de la psiquiatría latinoamericana,<sup>8</sup> creí encontrar a través de la indagación bibliográfica, la experiencia personal y el enriquecedor diálogo con 29 líderes de la psiquiatría en el subcontinente, tres rasgos epistemológicos distintivos de la misma: mestiza, social y crítica. Permítame citar los párrafos pertinentes:

*Hay indicios claros... que establecen en nuestra psiquiatría una identidad, adjetivada indistintamente como "mestiza" o "de síntesis"... 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 el trato todo lo que es bueno, aplicable y adaptable y se pueda utilizar. La psiquiatría de síntesis es psiquiatría "no acomplejada", comprome-*

*tida con los problemas propios y -lo que es más importante- transida de inquietudes sociales (pp. 651).<sup>8</sup>*

*De otro lado,*

*... 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 -la psicológica y la biológica en particular. Lo social implica las perspectivas y los aportes de ciencias sociales como la antropología, la sociología, la ecología, la epidemiología y la psicología social armonizadas por la visión holística del psiquiatra -médico primigenio. Se acerca al ser humano doliente como entidad entera. Estudia los fenómenos "psicosociales" ("Urbanización rampante, fragmentación de la vida cotidiana, desarraigo de poblaciones, fluidez creciente de las redes sociales [incluso] los cambios resultantes de los revolucionarios avances en tecnología y en materia económicas", según puntualiza Sartorius" en tanto que factores de riesgo y desafíos terapéuticos. Abarca también -y fundamentalmente- lo cultural o transcultural en lo que tiene de patogénico y -más- de patoplástico debido a la "mezcla casi osmótica" de las diversas culturas a lo largo del mundo (pp. 653).<sup>8</sup>*

*Y finalmente,*

*...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 civiliza-*

do de posiciones teóricas y doctrinarias disímiles y contradictorias, "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 invención 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, el mero posibilismo de los años ochenta, el nihilismo o el inevitabilismo de los noventa. Se trata para la psiquiatría de lo que para el amplio marco de la cultura propone García Delgado:<sup>10</sup> "Un replanteo que ... recupere el proyecto y el horizonte utópico de la sociedad, apele a su creatividad y voluntad política en una dimensión crecientemente latinoamericana". La psiquiatría crítica, en fin, aseguraría una renovación continua, una síntesis autoalimentada y -casi con seguridad- una reafirmación de la vertebración social de nuestra disciplina (pp. 653-654).<sup>8</sup>

En el crisol de un mestizaje sincrético, en la veta de lo social en tanto que necesidad, problema, efervescencia colectiva y espíritu comunitario, en el altar de una posición crítica que es a la vez afán de búsqueda, rebeldía creativa y madurez tamizadora, la psiquiatría latinoamericana tiene entonces mucho que ofrecer a la utopía de una psiquiatría hispano-hablante. Y uso el término utopía en lo que tiene de aspiración y de esfuerzo. Tiene a su lado la sólida y elegante contribución de la psiquiatría española, heredera de honrosas tradiciones multiculturales, alerta a los mensajes europeo o norteamericano pero consciente de su doblemente singular papel de vaso comunicante y de fuente

original.<sup>11-13</sup> Y también a la más joven y no menos vigorosa psiquiatría hispánica que así llamamos a la que lidia, en el llamado país más poderoso de la tierra, con las angustias existenciales y clínicas de una minoría étnica que en menos de cincuenta años será la más numerosa en los Estados Unidos.<sup>14</sup>

Creo que buena parte del debate en torno a servicios de salud mental en América Latina, particularmente en los primeros años del próximo siglo, deberá dedicarse al análisis desapasionado de los aspectos declarativos y fácticos (esto es, las realizaciones) de la Declaración de Caracas.<sup>15</sup> Es precisamente el componente crítico de la identidad de nuestra psiquiatría el que deberá desmenuzarse lo retórico o inalcanzable, lo burocrático o rutinario y lo innovador y creativo de ese documento. Mientras ello ocurre permítaseme delinear las estrategias, acciones futuras, debates, políticas y posibles niveles de cooperación entre las psiquiatrías del norte y del sur de nuestro continente a lo largo de las décadas futuras. Creo firmemente que éste será un rasgo definitorio y decisivo del futuro de nuestra disciplina.

Los debates actuales en el ámbito de la psiquiatría latinoamericana no son diferentes de los que se dan en otras regiones del mundo. En investigación, el énfasis entre la investigación básica y clínica, esta última reforzada recientemente por la popularidad de la investigación de servicios y de resultados (*outcomes*). En el área de educación y adiestramiento, el conflicto entre modalidades tradicionales generalmente importadas e innovaciones curriculares adaptadas a las realidades locales y regionales. En cuanto a provisión de servicios, el tradicional pago por servicios individuales *versus* una atención manejada o gerenciada (*managed care*)

incipiente. Y como telón de fondo, la inveterada polémica entre psiquiatras de orientación biológica y aquellos eclécticos o de otras orientaciones.

El psiquiatra será, por cierto, elemento central en la arquitectura de la salud mental del futuro en América Latina. En un evento internacional al que concurrí

recientemente describí para la audiencia, muy brevemente y sin ánimo de generalización, 24 horas en la vida de un psiquiatra latinoamericano (Tabla N° 2). Hubo después muchos comentarios entre sorprendidos, risueños y anonadados. Me pregunto hoy si este ritmo será el mismo en el siglo venidero.

**TABLA N° 2**

**UN DÍA EN LA VIDA DE UN PSIQUIATRA LATINOAMERICANO**

- Lunes a Viernes, Sábados a.m.
- 6:30 - 8:30 a.m.: Consultorio privado
- 8:30 a.m. - 2:00 p.m.: Hospital o clínica (Visitas privadas, actividad docente)
- No tiempo para merienda
- 2-8 pm: Consultorio privado
- 8-10 pm: Responder llamadas, visitas domiciliarias o clínica
- Honorarios por visita particular (promedio): US \$10-40
- Salario docente promedio: US \$ 120/mes.

No cabe duda que habrá un cambio fundamental en la dirección de actividades clínicas y educacionales en salud mental hacia escenarios comunitarios, con una subsecuente ampliación de servicios (incluyendo labores preventivas y psicoeducacionales) a pacientes y sus familias. Estos últimos también deberán involucrarse más en labores de proselitismo y presión a todo nivel para el uso de recursos, humanización del cuidado y protección de los derechos de los pacientes, lo cual incluye paridad entre servicios de salud mental y en las pólizas de seguro, sea cual fuere el sistema de cobertura que se utilice.<sup>16-18</sup>

Los programas de salud mental deberán estar íntimamente relacionados con la promoción de grupos humanos en general.<sup>19,20</sup> Legislación, despliegue adecuado de recursos, fomento de competencia técnica, cooperación intersectorial, atención a segmentos y grupos etarios especiales de la población (niños,

ancianos, mujeres víctimas de violencia y personas físicamente incapacitadas, por ejemplo) son tareas que reclaman vigorosos Departamentos o Divisiones de Salud Mental en los Ministerios de Salud de los países. No se puede olvidar asimismo la preservación saludable de los valores culturales de grupos nativos o indígenas y la necesaria igualdad para todos en las oportunidades de acceso a los servicios de salud mental.

El papel de agencias como la Organización Panamericana de la Salud deberá ser revaluado. Su carácter eminentemente técnico afronta los límites de presupuestos magros, ambigüedad de propósitos, personal reducido y el inevitable sello burocrático.<sup>21</sup> Los llamados Centros Cooperativos de la Organización Mundial de la Salud deberán ser el resultado de cuidadosos procesos de evaluación de necesidades y rendimientos. El apoyo internacional a iniciativas de OPS y OMS, especialmente

proveniente de países europeos, es bienvenido, aun cuando se requiere pautas claras en la generación de iniciativas y prioridades.

Es precisamente en el contexto de este marco de cooperación donde reside una positiva esperanza de mejoramiento si lo que es a veces, una tensa y ambivalente relación Norte-Sur se convierte en verdadero diálogo constructivo en el área de salud mental.<sup>22</sup> Es obvio que se debe delinear claramente lo que el Sur puede contribuir a este diálogo: estrategias orientadas a problemas específicos, participación de la familia y de la comunidad, menos comercialización y énfasis crematístico y un genuino enfoque de salud pública. Al mismo tiempo, el Norte ofrece sólidos frentes de integración sistémica, provisión de servicios basados en la comunidad, modernos métodos epidemiológicos, evaluación de cualidad y legislación en favor de los derechos de los pacientes psiquiátricos. Del éxito de este diálogo depende sustancialmente una marcha exitosa hacia los desafíos del milenio.

Quisiera insistir en aspectos sustantivos de los cambios en los sistemas de prestación de servicios de salud mental que tendrán un impacto decisivo en el quehacer del psiquiatra latinoamericano del futuro. En primer término, creo que habrá una tendencia a la homogenización de los servicios no tanto en relación a su división en sectores cuanto en lo relativo a sus mecanismos operativos. Me explico: se expandirá la atención ambulatoria y el trabajo multi o interdisciplinario con una, en casos, radical reformulación de los roles del psiquiatra y de otros profesionales de la salud mental integrantes del equipo.<sup>23</sup> Habrá un mucho mayor énfasis en los criterios de eficiencia en el uso de los recursos a fin de prevenir o de hecho contener el alza en los costos de atención

médica o psiquiátrica. La "continuidad del cuidado" a cargo de los mismos "gerentes de casos" (*o case managers*) en el consultorio externo, la unidad de hospitalización o la propia comunidad será muy probablemente un postulado filosófico fundamental en el manejo de pacientes.<sup>24</sup> Las fuerzas del mercado tendrán vigencia creciente en la oferta y la demanda, manteniendo deseablemente el rostro humano que en estos momentos parece faltarle al experimento norteamericano en este campo. En todo caso y alerta a lo que señalo arriba, formulo esta esperanza: la psiquiatría latinoamericana no puede correr los riesgos de imitar a rajatabla lo que se hace en el norte, no sólo porque somos intrínsecamente diferentes sino porque carecemos de la infraestructura lujuriosa que puede tolerar incluso los "errores magños" que hoy vemos en los Estados Unidos. En el otro extremo, sin embargo, deberá repudiarse una "xenofobia tecnológica" indiscriminada y empequeñecedora.<sup>25</sup>

La planificación de servicios de salud mental estará basada en la población y en sus necesidades, delineadas en base a estudios epidemiológicos y a la llamada investigación de servicios. Se desplazará así del hospital o el número de camas como eje operativo para adecuarse al diseño de programas de atención a las patologías más frecuentes. Insistirá en la continua inserción del paciente en el seno de su comunidad<sup>26</sup> y de su familia y prestará mayor atención a conceptos tales como "restauración de la función", "calidad de vida", "calidad del cuidado", "niveles de satisfacción del usuario" o "perfiles de productividad" por parte del profesional.<sup>27,28</sup> Este último se atenderá más y más a "normas o guías" de su práctica cotidiana y, dentro de sus nuevos roles, ejercerá el de coordinador, consultor o supervisor del equipo interdisciplinario, a

cargo de los casos de manejo más difícil y complicado.<sup>29</sup> Finalmente, su alianza con lo que se espera sea un creciente y cada vez más militante coro de organizaciones comunitarias y de familias de pacientes deberá ser parte de una estrategia orientada tanto a una genuina mejora en la calidad de los servicios cuanto a un esencial sentido de supervivencia.

Estos cambios reflejarán una alteración radical de paradigmas, una modificación sustancial de la cultura del profesional psiquiátrico y del de salud mental en general. Como todo cambio cultural variará también su lenguaje. Y permítanme insistir aquí en algo que quisiera fuera mucho más que un simple deseo: es fundamental que la psiquiatría del Siglo XXI en América Latina no pierda su rostro humano, no se sume a la agonía del humanismo en nombre de un trabajo más "médico" o más "técnico". En suma, lo que de ninguna manera es deseable es que se establezca en nuestros países de nueva jerga del "cuidado gerenciado", jerga cargada de terminajos prestados del mundo de los negocios en el que ahora, en los Estados Unidos, al jefe de servicio se le llama "gerente", el clínico es el "proveedor", el paciente es "usuario", la visita es una "parada" o "encuentro", la atención médica un "producto", las compañías de seguros los "pagadores", el médico de atención primaria es el "guardián" y el contacto médico una "pérdida" porque significa merma del dinero asignado anualmente en cantidad fija al centro o grupo médico a cargo de una población predeterminada de pacientes potenciales.

¿Y qué de la psicoterapia? ¿Deberá el psiquiatra latinoamericano aspirar a continuar siendo un psicoterapeuta? ¿C, dadas sus nuevas obligaciones, deberá "delegar" esta tarea a otros profesionales? La pregunta que otrora hubiera parecido herética cobra hoy y más aún en el futuro una

validez reiterada. No se trata únicamente de disponibilidad de tiempo, de la creciente lista de técnicas a cual más complicadas, del crecimiento alucinante (valga la ironía) en el número de agentes farma-cológicos o del desafío cada vez más audaz de otras profesiones. Mi respuesta a la pregunta será, sin embargo, escueta: el psiquiatra del futuro en América Latina seguirá practicando psicoterapia pero lo hará en escenarios totalmente diversos: como "superespecialista" a la manera del cirujano plástico o del oncólogo, como "supervisor" de otros profesionales, o con el uso de técnicas sumamente focalizadas y pragmáticas. Y todo ello al lado de muchísimas otras funciones, algunas de las cuales he señalado líneas arriba.

La relación del psiquiatra con médicos no psiquiatras tendrá carácter emblemático y será modelo decisivo de la que se establezca con el médico de atención primaria. Será una negociación delicada, un aprendizaje mutuo de "territorios" y eficiencias, de delimitación de bordes y fronteras, de aceptaciones y de comprensión. Si se trata de asignar grandes grupos de población a grupos en práctica sea en el sector privado o en el académico, lo importante es definir de qué proporción del cuidado "integral" (el que supone la atención primaria) se hará cargo el psiquiatra en su paciente, y en qué momento tal tarea será transferida al médico de atención primaria o al especialista.<sup>30</sup> Esto tiene que ver también, y fundamentalmente, con costos globales de atención y con el proceso de "remedicalización" de la psiquiatría y los psiquiatras.<sup>31</sup>

Lo cual nos lleva al campo de la educación y el adiestramiento psiquiátricos en el futuro. Al mismo tiempo que la psiquiatría deberá asumir con mayor fuerza en el seno de las escuelas de medicina su papel de último bastión del humanismo en

el proceso docente que comienza en los años premédicos,<sup>32</sup> deberá también por fuerza adecuar su carga curricular a las nuevas realidades. El énfasis humanístico ha de ser pragmático: tecnificación de la entrevista sí pero en modo tal que preserve (o aún más, rescate) el genuino mensaje solidario de una profesión eminentemente solidaria: sólido conocimiento de ventajas y desventajas de procedimientos y técnicas diagnósticas y terapéuticas; búsqueda de un encaje afectivo, temperamental y cultural apropiado entre el paciente y su profesional tratante; trabajo psicoeducacional amplio y sistemático; presencia constante y reconfortante en las crisis o en las casi inevitables recaídas.

El residente de psiquiatría deberá todavía ser "polivalente" en la América Latina pero su profesionalismo deberá elevarse en función de la enorme variedad de situaciones que ha de confrontar en el futuro. Recordemos que América Latina seguirá viviendo la paradoja de sus altos índices de pobreza y de su posición de receptáculo abierto a todas las nuevas "modas" de la tecnología cibernética, de realidad virtual y de charlatanismo con disfraz de sofisticación que nos llega de otras tierras. Los educadores psiquiátricos deberán tener plena conciencia de estas paradojas y de sus desafíos concomitantes. La psiquiatría de enlace adquirirá renovada importancia, como lo harán también en el futuro áreas tales como la psiquiatría forense y la inventerada necesidad de más psiquiatras de niños y adolescentes. La psiquiatría de adicciones y la de trastornos sexuales también crecerán y con plena justificación. En todo esto, el balance que reclamo para una filosofía integral de la formación psiquiátrica deberá alcanzarse tras superar prejuicios y mini-guerras doctrinarias a las que lamentablemente somos a veces propensos los latinoamericanos.<sup>33,34</sup> Se me ocurre

que lo que contribuirá tal vez a una reducción de estas escaramuzas estériles será una realidad a la que bien puedo calificar de adversario común: el número de vocaciones psiquiátricas en el futuro. Frente a los embates de atención primaria y de las especialidades con su atractivo crematístico y tecnológico, es legítimo preguntarse si los postulantes continuarán poseyendo niveles adecuados de interés, vocación auténtica y excelencia. Obviamente, cambios o adaptaciones curriculares y tecnología educativa y de evaluación de rendimientos serán ingredientes esenciales de este proceso.

En otras oportunidades, he examinado las perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina para el siglo XXI.<sup>35</sup> Me ratifico en todos y cada uno de los principios que postulé entonces. El énfasis de la investigación deberá ser psicosocial, en respuesta a los más urgentes desafíos que confrontamos y confrontaremos como disciplina de salud en este continente. Gradualismo y colaboración multidisciplinaria deberán ser elementos críticos en el progreso de la investigación. La financiación de los esfuerzos deberá ser también múltiple ya que dudo que el Estado modifique sustancialmente su lista de prioridades presupuestales. Al hablar de colaboración, me refiero al establecimiento de redes internacionales o regionales dedicadas al estudio de los temas más apremiantes de salud y enfermedad mental en el subcontinente. El énfasis clínico o aplicado a que me he referido deberá marchar de la mano con la estructura del adiestramiento, extendido de manera especial a aquellos que manifiestan vocación o deseo de hacer investigación. La investigación básica deberá ser circunscrita a centros regionales de excelencia. Y no olvidemos que las prioridades de investigación las fijamos los profesionales, no los administradores, los burócratas o los políticos. Tarea difícil pero necesaria.

A riesgo de sonar redundante, permítame insistir en que el futuro de la psiquiatría latinoamericana debe ser latinoamericano. Añado sin embargo que a las características de ser mestiza, social y crítica (aquéllas que identifiqué en mi trabajo de la década pasada) deberá sumar un incremento de su autoestima como disciplina a nivel mundial, es decir la acentuación de su identidad en el marco de su necesaria ecumenización. Mestizaje implica apertura, lo social reclama un compromiso claro, lo crítico no entraña antagonismo sino purificación en el fuego del diálogo entre iguales.

Y así terminamos hablando de identidad. El comienzo y el fin de toda empresa humana radican en la búsqueda y en el encuentro de una identidad. Creación cultural por excelencia, la identidad es también fe, creencias, "riesgo y aceptación del riesgo" como diría LAÍN ENTRALGO.<sup>36</sup> Cuando tal proceso tiene lugar en un continente tal vez tempranamente avejentado, transido de dolores y angustias que probablemente no merece, golpeado por una historia que rehusó y aun rehúsa ser suya, nuestra respuesta deberá recoger las voces de nuestros mejores hombres y mujeres. En la psiquiatría latinoamericana, la respuesta estará dada por el construir sobre el legado de todos nuestros próceres. Y

porque creo firmemente en la armonía última entre ciencia y literatura, la respuesta radica también en lo que nuestros escritores -oráculos y clarividentes de nuestra época- han dicho siempre a través de su mensaje universal y con palabras mucho más elocuentes que las de nuestros científicos. Como García Márquez cuando reclama para América Latina "...una nueva y arrasadora utopía de la vida... donde de veras sea cierto el amor y sea posible la felicidad...". Como Neruda cuando nos dice: "Todo cuanto os he dicho, pero mucho más es la vida/ ¿Quién nos ha dado a escoger entre el combate y el reposo, entre el pan y la estatua?" Como Simón Rodríguez que reclama la necesidad de ser originales: "O inventamos o erramos".

Como Uslar Pietri que describe la incorporación de ideas foráneas en nuestra América injertadas y combinadas "en mezclas a veces irreconocibles... signo y muestra de lo latinoamericano". O como José María Arguedas, mestizo por antonomasia, que "...siente aquí una mescolanza del morir y del amanecer, de lo que hierva y salpica, de lo que se cuece y se vuelve ácido, del apaciguarse por la fuerza o a pulso. Todo este fermento está, y lo sé desde las puntas de mis orejas. Y veo, veo; puedo también, como tú, ser lo que sea. Así es".

## BIBLIOGRAFIA

1. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION: "Health Conditions in the Americas 1992-1994". Vol. II. Scientific Publication 549. Washington, D.C., 1994.- 2. MURRAY CJL, LOPEZ AD (eds): "The Global Burden of Disease". Harvard School of Public Health. Boston. 1996.- 3. ENCYCLOPEDIA BRITANICA WORLD DATA: *Annual Report, Latin America*. London. 1996.- 4. ALARCÓN, RD.: "Ser psiquiatra en América Latina". *Acta Psiquiatr Psicol America Latina*, 31:3-4. 1985.- 5. GARCIA

MARQUEZ, G: *La soledad de América Latina*. Corporación Editorial Universitaria de Colombia. Bogotá. 1983.- 6. MARZAL, MM: *El sincretismo Iberoamericano*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. 1985.- 7. ALARCÓN, RD: "La Psiquiatría en América Latina: Las Promesas y los Riesgos". En: *La Psiquiatría en América Latina* (Javier Mariátegui, ed.). Editorial Losada, Buenos Aires. 1989. pp. 211-219.- 8. ALARCÓN, RD: *Identidad de la*

- Psiquiatría Latinoamericana*. Siglo Veintiuno Editores. 667 pp. México, 1990.- 9. SARTORIUS N: "Investigación psiquiátrica mundial: Progresos y tendencias". *Salud Mental* 8:5-10. 1985.- 10. GARCIA DELGADO D: "Conflictos y opciones culturales en América Latina". *Le Monde Diplomatique*. 29:21-22. 1989.- 11. ALARCÓN RD: "El idioma no basta". *Psiquis*-18: 187-189. 1997.- 12. DELGADO, H: "Fundamento Hispánico de nuestra unidad cultural". En: *De la Cultura y sus artífices*, pp. 140-154. Aguilar, Madrid, 1961.- 13. LAZARO J: "Historia de la psiquiatría española y portuguesa". En: *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría* (Vidal G. Alarcón RD, Lolas F. eds.) Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995.- 14. ALARCÓN RD: "Psiquiatría Hispánica". *Actus Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 23:169-171. 1995.- 15. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION: *Declaration of Caracas*. Regional Conference for the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America. Caracas, November, 1990.- 16. BALDOR RA: *Managed Care Made Simple*. Malden, Blackwell, MA, 1997.- 17. ADHOC COMMITTEE TO DEFEND HEALTH CARE: "For our patients, not for profits. A call to action". *JAMA* 278: 1733-1737. 1997.- 18. SHARFSTEIN SS, STOLINE AM, GOLDMAN HH: "Psychiatric Care and health insurance reform". *Am J. Psychiatry* 150: 7-18. 1993.- 19. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *I Grupo 1996 de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina*. 124 pp. Panamá, June 10-14, 1996.- 20. PERALES A, MONTÓYA A, SOGI C. "Social and cultural landmarks for community mental health". *International Development Research Center*. Canada. 258 pages. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1995.- 21. ALARCÓN R.D: "La OPS y la salud mental en América Latina". *Acta Psiquiat Pscol Am Lat* 32: 257-258. 1986.- 22. SARACENO B: "La Cooperación Internacional en el campo de la Salud Mental". En: *I Grupo 1996 de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina*. (pp. 98-101). Panamá, 1996.- 23. SHORE JH: "Psychiatry at a Crossroad: Our role in Primary Care". *Am J Psychiatry* 153: 1398-1403. 1996.- 24. WEHRWEIN P: "Disease Management gains a degree of respectability". *Managed Care* 6: 39-40, 42-46. 1997.- 25. DE LA FUENTE JR: "Los estudios multinacionales: Una alternativa para implementar la investigación psiquiátrica latinoamericana". *Acta Psiquiat Pscol America Latina* 33: 97-104. 1987.- 26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *Orientación de la Atención Psiquiátrica en Sudamérica*. 20 pp. Gráfica Delgado, Lima, 1995.- 27. HAMMERSLEY DW: "What ever happened to our legacy of caring?" *Psychiatric News*, pp. 8, 13, June 2, 1995.- 28. BACHARACH LL.: "Patients' Quality of Life: A continuing concern in the literature". *Psychiatric Services*. 47: 1305-1307. 1996.- 29. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Practice Guidelines*. 347 pages. Washington, D.C. 1996.- 30. BEESON PB: "Too many specialists, too few generalists". *Pharos* 54: 2-6. 1991.- 31. LIBERMAN JA., RUSH AJ: "Redefining the role of Psychiatry in Medicine". *Am J. Psychiatry*. 153: 1388-1397. 1996.- 32. ROMANO J: "How do we transmit the humanistic factors in the practice of medicine?" *IM: Medical Education for the 21st Century* (Warren JV, Trzebiatrowski GL, eds). Ohio State University College of Medicine, Columbus 1985.- 33. SAURI JJ: "Desarrollo contemporáneo de las ideas psiquiátricas". En: *La Psiquiatría en América Latina* (J. Mariátegui, ed.) pp. 17-27. Losada, Buenos Aires. 1989.- 34. ALARCÓN RD: "La disciplina de las perennes comienzos: Dilemas de la psiquiatría contemporánea". En: *Desde nuestra propia entraña* (R.D. Alarcón, Cipriani E, Castro J. eds.) pp. 117-141. Talleres Gráficos P.L. Villanueva SA, Lima, 1991.- 35. ALARCÓN RD: "Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina para el siglo XXI". *Acta Psiquiat Pscol Am Lat* 39: 19-31. 1993.- 36. LAIN ENTRALGO P.: *La espera y la esperanza*. 611 pp. Alianza Editorial. Madrid, 1984.