



Ser psiquiatra en América Latina: ¿vale la pena?

Renato D. Alarcón¹.

¹Psiquiatra

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

El autor se pregunta ¿quiénes somos los psiquiatras latinoamericanos y cuál ha sido nuestra presencia en un continente lleno de contradicciones que van de lo geográfico a lo social?. En ese escenario, ser psiquiatra requiere de características especiales que van desde la capacidad de empatía y adaptación hasta el conocimiento científico y el temple anímico.

¿CUÁL ES NUESTRA HISTORIA?

Conferencia Magistral presentada en la Reunión Regional de Países Bolivarianos y del Caribe, Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) Isla de Margarita, Venezuela.

Noviembre 24-27,1999

En 1985 publiqué una nota editorial en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* titulada "Ser psiquiatra en América Latina" (Alarcón, 1985). Un colega y amigo venezolano, agudo lector de la historia de nuestra disciplina en el continente, sugirió una suerte de actualización de tal tema en el contexto de final de siglo, en tanto que la pregunta "¿Vale la pena?" refleja en su aparente e inofensiva ingenuidad, el cúmulo de angustias, interrogantes, esperanzas y frustraciones de casi 15.000 hombres y mujeres de América Latina que, en un momento decisivo de sus vidas, escogieron consagrarse a este agridulce, a veces esquivo pero incambiable quehacer que llamamos psiquiatría.

"Un psiquiatra latinoamericano montado a horcajadas entre el escenario material del norte y la presencia eterna de mis montañas, mis cielos azules"



Permítanme empezar planteando preguntas aparentemente simples pero necesarias y que, en cierto modo, enmarcan la estructura de mi presentación: ¿Qué somos y quiénes somos los psiquiatras de América Latina? ¿Cuál es nuestra historia?. ¿Qué es, en última instancia, esta ciencia, este arte que recibe el nombre de psiquiatría? ¿Qué es y que nos ofrece esta realidad geográfica, social, política y demográfica que se llama América Latina? ¿Cómo se constituye esta entidad

que llamamos psiquiatría latinoamericana, cómo se practica, cuáles son sus características más resaltantes y cuáles sus logros más sobresalientes en casi 200 años de historia?. Y en un ámbito más personal y tal vez más profundo: ¿Está satisfecho, es feliz con lo que hace, un psiquiatra o una psiquiatra en nuestro continente?. No he investigado todos estos temas, no tengo cifras exactas ni tablas ni encuestas, no tengo complicadas fórmulas estadísticas, ni siquiera etnografías, memorias o declaraciones exclusivas, no soy autor de los miles de informes elaborados por aburridas y aburridoras burocracias nacionales o internacionales. Ello no quiere decir, sin embargo, que tales trabajos y tales documentos no sean necesarios. Soy sólo un modesto observador, "un inquilino tristón de las orillas" como reza un verso de Piero, el cancionista argentino en la epifanía de los años 60; un psiquiatra latinoamericano montado a horcajadas entre el escenario material del norte y la presencia eterna de mis montañas, mis cielos azules, mi infancia y mi juventud nunca fracturadas, jamás alienadas, siempre cerca de mis amigos y hermanos en esta patria grande. No pretendo contestar tajantemente aquellas preguntas ni la pregunta del título. Únicamente, ofrecer perspectivas, alguna que otra información y reflexiones personales en torno a estos temas cuya trascendencia, sin embargo, no podemos negar.

Los psiquiatras de Latinoamérica tenemos ciertamente orígenes modestos. Somos, aunque no lo tengamos muy presente, herederos de brujos y hechiceros de la amazonía, la meseta, la sabana o las islas del Caribe. Cargamos el legado de rituales, sortilegios, hierbas y danzas revestidas hoy con los ropajes de una modernidad prestada (Roselli, 1977; León, 1972). Ciento es que la colonia nos trajo retazos de la medicina medieval y renacentista y que más tarde nos afrancesamos o nos anglificamos en función de la hegemonía de moda, pero siempre nos quedó algo de la sabiduría y el ingenio del sacerdote, del amauta, del curandero. Fuimos los "loqueros", custodios o guardianes en manicomios subhumanos, padecimos (¿o gozamos ?) del aislamiento espléndido al que una sociedad culpable y cobarde nos relegó por muchas décadas (Alarcón, 1990). Más recientemente, no podemos sacudirnos del impacto primariamente norteamericano de una tecnología deslumbrante, embriagadora y despersonalizadora (Appadurai, 1999). Pero estamos en Latinoamérica, somos latinoamericanos y sea cual fuere el campo de la psiquiatría en el que nos movemos, llamémonos clínicos, académicos, investigadores o neurocientíficos, estémos entregados a la psiquiatría pública o a la práctica privada, o a ambas como es el caso de muchos colegas a lo largo del continente, nuestra identidad y nuestro quehacer llevan ese inconfundible sello de una cultura que combina



sensibilidad intensa, pasión, un sentido peculiar de la historia y de su ritmo en el devenir humano, una actividad que va mucho más allá de los formalismos profesionales, una habilidad telúrica que permite enhebrar historias en contextos reales y no codificados, y creatividad en la generación de recursos terapéuticos en zonas deprivadas. Somos flexibles en marchas y contramarchas dictadas por "escuelas", agendas y ortodoxias distintas, sabemos sobrellevar los avatares de la convergencia entre ideales inexhaustos y realidades innegables, no creo que hayamos perdido del todo la inocencia de jornadas románticas pero estamos prestos al replanteamiento de estrategias si las circunstancias así lo determinan (Alarcón, 1990). Todo eso somos y todo esto hacemos.

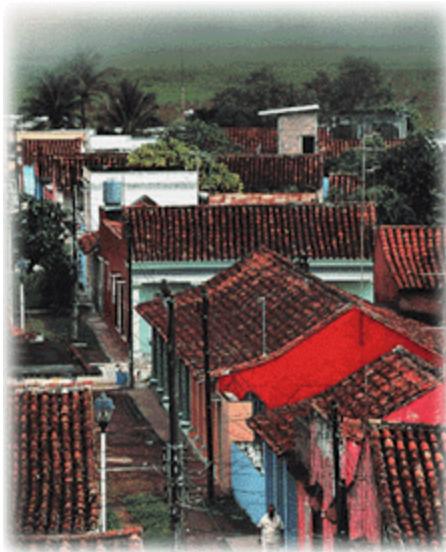
"Somos, aunque no lo tengamos muy presente, herederos de brujos y hechiceros de la amazonía, la meseta, la sabana o las islas del Caribe"

Por otro lado, estamos a las puertas de un nuevo siglo y el regodearse con pasados gloriosos o con el legado de culturas milenarias puede equivaler a ejercicio negatorio o a indiferencia casi suicida. Somos parte de esa mítica "aldea global" que los centros de poder se empecinan en endilgarnos sin reconocer diferencias de la más variada índole. Pero, aun si no lo fuéramos, no podemos negar la influencia de un proceso informático cada vez más complejo y entrelazador y, después de todo, tenemos la porosidad y la receptividad que provienen de nuestra visión no provinciana del mundo y de sus realidades (Alarcón, 1990; Vidal, 1987). La psiquiatría contemporánea no es lo que fue un siglo atrás, ni siquiera 20 ó 30 años atrás. Los avances en la comprensión de etiopatogénesis, diagnóstico y tratamiento de depresión, ansiedad, pánico, enfermedad bipolar o esquizofrenia son realmente impresionantes. La investigación epidemiológica y clínica nos sitúan mucho mejor en la estimación de prevalencias, tendencias, diferencias etarias y de género, accesibilidad y utilización de servicios y, por cierto, de los resultados de nuestras intervenciones clínicas. Mal que bien, la psiquiatría de hoy reconoce el enorme espectro de interacciones biológico-culturales que incita a la búsqueda de conceptos-puente, nexos relevantes para el por qué y el cómo de enfermedades mentales (Alarcón, 1999) y, lo que es más importante, sigue asumiendo su rol de disciplina médica líder en la protección y salvaguarda del humanismo como base inalienable del encuentro terapéutico y de la relación con el paciente, su familia y su comunidad en lucha cotidiana contra adversarios formidables (Alarcón, 1998; Saurí, 1969).

"Para ser psiquiatra se requiere todavía un set especial de requisitos que van desde la capacidad empática hasta la habilidad para trascender barreras disciplinarias y moverse cómodamente en campos tan diferentes como la interacción molecular o la violencia callejera"

No puede negarse entonces que ser psiquiatra es radicalmente diferente de ser cualquier otro especialista médico, a pesar de la muchas veces manoseada remedicalización de nuestra disciplina. Para ser psiquiatra se requiere todavía un set especial de requisitos que van desde la capacidad empática hasta la habilidad para trascender barreras disciplinarias y moverse cómodamente en campos tan diferentes como la interacción molecular o la violencia callejera .

Ser psiquiatra requiere todavía un conjunto de intereses vastos, casi renacentistas, porque los seres humanos con los que lidiamos requieren esa comprensión extensa de sus historias y sus avatares. Ser psiquiatra exige, como decía Octavio Paz de André Breton, capacidad de adivinación y de contradicción, aquélla para entreabrir la historia del tiempo personal, ésta para fortalecer y afinar su temple anímico (Paz, 1996). O, como el mismo Breton pregonaba en el zenit de su revolucion surrealista: sería un error creer haber captado la manzana de la "claridad", cuando encima de la manzana tiembla una hoja más clara: la sombra de la duda (Breton, 1996).



¿Por qué invoco al surrealismo para hablar de la psiquiatría?. ¿Es que no nos hemos preguntado alguna vez que nuestra especialidad es o parece ser una actividad surrealista? ¿Y no es Latinoamérica con sus paisajes, las calles de sus ciudades y las acciones de sus gentes, un immense lienzo surrealista, tal como nos lo decía Alejo Carpentier (Carpentier, 1986)?

Pero ser psiquiatra también requiere disciplina, dedicación consistente, focalización de intereses en el momento y a la distancia. Disciplina que le haga captar la exacta secuencia de una historia clínica, la comprensión fenomenológica del hecho psicopatológico, su significación dinámica, su evolución etiopatogénica en la multidimensionalidad bio-psico-socio-cultural y espiritual. Consistencia que le permita elaborar un

esquema de tratamiento comprensivo, la integración de enfoques individuales, familiares y grupales, la elección de un agente psicotrópico y la explicación pormenorizada de sus efectos deseables y secundarios. La fundamentación de su diagnóstico no en teorías esotéricas sino en la evidencia de una literatura científica (no solo neurocientífica, sin embargo) sólida y reconfirmada. Y finalmente, disciplina que le permita vislumbrar el pronóstico con la mayor objetividad posible y que le haga regular con genuina calidez humana la provisión de consuelo, esperanza y optimismo que, después y a pesar de todo, es lo que nuestros pacientes esperan siempre.

Tal es, entonces, la herencia del psiquiatra latinoamericano y la esencia de quien se llame psiquiatra en cualquier latitud del globo. Ahora bien, ser psiquiatra en América Latina entraña una dimensión añadida, diferente y, por cierto, fundamental. En otros escenarios, en particular en aquéllos del llamado Primer Mundo, la compartamentalización de realidades es tal vez un ejercicio factible, fácil y cotidiano, pero, para el psiquiatra latinoamericano, el permanecer ajeno a las circunstancias del ambiente en que vive y ejerce es prácticamente imposible. Por designio histórico, por temperamento, por exigencias ambientales reales e innegables, el psiquiatra latinoamericano y su quehacer son, para parafrasear nuevamente a Paz, un "singular universal" (Paz, 1951). Veamos por qué.

¿QUÉ ES AMÉRICA LATINA?

¿Qué es América Latina? Este trozo del globo en el que la historia no comenzó con la llegada de Colón, Cortés o Pizarro, fue escenario de un encuentro crucial que, en definitiva, le dió un nombre. El conquistador ibérico, católico y aventurero, corajudo y pecador, subyugó militarmente a dos civilizaciones y a multitud de grupos culturales tributarios en un territorio que recibió prestado, posteriormente, el nombre de un cartógrafo italiano. La colisión de los gentilicios no reflejó el profundo, complejo e irresuelto dilema creado por la colisión de las culturas. Esta fusión de nombres –Iberia y América en el adjetivo "iberoamericano"– fue un



recurso geopolítico tal vez más fiel pero no menos ambiguo que América Latina o Hispanoamérica. Su permanencia le confiere el mérito de un uso y la realidad de una designación. Sin embargo, la pregunta "¿Qué es América Latina?" persiste. Un recurso siempre útil al tratar de responderla, es poner un rostro al nombre abstracto: dar cifras a la entidad retórica, es tratar de decir quiénes somos y a quiénes nos debemos, no ya como profesionales o ciudadanos, sino como simples seres humanos nacidos en estos parajes que dieron en llamarse

América Latina (Loles y col., 1995).

"Este trozo del globo en el que la historia no comenzó con la llegada de Colón, Cortés o Pizarro, fue escenario de un encuentro crucial que, en definitiva, le dió un nombre"



América Latina es 320 millones de gentes. Más de la mitad vive en condiciones de extrema pobreza y desamparo, cerca de una cuarta parte padecerá en algún momento de su vida un cuadro psiquiátrico diagnosticable, y sólo una mínima proporción estará en condiciones de acceder a tratamiento alguno. América Latina es una de las regiones del mundo que aún tiene índices de natalidad casi tan altos como los de mortalidad pero donde los que mueren más son

infantes y adolescentes (Alarcón, 1990; Loles y col.; PHO, 1996). América Latina es un conjunto de países cercanos en cultura, historia, lenguaje y destino, pero aún separados por nacionalismos fáciles, ambiciones miopes y egoísmos cobardes. Los países latinoamericanos tienen menos de 200 años de supuesta independencia política pero aún no se sacuden del todo de ciertos hábitos colectivos que nutren dictaduras, atizan descontentos, descencadenan crisis y perpetúan desigualdades.

Sin embargo, América Latina es también un mosaico efervescente de creatividad, reciedumbre, vocación de permanencia, tenacidad y logros ejemplares. Tierra de literatos, poetas y escritores que ha dado a la lengua cervantina contribuciones deslumbrantes. Continente de científicos,

pensadores y técnicos, algunos o muchos de los cuales quisieron o pudieron emigrar para constituir una diáspora a pesar de ellos mismos. Territorio de románticos orgullosos e idealistas que igual deben su oficio a las visiones de un Alonso Quijano, a los sueños de un Bolívar, a las fantasías de una Sor Juana o a la sabiduría de un Sarmiento. Cuna de mentes lúcidas –Finlay, Reyes, Bello, Houssay– capaces de repensar el mundo y al hombre en términos de galaxia y de molécula. Eso es también América Latina.



Houssay acompañado de José María Bianco en el XXV Aniversario del Instituto de Medicina Experimental (1940-1965) Universidad Central de Venezuela

Y su psiquiatría no puede dejar de mostrar este proceso de búsqueda y sedimentación, de reflejo que no es copia sino respuesta, de cuestionamiento que no es polémica insulsa, de trascendencia que no es un barato filosofar. Hace casi 10 años intenté delinear tres características comunes a la visión de

veintinueve psiquiatras latinoamericanos interrogados acerca de la identidad de nuestra disciplina en su contexto geopolítico e histórico (Alarcón, 1990). Nuestra psiquiatría es mestiza porque todo o casi todo en la América Latina es mestizo. Y lo es porque recibió el influjo epistemológico de Europa y el asalto tecnológico de Norteamérica en un período de no más de siglo y medio -el último-, recogió sus postulados básicos y los adaptó y continúa adaptándolos a una realidad distinta, mestiza también. Porque mestizaje es fusión creadora, conocimiento renovado, crisol intenso (Alarcón, 1999). Que lo digan si no psiquiatras de la talla de Seguín, Nieto, Bustamante o Pagés Larraya.

La psiquiatría latinoamericana es social porque se vuelca a la exploración de procesos y



fenómenos que trascienden los límites del individuo. Sus mejores y más originales aportes se dan en áreas tales como la epidemiología, las modalidades diagnósticas y terapéuticas folklórico-culturales, el afronte comunitario, la psicoterapia grupal, la investigación histórica (Mariategui, 1992; Alarcón, 1982; Roselli, 1970). Es tal vez la contribución al alivio de penurias masivas, la respuesta al clamor de millones, el esfuerzo por vencer una geografía arisca y servir a

aquéllos que pagan culpas ajenas sin saberlo. Que lo digan si no psiquiatras de la talla de León, Pichón Rivière, Delgado Senior o González Enríquez.

Y nuestra psiquiatría es crítica porque no acepta a rajatabla elucubraciones foráneas o propias por deslumbrantes que éllas sean. Es crítica porque cuestiona y tamiza principios e ideas en nombre de una búsqueda perseverante y rebelde de la verdad. Es crítica porque aspira a desbrozar lo útil y aplicable de lo superfluo e inauténtico. Es crítica porque prefiere el compromiso con principios trascendentales a la fácil convivencia con presentismos huecos. Que lo digan si no psiquiatras de la talla de Delgado, Bermann, Horacio Taborda o Mata de Gregorio.

Quede claro, al afirmar estos rasgos, que la psiquiatría latinoamericana no se sitúa en vidriera exclusivista ni practica torremarfilismos obsoletos. Por el contrario, acepta necesidades y convergencias ecuménicas en una disciplina que debe tener un núcleo temático de solvencia universal, pero reclama también rasgos propios e identidad reconocible. Se reviste con el ropaje médico y practica el saber biológico que informa a la psiquiatría contemporánea, pero rescata con vigor un mensaje humanista esencial e innegociable. Y, al lado de una tolerancia ínsita para con la diversidad y el pluralismo, proclama que la aceptación no crítica de "verdades" improbables sólo puede conducir a la abyección y al servilismo (Berman, 1990; Mata de Gregorio, 1962). No es ningún secreto que en los renglones demográfico, social, de salud pública en general y de salud mental en particular, América Latina confronta desafíos enormes. 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 la Guayaná exhiben un predominio de población rural en comparación con la urbana (70% por lo menos), aun cuando este cuadro cambiará dramáticamente en el próximo milenio, con la consiguiente elevación del 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) (PHO, 1996; Alarcón, 1999).

"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"

Casi todos los países latinoamericanos poseen formas convencionalmente democráticas de



gobierno. Setenta por ciento hablan castellano y 90% practican nominalmente la religión católica. En esta último renglón se da el fenómeno de crecimiento 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 de todo el 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.

Examinemos 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 (casi 300), la calidad de varias de las cuales está por debajo de estándares requeridos, se da también la pléthora de algunas profesiones como la de psicología, que resulta en sub-empleo o desempleo por la falta de un mercado capaz de absorber el altísimo número de graduados. 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 otras). La concentración de profesionales en áreas metropolitanas es otro fenómeno endémico, como lo son también las magras sumas para salud mental en los presupuestos gubernamentales. Los psiquiatras ganan un promedio de 12 a 14.000 dólares al año, un residente de psiquiatría, el equivalente de 120 dólares al mes. Los psiquiatras dedicados a la docencia no llegan a 2000 en el continente. No hay en Latinoamérica una tradición de apoyo y activismo comunitario o de financiación consistente de proyectos de investigación en 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 (Alarcón, 1999; 1997).

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 reducción del desempleo, mayor acceso a la educación, mejores y mayores posibilidades de vivienda decente, elevación del nivel nutricional, disminución de 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.

El desarrollo histórico de la psiquiatría en América Latina estuvo marcado en sus comienzos por el influjo del conocimiento europeo traspalado 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. Más tarde insurge 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 (Alarcón, 1990; 1990; 1997). A pesar del fárrago 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.

Y BIEN, ¿VALE LA PENA SER PSIQUIATRA EN AMÉRICA LATINA?

Y bien, ¿vale la pena ser psiquiatra en América Latina?. Aquéllos que respondan que no, aducirán, no sin razón, que mientras no se entienda en el continente que la salud mental constituye raíz y la esencia de la salud integral, el seguir viendo minúsculas sumas del erario nacional dedicadas a aquélla es un factor desmoralizante y desmotivador. Esos psiquiatras seguirán viendo también como el desaliento y la furia se instalan en el ánimo colectivo con la misma o mayor brutalidad



que el bacilo en los pulmones de sus víctimas. Observarán también la creciente erosión de principios de solidaridad y respeto a la dignidad humana, debilitando, cuando no corroyendo, un aparato político vulnerable a las tentaciones y las soberbias del poder (Alarcón, 1985). Abrumados por crecientes cifras de patología mental desencadenadas o mantenidas por multiplicidad de factores, mucho más dramáticos y mucho más distantes que la carga genética o la disfunción de neurotransmisores, estos colegas, los del "no vale la pena", ven la cronicidad como señal de

imposibilidades e impotencias; la disparidad en la cobertura de la enfermedad mental, o entre los hallazgos de la investigación de base tecnológica y su imposible aplicabilidad en tierras de

pobreza y privaciones elementales, como anuncio de derrota; la escasez o limitada calidad de algunos postulantes a programas de entrenamiento, como evidencia de un futuro recortado. El psiquiatra promedio en América Latina sirve a un relativamente pequeño sector de la población -gracias al cual, sin embargo, sobreviven él y su familia- al tiempo que es plena y dolorosamente consciente de que enormes masas de seres humanos quedan sin oportunidad alguna de beneficiarse de su ministerio. Es inobjetable que para él o para ella, esta trágica paradoja adquiere dimensiones particularmente duras. De allí, probablemente, el "no vale la pena", una resignada declaración de pesadumbre y frustraciones.

"Abrumados por crecientes cifras de patología mental desencadenadas o mantenidas por multiplicidad de factores, mucho más dramáticos y mucho más distantes que la carga genética o la disfunción de neurotransmisores, estos colegas, los del 'no vale la pena', ven la cronicidad como señal de imposibilidades e impotencias"

Por otro lado, el contingente de aquéllos que piensan lo contrario, fijan su atención en datos de la investigación epidemiológica y de los recursos con que se cuenta -datos a su alcance gracias a la revolución informática y al trabajo ejemplar de unos pocos investigadores (Alarcón, 1996; Almeida-Filho, 1991)- y elaboran programas posibles de alivio a necesidades específicas. Dueños de una vocación auténtica, no diferente pero tal vez menos ilusionada que la de aquéllos del primer grupo, los psiquiatras del "sí vale la pena" asumen un realismo redentor, un estoicismo saludable y una sincera convicción en sus alcances y en sus limitaciones. Cultivan redes de trabajo conjunto y multidisciplinario con agencias comunitarias y del sector público, grupos de pacientes, ex-pacientes y familiares, educan, diseminan información y también pueden infiltrar los corredores del poder político para avanzar su causa grupal o institucional, deseablemente no sus intereses personales. Aprenden a no estar solos, adaptan su práctica a los dictados del mercado y a las posibilidades de su clientela y sienten la satisfacción de un deber cumplido no a pesar de, sino debido al medio en el que actúan.

Quisiera pensar también que aquéllos que sostienen que sí vale la pena ser psiquiatra en América Latina saben, o por lo menos intuyen, los logros de los próceres en la historia de nuestra disciplina. Conocen de la digna sabiduría de un Honorio Delgado y su contribución a la fenomenología y al conocimiento filosófico como sustento de una genuina consagración al humanismo clínico (Alarcón, 1999). Han leído a Carlos Alberto Seguín y saben de su vibrante dinamismo, su incansable entrega a la psiquiatría social y folklórica (Seguín, 1979). Recogen de un Mata de Gregorio su curiosidad sin límites, su dedicación al estudio directo de las culturas y su sentido penetrante de las realidades económicas y sociales en cuyo marco el hombre trabaja, produce y se enferma (Matute y col., 1987). Abrazan de Bermann, la pasión rayana en pero nunca claudicante ante el dogmatismo. De Endara, la caballerosidad sin límites, el cultivo de una psicoterapia auténtica porque es humana. Intuyen que Leme Lopes admiraba a la psiquiatría europea pero era más carioca y latinoamericano que muchos de sus contemporáneos en la apreciación de las realidades psiquiátricas de su país y del continente. Conocen de González Enríquez y su convicción de que la APAL estaba llamada a funciones trascendentales, más allá de parroquialismos o limitaciones subrepticias. Y de Bustamante admirarán sin duda el coraje de escoger rutas consonantes con convicciones de destino personal y colectivo.

"Ser psiquiatra en latinoamérica pone a prueba presencia de ánimo, tolerancia a la frustración, flexibilidad y adaptabilidad a un mundo en

explicable pero inentendible efervescencia"

La psiquiatría en Latinoamérica tiene pues héroes legítimos, logros consistentes en variados campos, promesas cumplidas en el escenario contemporáneo y por cumplirse en el siglo que avistamos. Hay deseablemente una identidad de mestizaje fecundo, de tradición socio-cultural, de tamizaje crítico, pero también una apertura mental a lo que es bueno y útil, reflejo de lo mejor que tiene una ciencia realmente solidaria (Alarcón, 1990). Es importante reconocer que ser psiquiatra y hacer psiquiatría en América Latina es un reto a la entraña misma de lo que llamamos identidad profesional y a la integridad moral de sus cultivadores. Es un desafío planteado por los conflictos que enfrentan a la afluencia, el confort y el prestigio por un lado, con las exigencias morales de una realidad lacerante, por el otro. Ser psiquiatra en Latinoamérica pone a prueba presencia de ánimo, tolerancia a la frustración, flexibilidad y adaptabilidad a un mundo en explicable pero inentendible efervescencia. Y, como en todo desafío, algunos sucumbirán ante el accesible plato de lentejas, otros emprenderán el doloroso camino del exilio, y todavía otros recurrirán insensiblemente a la negación cruda, a la racionalización enjundiosa o al *splitting* ideológico (Alarcón, 1988). Los más renovarán su fe, en el reconocimiento honesto de su pasado y en la visión esperanzada de su futuro. Porque, a pesar de todo -y quien sabe debido a lo decisivo del reto- la psiquiatría latinoamericana ha demostrado, con creces, vitalidad y genuina vocación de permanencia (Alarcón, 1985). Citando un verso de mi compatriota el poeta César Vallejo, el psiquiatra latinoamericano podría decir: "Tengo fe en que soy/y en que he sido menos".



Sin embargo, la respuesta a si vale la pena ser psiquiatra en América Latina es, en última instancia, una decisión entera y profundamente personal. El mérito, si alguno tiene, de plantear la pregunta es el de que pueda servir como mapa factible al estudiante de medicina que considera ingresar a un programa de residencia en psiquiatría, como faro al que inició la travesía y se halla o pareciera hallarse en medio de arrecifes y tormentas, como brújula a aquél que adentrado en la carrera, descansa en un recodo del camino y reflexiona sobre lo andado antes de continuar la jornada, y como puerto de arribo al que ya lo hizo....y sobrevivió en el empeño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón RD. Recensión del libro Hermilio Valdizán: El proyecto de una psiquiatría peruana (J. Mariátegui). Rev Neuro Psiquiat 45:119-121, 1982.
2. Alarcón, R.D. Ser psiquiatra en América Latina (Editorial). Acta Psiquiat Psicol Amer Lat 31:3-4, 1985.
3. Alarcón, R.D. La diáspora psiquiátrica latinoamericana (Editorial). Acta Psiquiat Psicol Amer Lat 34:285, 1988.
4. Alarcón, RD. Programas de atención a la enfermedad mental en América Latina. Arch Psiquit 2:3-11, 1988.
5. Alarcón RD. Psiquiatría en América Latina: Las promesas y los riesgos. En: Psiquiatría en América Latina (J. Mariategui, Ed), pp. 205-211. Editorial Losada, Buenos Aires, 1990.

6. Alarcón RD. *Identidad de la Psiquiatria LatinoAmericana*. 670 pp. Siglo XXI, Editores. México, 1990.
7. Alarcón, R.D. La Psiquiatría Latinoamericana: Identidad y futuro. *Rev. Neuro-Psiquiat.* 59:57-68,1996.
8. Alarcón RD. Psychiatry in Latin America: Possibilities in Genetics Research. Presentación en la Reunión del Grupo de Trabajo sobre Investigación en Genética Psiquiátrica en Latinoamérica, auspiciado por NIMH. Bethesda, MD, Agosto18-19, 1997.
9. Alarcón, R.D. Psiquiatría Latino Americana en el Nuevo Milenio. *Rev Neuro-Psiquiat* 62:119-130, 1999.
10. Alarcón RD. Hispanic Psychiatry: From Margin to Mainstream. Conferencia/Premio Simón Bolívar. 152 Congreso Annual, American Psychiatric Association. Washington DC, Mayo 20, 1999.
11. Alarcón RD. Phenomenological Legacy in Latin American Psychiatry. Presentación en el Simposio "Tradiciones en Psiquiatría", XI Congreso Mundial de Psiquiatría, Hamburgo, Alemania, Agosto 9-13, 1999.
12. Alarcón RD. Conexiones Bioculturales en Psicopatología: El caso de las poblaciones hispánicas. Conferencia presentada en el XXI Congreso Mexicano de Psiquiatría, Huatulco, México. Noviembre 1, 1999.
13. Almeida-Filho N. Epidemiología Psiquiátrica en América Latina: Temas metodológicos y perspectivas de la investigación. En: *Desde nuestra propia entraña* (Alarcón RD, Cipriani J, Castro J, eds), pp. 185-200. PI Villanueva SA, Lima, 1991.
14. Appadurai A. Globalization and the research imagination. *International Social Science Journal* 160:229-238, 1999.
15. Bermann G. *Nuestra Psiquiatría*. Paidós, Buenos Aires, 1960.
16. Breton A. ¿Por qué asumo la dirección de la Revolución Surrealista? (Trad.). *La Gaceta* 312:14-15, 1996.
17. Carpentier A. *Conferencias*. Editorial Letras Cubanas, La Habana, 1987.
18. Lolas F, Alarcón RD, Vidal G. A modo de presentación. *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*, Vol. 1, pp. XI-XVI, Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1995.
19. León CA. Psychiatry in Latin America. *Br J Psychiatry* 121:121-136, 1972.
20. Mariátegui J. Ruta Social de la Psiquiatría peruana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 18:371-376, 1972.
21. Mata de Gregorio J. Ofrecimiento de "Nuestra Psiquiatría" (Editorial). *Nuestra Psiquiatría* 1:1-3, 1962.
22. Matute M, Rendón R, Villegas M. *Libro Jubilar en homenaje a Jesús Mata de Gregorio*. Sociedad Venezolana de Psiquiatría, Caracas, 1987.
23. PanAmerican Health Organization. *Health Conditions in the Americas, 1991-1994*. Scientific Publication #600, Volume 1, Washington, DC, 1996.
24. Paz O. *Las peras del olmo*. Alianza Editorial, Madrid, 1951.
25. Paz O. *Estrella de tres puntas*. André Breton y el Surrealismo. Editorial Vuelta, México DF, 1996.
26. Rosselli H. *Psiquiatría en América Latina* (Ed). Editorial Tercer Mundo, Bogotá, 1970.
27. Rosselli H. *Psychiatry in Latin America*. En: Vidal G, Bleichmar H, Usandivares RJ (Eds). *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. El Ateneo, Buenos Aires, 1977.
28. Saurí JJ. *Historia de las ideas psiquiátricas*. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1969.
29. Seguín CA. *Psiquiatría Folklórica*. Erman, Lima, 1979.

30. Vidal G. Renovarse (Editorial). Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 33:93-94, 1987.

Vitae Academia Biomédica Digital | Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela
Febrero-Abril 2000 N° 3 DOI:10.70024 / ISSN 1317-987X