

ARTICULO ESPECIAL

LA PSIQUIATRÍA EN EL NUEVO MILENIO

ATAVISMOS, REALIDADES Y DESAFÍOS*

RENATO D. ALARCÓN.**

Pese a los cambios de paradigma la psiquiatría del tercer milenio persistirá ligada a algunos de los atavismos que la han acompañado a lo largo de su historia: la actitud predicadora, martilleante, ante la miradas excépticas; el peso de las personalidades en su desarrollo y conceptualización; la condición elitista de su quehacer; la existencia de capillas doctrinarias; el reduccionismo en las explicaciones; el estigma de la enfermedad mental y la dependencia de otras disciplinas.

Se plantea la realidad híbrida de la psiquiatría de hoy y se prevé que la tendencia globalizante, característica de los últimos 25 años, prolongará y potenciará tanto la hibridación como los atavismos durante este milenio.

Se analiza el predominio de la neurobiología en la psiquiatría norteamericana actual y se discute su importancia para el futuro de la especialidad en otros países, en particular, en los del tercer mundo. Finalmente, se predice que todo lo anterior favorecerá una evolución centrífuga hacia «varias psiquiatrías».

Palabras Clave: Psiquiatría; Psiquiatría Cultural.

PSYCHIATRY IN THE NEW MILLENNIUM ATAVISMS, REALITIES AND CHALLENGES

In spite of changes in paradigms, psychiatry in the third millennium will keep its ties to traditional atavisms along its history: a preaching, hammering attitude vis-à-vis sceptical glances; weightiness of personalities in its own development; elitistic condition of its practice; dogmatic positions; reductionistic explanations; the stigma of mental illness and its dependence on other disciplines.

Hybrid reality of current psychiatry is posed, while its characteristic universality tendency of the last 25 years is foreseen. It will prolong both hybridation and atavisms during this millennium.

Current predominance of neurobiology in american psychiatry and its future role in other countries, especially third world, is discussed. The author anticipates a sort of centrifugal evolution toward «several psychiaties».

Key Words: Psychiatry; Cultural Psychiatry.

Conferencia Magistral presentada en el XXXVIII Congreso Colombiano de Psiquiatría, Medellín, Colombia, octubre de 1999.

Profesor y Subjefe Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, Escuela de Medicina, Universidad de Entery; Jefe Servicio de Salud Mental, Hospital de la Administración de Veteranos, Atlanta, Georgia, E.U.

La proximidad de un nuevo milenio está generando toda una subcultura obstinadamente orientada a la creación de nuevos mitos, de nuevas formas de creer para una humanidad todavía descreída y confusa y para un mundo que persiste fragmentado a pesar de los alaridos de la globalización. No se trata de una ansiedad que bordee en el pánico, sino de cierta aprehensión morigerada por la actual bonanza del único superpoder en el planeta, el fin de la guerra fría, la focalización de los conflictos bélicos, el impresionante progreso de la tecnología y de la comunicación y los extraordinarios avances de la investigación científica. Pero, aprehensión al fin, el nuevo siglo es también visto como el esotérico depositario de leyendas antiguas y nuevas, de visitantes intergalácticos, de religiones milenarias con vestiduras postmodernas y de promesas excitantes cuya meta parece ser aún la elusiva fantasía de una longevidad enteramente feliz cuando no eterna.

El siglo XXI puede ser entonces un test de la estabilidad mental, emocional y conductual de la raza humana, un reto a sus mecanismos de enfrentamiento individuales y colectivos. Como tal, es campo pertinente para la exploración psiquiátrica: primero, como disciplina del conocimiento que ingresa al nuevo siglo con los atavismos de un ayer borroso, pero también con la convicción de sus logros presentes y con las incertidumbres de un futuro al cual

debe indudablemente tratar de adaptarse. Y segundo, porque al forjar nuevos mitos, la humanidad sacude profundamente sus bases teológicas y éticas generando con ello, como sucede en toda creación cultural, tanto un potencial curativo como un potencial patogénico. Es, pues, nuestra tarea atisbar esa dinámica, no necesariamente para estar bien preparados, si no tan sólo y modestamente advertidos.

Por otro lado, es importante dejar establecido que, muy a pesar del progreso tecnológico actual, la psiquiatría en el mundo tendrá un desarrollo asimétrico por espacio de muchas décadas y tal vez siglos. Que este sea el resultado de complejos factores económicos, culturales o políticos no es el objeto de estas reflexiones. Pero que la interacción de esos factores delineará no una sino varias psiquiatrías y hará de la heterogeneidad posiblemente el único elemento común a todas ellas, hace que las predicciones se tornen más difíciles y también heterogéneas en intensidad, factibilidad o certeza.

Sería muy fácil decir, en efecto, que el patrón occidental en la conceptualización y la práctica de nuestra disciplina dictará las prioridades en el campo de la salud mental en todas las latitudes del globo ⁽¹²⁾. Tal afirmación, sin embargo, es cuestionable. Por lo tanto, los elementos centrales de la tesis que planteo en esta visión de la psiquiatría del futuro son que habrá, primero, una globa-

lización de los atavismos; segundo, una hibridación parcial de los logros presentes y tercero, una evolución centrífuga del quehacer psiquiátrico en provisión de servicios, enseñanza, investigación y formulación de políticas de salud mental.

LA GLOBALIZACION DE LOS ATAVISMOS

En su travesía hacia el próximo milenio, la psiquiatría no podrá despojarse de sus propios atavismos, de aquella «tendencia a imitar o a mantener formas y costumbres arcaicas» (definición de la Real Academia de la Lengua) o «la magnificencia puramente primitiva» que celebrara Jack London⁽³⁾. Todo atavismo es un retorno, una reversión contenida en la esencia misma de lo que se hace histórico, de lo que se convierte en legado cultural, de lo que somos muchas veces a pesar de nosotros mismos. No todo atavismo es malo por cierto, pero su vigencia puede ser ancla o atadura. Atavismo es el pretérito imperfecto de nuestros balbuceos frente al nuevo siglo.

Desde su autopercepción como disciplina hasta la creación y el mantenimiento de sus mitos, la psiquiatría a escala mundial llevará pues a cuestras, para bien o para mal, su colección de atavismos. El primero de ellos es lo que denomino el *repetiti-vismo* de la psiquiatría, independientemente del escenario geográfico en el que se dé o del estadio de

desarrollo que haya alcanzado. La psiquiatría y las disciplinas que la precedieron tuvieron que asumir, casi por fuerza, una actitud predadora, insistente, martillante, repetitiva. Fue tal vez un mecanismo de supervivencia al advertir no sólo que el objeto de su atención era y es delicado y complejo, sino porque quienes fueron testigos de su acción adoptaron de inmediato una actitud suspicaz e incrédula. Sea que lo haga el brujo o sacerdote del pasado o el especialista actual, la terca repetición de nuestro mensaje puede ser tanto elemento de salvación como símbolo de condena.

Y al ser repetitiva, la psiquiatría creó otra característica atávica: *¿[personalismo*. A despecho de evoluciones y escuelas (en sí, otro atavismo como veremos luego), la psiquiatría se ha basado siempre en el personalismo de sus practicantes y de sus líderes⁽⁴⁾. Diferencias culturales aparte, la relación terapéutica o la ceremonia tribal son, en última instancia, el encuentro de dos individuos, uno de los cuales tiene o cree tener el poder de cambiar el destino clínico y personal del otro. Personalismo no es individualismo, precepto filosófico y existencial característico de la sociedad occidental. Es más bien una actitud disciplinaria, una manera de hacer las cosas que entraña afirmación personal del psiquiatra (o su sucedáneo) y del paciente en nombre de un objetivo declaradamente común. El que pueda conducir a una forma de paternalismo es ciertamente un riesgo.

La letra en negrilla y en cursiva dentro del texto se mantuvo para respetar el original presentado por el autor. N del L

Ráyaselo propuesto o no, la psiquiatría ha sido también a lo largo de su historia, un *quehacer elitista*. Dado el singular objeto de su estudio o la respuesta social al mismo, el hecho es que desde muy temprano la psiquiatría se confinó en reductos relativamente estrechos. Tal vez deseosa de mejorar su labor, de congraciarse con sus interlocutores o, quien sabe, impotente ante lo que no podían llamarse sino «fracasos terapéuticos», nuestra disciplina se retrajo a lo custodial y reafirmó sin quererlo un rasgo aislacionista, preludio de elitismo forzado. Al mismo tiempo, desarrolló un lenguaje propio, una estructura jerárquica sin modelos claramente establecidos, una organización de servicios radicalmente distinta a la del resto de la medicina. Todo esto acentuó el confinamiento de los psiquiatras y de sus pacientes desde la Edad Media hasta más allá del Renacimiento. En este último período y en los avatares revolucionarios de la Edad Moderna, la psiquiatría añadió otro rasgo elitista: su singular contenido humanista⁽⁵⁾.

El mayor peligro inherente a estas tres primeras características es el de caer en un monólogo estéril o, peor aún, en una serie de monólogos estériles más destructivos que el proverbial «diálogo de sordos». Y esto lamentablemente sucedió en la historia antigua y todavía reciente de la psiquiatría. El resultado es que más que ninguna otra área en el campo de la medicina, la psiquiatría ha practicado *la polémica* como

instrumento de interacción y el *ca-pillismo doctrinario* como dogma inapelable^(6,8). Este rasgo conflictivo, quien sabe si herencia de un irracional afán territorial o hegemónico etológicamente transmitido, no tiene lamentablemente posibilidades de cambio sustantivo a pesar de vestiduras modernas de tolerancia y disposición al diálogo. Hay posiblemente poco que compartir y son muchos los comensales pero, aun si fuera todo lo contrario, la naturaleza polémica de la psiquiatría todavía generará, bien entrado el milenio, un clivaje ideológico intrigante y desnaturalizador.

Esta dinámica del discurso y del debate psiquiátricos, además de la muy humana tendencia a buscar y obtener explicaciones claras, precisas y, de ser posible simples, ha dado lugar a otro aspecto en la historia de las ideas psiquiátricas que siempre resultó y resulta difícil de erradicar: el *reduccionismo*. Sea de naturaleza psicológica o biológica, su persistencia obedece y refuerza al mismo tiempo el carácter repetitivo, personalista, elitista, monologante y polémico de la psiquiatría. Esta forma de búsqueda de respuestas incluye tanto exclusivismos ideológicos como negación o supresiones a veces grotescas de la evidencia. Y bien sabemos que todo reduccionismo es a la vez reflejo y raíz de fanatismos irracionales⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Solamente en parte debido a estas circunstancias es que la psiquiatría y los pacientes que estudia y sirve

son vistos con prejuicio y lidian con *estigmatizaciones* destructivas de manera constante. A decir verdad, el origen de este atavismo reside más en el cuerpo social del que nuestra disciplina es parte. El misterio de la enfermedad mental, los temores que ella genera, la ignorancia de muchos segmentos de la población en todas las épocas de la historia, la impotencia de las acciones terapéuticas hasta hace relativamente pocas décadas, el rechazo a aceptar responsabilidades y mucho menos culpas, la negación de experiencias displacenteras o la confrontación con fuerzas oscuras e incontrolables, son factores que alimentan prejuicios y refuerzan estigmas⁽¹¹⁾. A pesar de todo lo que se diga, la enfermedad mental no es ni subjetiva ni objetivamente lo mismo que la enfermedad física. Nos guste o no, abarca esferas metafísicas y existenciales, suprabiológicas y, por todo ello, atemorizantes. El prejuicio, pues, continuará a pesar de todo. Más vale que lo aceptemos como parte del bagaje que llevamos hacia la próxima centuria.

Históricamente, es cierto que la psiquiatría ha cedido terreno a otras disciplinas o especialidades, al transferirles áreas enteras de conocimiento (neurología, endocrinología) o enfermedades específicas (epilepsia, hipotiroidismo, pelagra). De otro lado, la percepción de que, para explicar su objeto de estudio, la psiquiatría tiene que apelar a otras disciplinas y formular saltos concep-

tuales a los que son ajenas otras ramas de la medicina, contribuye también a la *imagen de dependencia y debilidad* que sus críticos describen⁽¹²⁾. Al actuar con criterios holísticos y por lo tanto metabiológicos, la psiquiatría aumenta su exposición al cuestionamiento. Al invocar hallazgos de las ciencias sociales y de las biológicas en apoyo de su propia autocritica, la psiquiatría se exhibe como disciplina flaqueante, como ejercicio a veces predominantemente teórico, o como carente de una sólida base científica («soft science»). Y si a ello se añade su innegable vinculación con factores religioso-espirituales (de diversa laya a través de la historia) y su apego al carácter terapéutico de prácticas folclóricas («primitivas»), aquella imagen se convierte en símbolo de poderosas fuerzas atávicas circundando (y erosionando) su ejercicio⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Finalmente, el atavismo mayor, con carácter de mito en cuanto a carga histórica se refiere, es que la psiquiatría en el próximo milenio descubrirá *la cura* de todas las enfermedades mentales. La propuesta es en verdad incitante y no puede ser de-valorada o, menos aún, ignorada⁽¹⁵⁾. Puede ser, por otro lado, utópica y algunos de sus críticos particularmente en el terreno ético perpetuarán, paradójicamente, ese rasgo mítico. Este ha de ser sin duda el escenario de los más espinosos debates en décadas por venir. A estas alturas sólo señalo su carácter atávico: después de todo, salud y vida pe-

remnes han sido los objetivos declarados de chamanes y curanderos, alquimistas y doctores, charlatanes y terapeutas, científicos básicos y clínicos de diferentes persuasiones. No hay razón alguna para que la búsqueda no continúe, para que el mito no se eternice.

HIBRIDACIÓN DE LOGROS ACTUALES

Como resultado de un progreso desigual y errático, la psiquiatría del presente se mueve dentro de realidades híbridas. Me explico. Si el pasado nos lega atavismos, vale decir prácticas y creencias que se perpetúan a lo largo de generaciones como expresión de lo que es irremediablemente humano (llámese ello los arquetipos de Jung, el inconsciente freudiano, o el *angst* existencialista), el presente es resultado de la confluencia híbrida de esos múltiples atavismos arropados por la coexistencia a veces forzada de culturas, el progreso de la ciencia y de la tecnología y la búsqueda interminable de nuevas síntesis del pensamiento humano. Cada realidad actual en psiquiatría es resultado de esa hibridación de décadas y siglos. Es la vigencia de una continuidad resquebrajada⁽¹⁶⁾.

Pero continuidad no es lo mismo que avance uniforme u homogéneo. La historia no es la misma en occidente o en oriente, no es la misma ni siquiera en Norte y Sudamérica. Vuelvo a decirlo: la llamada globalización viene adquiriendo ya carac-

terísticas de mito y tiende a homo-geneizar visiones de un desarrollo que es cualquier cosa menos armonioso o balanceado a lo largo y ancho del mundo. La hibridación de que hablo con relación a las ideas y a las realizaciones de la psiquiatría contemporánea es otra manifestación de esa tendencia homogeneizante que, dicho sea de paso, suena muy similar a otra palabra de actualidad inequívoca: hegemónica. De los atavismos surge la hibridación, definida por la Academia como el proceso de combinación de elementos de distinta naturaleza. Este fenómeno es real, gústenos o no, y su vigencia marca el inicio de la travesía al próximo milenio.

Examinemos por ejemplo, los *sistemas diagnósticos contemporáneos*, considerados por muchos entre los más grandes logros de la psiquiatría clínica en los últimos 20 ó 30 años. Con antecedentes que se remontan a la Grecia antigua y posiblemente a períodos históricos mucho más pretéritos, el afán clasificador sobrevivió a cataclismos doctrinarios, represiones, dogmatismos y guerras ideológicas. Todo ello, no obstante, se autodefinió siempre como un intento homogenizador allí donde reinaba el caos, y retuvo a lo largo de siglos elementos conceptuales que fueron gradualmente construyendo el edificio epistemológico que hoy llamamos nosología. Tanto el DSM-IV como la CIE-10 son híbridos de esa convergencia descriptivo-fenomenológica, psicoanalítica, conduc-

tual y biológica. Hibridación doctrinaria que se disfraza de atórica, que pretende ser sistémica allí donde es sólo superposición o complemento deficiente⁽¹⁷⁾. Más aun, estas clasificaciones han fomentado la catalogación de nuevas condiciones clínicas, de nuevos diagnósticos, de lo que algunos han llamado la «patologización de la vida cotidiana»⁽¹⁸⁾. Las críticas a estos «sistemas» son por el momento silenciosas, no sólo porque no hay alternativas válidas sino porque innegablemente ellos han contribuido a la apariencia de uniformidad con que la nosología psiquiátrica aguarda al siglo XXI.

Decir que el *progreso de las neu-rociendas* en este umbral del milenio es una procreación híbrida puede sonar poco menos que a herejía. Permítaseme sin embargo recordar que ingenio y creatividad no niegan ni son inmunes a hibridaciones conceptuales. La tecnología del presente, por otro lado, es un producto híbrido al que han contribuido y contribuyen diversas ciencias y mucha ingenuidad. Y de esa tecnología se han valido las ciencias biológicas para empujar sus logros en genética molecular, farmacología, fisiología o neuroquímica. Y más aún: las formas actuales de explicación de la patología mental son un híbrido que viste el ropaje del "sistemismo", un juego dialéctico que utiliza nuevas jergas para explicar su versión de la «verdad científica» que todos buscan como Jason buscaba el vellocino de oro, o el alquimista, la piedra

filosofal⁽⁹⁻¹²⁾. Las explicaciones concretas son a veces deslumbrantes por lo simples, pero no olvidemos que detrás de esa reificación se esconde el reduccionismo del legado atávico.

Lo anterior no pretende negar o desmerecer en modo alguno el enorme beneficio del enfoque neurobiológico. La humanidad ha visto en el último medio siglo, transformaciones poco menos que increíbles en el tratamiento y pronóstico de las psicosis mayores y en el alivio de inmensas miserias para pacientes y sus familiares^(18,20). Los viejos manicomios han dado paso -en el mundo occidental— a formas «modernas» de evaluación y manejo, énfasis en el tratamiento ambulatorio, superación de «curas» violentas y sub-humanas y mejoría de lo que llamamos hoy «calidad de vida»⁽¹⁵⁾. Pero, por un lado, la famosa «cura» de las enfermedades mentales sigue tan evasiva como lo era siglos atrás y, por otro, las encuestas epidemiológicas nos siguen dando niveles estables (cuando no en ascenso) de psicopatología en poblaciones supuestamente sanas. No sorprende que estas cifras sigan siendo más altas en los países pobres del hemisferio sur o en segmentos de baja condición socioeconómica en países del mundo occidental⁽²¹⁾. Y no es hereje afirmar que puede haber un alto índice de subdiagnóstico de condiciones emocionales, cognitivas y clínicas en esos países y en estas poblaciones. Las estadísticas, cuando se generalizan

sin atender a las peculiaridades socio-económicas y culturales de las poblaciones en estudio, no son sino otro híbrido homogeneizante⁽²²⁾.

El estudio demográfico de los niveles epidemiológicos de la psicopatología contemporánea ofrece numerosas revelaciones. El envejecimiento y el subsecuente aumento de la subpoblación geriátrica es, por cierto, otra pieza informativa que se aplica fundamentalmente al llamado Primer Mundo. En el Tercer Mundo, la hibridación de la información consiste en destacar la base joven de la pirámide demográfica, reconocer tenuemente la persistencia de cifras altas de mortalidad infantil y negligir casi totalmente el hecho de que la mayoría de la población sigue muriéndose a edades más tempranas que las del Primer Mundo. La desnutrición es todavía rampante en muchas partes del globo, las complicaciones del parto y la propagación de las enfermedades infecciosas, son aún hechos cotidianos y masivos en sociedades pobres. Las burocracias internacionales hibridizan los datos y lo hacen, tal vez sin proponérselo, para darnos una visión benigna del milenio a escala global^(21,23). Pero la realidad de esa irrealidad es doble y dolorosamente engañosa.

Los *costos de cobertura de las enfermedades mentales* en el mundo desarrollado sufren, en el momento actual, el embate de dos factores diferentes: las fluctuaciones del mer-

cado con relación al «producto» (costos del cuidado de salud en general) y la falta de paridad o, lo que es peor, la no-cobertura de enfermedades mentales en las pólizas de seguros de salud. Por otro lado, las compañías de seguros y las nuevas organizaciones al cuidado de la salud, que proliferan en numerosos países del mundo occidental, cuestionan la validez clínica de la psiquiatría y sus procedimientos, y pretenden dirigir los programas de tratamiento, régimen de visitas, cantidad y costo de las medicaciones, exámenes auxiliares, etc. Obviamente, la situación en los países en desarrollo es mucho más precaria⁽²¹⁾.

¿De qué valen los progresos psico-farmacológicos si los medicamentos están fuera del alcance de la inmensa mayoría de quienes los necesitan?

¿De qué vale un excelente diagnóstico DSM-IV si no hay medios para financiar un tratamiento efectivo? O, más cínicamente, ¿cómo ofrecer tratamiento de cuadros mentales a poblaciones cuyos problemas más apremiantes de salud son malnutrición e infecciones, y el presupuesto gubernamental no alcanza para dotar de agua potable a comunidades enteras? Paradojas como éstas son ocurrencias comunes en la psiquiatría de cara al tercer milenio.

Tal como señalé anteriormente, el atavismo de los *debates ideológico-cosse* halla presente hoy y, sin duda, ha de prolongarse hacia el futuro. Una vez más, las vestiduras pueden

haber cambiado y la polémica acre puede haber sido reemplazada por un diálogo tal vez más civilizado pero no menos ponzoñoso. Lo que el nuevo siglo debatirá apasionadamente sin duda, será la vigencia del postmodernismo en un mundo que se autodefine como plural y que enfrenta -particularmente en los últimos quince o veinte años- la paradoja de una dicotomía dentro de una polaridad. Esta última es la del individuo frente a la masa, el conflicto de intereses encontrados, el vigor de percepciones diferentes del mundo, de otros seres humanos, de la sociedad en su conjunto. La dicotomía se da en las concepciones ontológicas del ser y la persona de un lado, y del ambiente y el grupo, de otro. Podría decirse que la hibridación en este terreno consiste precisamente en esta paradoja, un proceso dinámico obviamente irresuelto (6-2425).

Otra dimensión polémica está determinada por los enfoques biomédico y psicosocial de la enfermedad mental, de su naturaleza esencial y de su manejo. Bajo la superficie de un aparente dominio del primero al cierre del siglo XX, bullen con fuerza elementos activos del enfoque psicosocial. Lo curioso en este último es el aparente acercamiento de las viejas cohortes psicodinámicas con las nuevas corrientes culturalistas. ¿Procrearán acaso un híbrido para contrarrestar la hegemonía del biologismo a ultranza, el cual se encuentra a su vez bajo el ala protectora de una medicina redefinida en

términos ajenos al humanismo tradicional? (26/27). Y no debe olvidarse que lo cultural engloba tanto aspectos de la psiquiatría folclórica como la dimensión espiritual, tan cara a casi el 80 % de la población norteamericana de hoy, como lo es también para la inmensa mayoría de pobladores en el resto del mundo occidental y en países orientales o no totalmente occidentalizados (13).

La *burocratización* es un fenómeno sociológico que muchos explican como resultado de una hibridación subterránea de intereses opuestos en busca de territorios de compromiso (28). En tanto que creaciones socioculturales, la medicina y la psiquiatría han respondido también a este proceso y la burocratización de su práctica es hoy una madeja a veces inmanejable de reglas, normas, procedimientos, políticas y trámites que remedan en versión moderna los rituales y los símbolos de otrora. Pero son y allí están.

Aparte del asedio -interno e intenso- de sus propias burocracias, la psiquiatría de hoy es también víctima de una variedad de asedios externos, sutiles o groseros, tersos o abribonados. Su base profesional y técnica se halla amenazada por el *clamor de otras profesiones* que afirman poseer los mismos o mejores recursos que la psiquiatría para tratar a pacientes mentales (29): la neurología por el lado estrictamente biomédico, las ciencias sociales (incluida el área de asistencia social)

en el campo psicoterapéutico. Agréguese a ello la nueva carrera de «medicina conductual» que agrupa a psicólogos y otros profesionales inicialmente adscritos al campo de la psiquiatría de enlace, y el rol creciente de los médicos de atención primaria en el manejo de depresiones leves y moderadas y cuadros similares. Estos planteamientos indudablemente reducen el «pool» de pacientes y con ello la base económica de la psiquiatría convencional.

Finalmente, la comunidad en su conjunto se une al asedio a través de exigencias y expectativas a veces poco realistas o de críticas injustificadas y hasta demagógicas. No son ajenas a ellas las acciones militantes de grupos reivindicativos de pacientes o expacientes y sus familiares que condenan la existencia misma de nuestra disciplina. Alianzas y coaliciones híbridas de este tipo, por lo demás inesperadas o impredecibles, dan lugar a un espectáculo de ocasionales matices surrealistas.

Una posible consecuencia de los fenómenos anotados es la reducción de las vocaciones psiquiátricas, en particular en los Estados Unidos donde no más del 1.5% de los graduados de escuelas de medicina se presenta para llenar las plazas de residencia en psiquiatría ofrecidas por casi 130 programas en todo el país. El resultado es que los cuadros de futuros psiquiatras en el país del norte se completan (a fin de llenar el exceso de vacantes no cubiertas)

con médicos que o no escogieron psiquiatría como su primera opción o por graduados de escuelas médicas extranjeras, vistos con recelo (nacido no sólo de consideraciones puramente académicas) por el *establishment*⁽³⁰⁾. Si esta es la situación en el país líder en educación médica, considérese la problemática en aquellos de otras zonas, incluso dentro del llamado mundo desarrollado. No se trata ya sólo de la cantidad sino de la altamente cuestionable calidad de estas vocaciones psiquiátricas. La fuerza de trabajo psiquiátrico a escala mundial en el momento actual es, por decirlo de una vez, heterogénea, insuficiente e impredecible⁽³¹⁻³²⁾.

Es claramente posible que el común denominador de varias de estas realidades de la psiquiatría contemporánea sea la desigualdad conceptual, estructural y operativa de la disciplina en distintas partes del mundo. Otro enfoque, desde dimensiones distintas, caracterizaría a esta desigualdad como cualitativa y cuantitativa. La primera, referida a un basamento cultural de diferencias innegables y la segunda, al también claro déficit de recursos humanos, materiales y financieros. El paciente mental visto a fines del siglo XX como un «ciudadano de segunda clase» refleja tales desigualdades políticas inaceptables y antiéticas.

La realidad de la psiquiatría mundial en el umbral del milenio es entonces significativamente borrosa

debido al carácter retardatario de las hibridaciones que he tratado de delinear y al relativismo del mito reductor en uso, en este momento de la historia: la globalización. No se trata de negar el fenómeno como expresión de un proceso que ha tomado siglos, aun cuando parece haberse acelerado en el último cuarto del vigésimo. Se trata más bien de ubicarlo en su justa perspectiva a fin de evitar homogeneizaciones no realistas, caballos de Troya ideológicos, alianzas artificiales, desconocimiento o negligencia de la historia y transmisión desigual de tecnologías que son ya verdaderas baratijas cuando arriban a las playas del llamado mundo subdesarrollado⁽³³⁾. Esta actitud redundará en el natural rechazo a la aberrante hegemonía de un solo sistema o de una manera estrecha de pensar y concebir la enfermedad mental. Si esto último sucediera, estaríamos siendo testigos no ya sólo de una negación grotesca sino de una verdadera claudicación moral, de esas que sacan partido de oportunismos demagógicos, de perezas intelectuales y de miserias espirituales.

LOS AVATARES NORTEAMERICANOS

Para muchos, el futuro de la psiquiatría en el ámbito mundial parecería estar estrechamente ligado a lo que suceda en los Estados Unidos. Si bien la hegemonía de aquel país en todo orden de cosas es un factor a tenerse en cuenta, estimo y espero que tal actitud de dependencia o

servilismo no presida nuestras reflexiones. Más aún, hay varios (tal vez muchos) aspectos de la psiquiatría norteamericana que, en mi opinión, son absolutamente indeseables. Melvin Sabshin, que fuera hasta hace poco menos de dos años Director Médico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), fungió también durante sus largos 22 años en el puesto, de cronista del devenir histórico de la psiquiatría en los Estados Unidos. Por ejemplo, en 1989 publicó un trabajo titulado «*Ciencia, pragmatismo y el progreso de la psiquiatría*»⁽³⁴⁾, en cual delineó lo que denomina el comienzo del periodo adulto de la psiquiatría norteamericana. La implicación es que la niñez y la adolescencia de esa psiquiatría estuvieron dominadas durante el periodo posterior a la segunda guerra mundial y hasta mediados de la década de los años 70 por el psicoanálisis primero y por la psiquiatría social y comunitaria después.

Sabshin es particularmente crítico de lo sucedido durante la década de los 60s, que vio lo que él considera una inaudita expansión de los límites de nuestra disciplina, tanto con relación al papel del psiquiatra como a la demarcación de lo psico-patológico. Contribuyeron a ello, en su opinión, la teoría psicoanalítica que «neurotizó» o «patologizó» prácticamente todo tipo de conducta humana, la psiquiatría infantil que se convirtió en abanderada de un «paradigma educacional», la psi-

quiatria de la adolescencia que confundió vulnerabilidades ericksonianas con diagnósticos clínicos y la psiquiatría social y comunitaria que «desmedicalizó» totalmente a la psiquiatría. Luego de este acre bombardeo, Sabshin no vacila sin embargo en usar un término ericksoniano para describir la «crisis de identidad» de la psiquiatría estadounidense desencadenada hacia 1977.

La clave del desarrollo actual y futuro de la psiquiatría según Sabshin es la interacción de avances científicos con lo que él llama «acciones pragmáticas efectivas». Afirma que con ello, la psiquiatría en los Estados Unidos ha avanzado más allá de lo que llama «humanismo simple». Reparando al parecer en lo audaz y arrogante de esta declaración, procede enseguida a confesar su temor de que las «destrezas clínicas y los enfoques humanísticos de la práctica clínica» sean víctimas del «positivismo lógico» característico de esta etapa de la historia. Su receta de pragmatismo para el futuro incluye no sólo la «remedicalización estructural» de la psiquiatría sino también la «capacidad de balancear objetivos con realidades», frase que por cierto puede interpretarse de múltiples formas. No deja de causar cierta confusión, por otra parte, su velada crítica al «ateoricismo» de las dos últimas ediciones del DSM, su reclamo de una «nueva teoría» y, por último, su justificación de lo que está ocurriendo en el momento actual en Estados Unidos como una «sobre-

compensación de tendencias previas». Esto es, que la aridez de los actuales proclamas ateóricas responde al propósito de no cometer los mismos errores del pasado (el dominio tiránico del psicoanálisis, por ejemplo). Sin embargo, que diga esto después de afirmar que la psiquiatría norteamericana ha alcanzado ya la adultez, luego de exigir pragmatismo como estrategia fundamental y tras asegurar que no hay paradigmas (en momentos en que el dominio de la psiquiatría biológica es claramente marcado), suena o a ingenuidad querúbrica, a blando clisé contemporizador o a astuta cortina de humo retórica.

El debate por las esencias de lo que es la psiquiatría hoy, sobre todo en los Estados Unidos, se resume entonces en golpes de pecho denunciando las ideologías del pasado mientras se deja pasar por lo bajo otra ideología tanto o más peligrosa: el «cientismo» (scientism) o cientificismo a ultranza⁽³⁵⁾. De hecho, dos artículos recientes^(36/37) prácticamente abogan por una reformulación del campo de la psiquiatría en términos fundamentalmente económicos, biólogos y anti-psicoterapéuticos. En otro trabajo sobre el mismo tema⁽³⁸⁾, Sabshin una vez más «come a dos carrillos»: elogia de un lado el auge del empiricismo, la remedicalización y la nueva precisión diagnóstica y de otro, lamenta la reducción del trabajo psicoterapéutico de los psiquiatras, consecuencia inevitable del «pragmatis-

mo» y del dominio de fuerzas económicas en el campo de la atención en salud que él indirectamente propugnó seis o siete años atrás.

La confusión de quien lo lee se torna aún más aguda cuando, muy suelto de huesos, afirma que "hay todavía mucha psicoterapia conducida por psiquiatras, suficiente entrenamiento en psicoterapia para los psiquiatras y bastante investigación en torno a diversos tipos de psicoterapia". Menciona la disminución del número de postulantes a los programas de residencia en los Estados Unidos (coincidente, aunque no necesariamente de manera directa o única, con el ascenso del predominio del biologismo en psiquiatría), pero no se refiere a las exigencias de residentes y directores de entrenamiento para que se intensifique la actividad didáctica en aspectos de psicoterapia. En otras palabras, el humanismo, ya ni siquiera el humanismo «simple» de que nos hablaba en 1989, parece ocupar mucho la atención de la «nueva psiquiatría».

Sabshin trata de asociar términos tales como pluralismo y heterogeneidad con la psiquiatría norteamericana de hoy. En mi opinión, esa es la fachada. Lo que sucede es que la psiquiatría, como cualquier otro «producto» en el mercado norteamericano/global, está sujeta a los ajetreos, cambios y caprichos de ese mercado, el cual le ha arrebatado el control de su propio destino. La de Sabshin es la voz de una generación

que se evapora confundida por sus propias indecisiones, remilgos y ambigüedades. En lo único en que podemos estar de acuerdo con los Sabshin de este mundo es en la necesidad de continuar examinándonos con objetividad y sin apasionamientos. Sin embargo, hablar claramente es muy difícil cuando se está en posiciones eminentemente políticas desde las cuales hay que responder a numerosos intereses creados. Pero ser un buen político no quiere decir ser un buen líder. Y, con raras excepciones, la carencia mayor de la psiquiatría norteamericana actual es la de buenos líderes.

Los postulados conceptuales más recientes en torno al campo y a la identidad de la psiquiatría -vista con ojos norteamericanos- son articulados por autores tales como Andreasen y Kandel. Andreasen, editora del *American Journal of Psychiatry*, nos dice que la psiquiatría «es definida por nuestros pacientes, nuestra ciencia y nuestra historia... (y)... por su territorio: la mente»⁽³⁹⁾. Tras reconocer que la mente «crea nuestra humanidad y nuestra identidad (sense of self)» y que nuestra especialidad tiene a su cuidado enfermedades «que afectan el núcleo de nuestra existencia», nos dice, sin embargo, que la psiquiatría lidia con «enfermedades del cerebro» ya que la mente es expresión de la actividad de este órgano, un ensamble neural de moléculas, células y circuitos que produce «funciones» tales como el ánimo y la memoria.

Muy cuidadosamente evita mencionar términos más emocionalmente cargados y, tal vez por ello, menos científicamente validados tales como altruismo, felicidad, generosidad, humanismo; o conflicto, violencia, egoísmo, y crueldad.

Kandel es más directo. Él, uno de los más destacados neurocientíficos contemporáneos, nos entrega cinco principios que constituyen «la actual manera de pensar de los biólogos respecto a la relación entre mente y cerebro». El primer principio es inequívoco, categórico, casi inapelable en su sonoridad: «Todos los procesos mentales, aun los más complejos procesos psicológicos derivan de operaciones (actividades) del cerebro»⁽²⁰⁾. Lo que comúnmente llamamos «mente» es un rango de funciones llevadas a cabo por el cerebro. Estas funciones incluyen desde comer y caminar hasta «todas las complejas acciones cognitivas, conscientes e inconscientes que asociamos con la conducta específicamente humana tales como pensar, hablar y crear obras de literatura, música y arte». Como corolario, los «trastornos conductuales que caracterizan a la enfermedad psiquiátrica son disturbios de la función cerebral, aun en los casos en los que las causas de tales disturbios son de origen claramente ambiental».

De este principio fluyen la base genética de la conducta normal y patológica y la aserción de que todo componente supuestamente am-

biental (p.ej., la psicoterapia) se convierte, en último término, en biológico como resultado de cambios en conexiones neurales o subsecuente expresividad genética. Si pasamos por alto ciertas afirmaciones con reminiscencias frenológicas, Kandel sostiene sólidamente que el marco de referencia puramente biológico que propone tiene implicaciones prácticas de crítica importancia. Afirma, en efecto, que los psiquiatras deben conocer más de la biología cerebral, y amasar un «conocimiento tal vez diferente pero totalmente comparable al de un neurólogo bien entrenado». La total inmersión de la psiquiatría en el seno de la biología (y Kandel, como De-tre y MacDonald⁽³⁷⁾, parece favorecer a la neurología como la disciplina subyacente) atraerá, dice, un creciente número de talentosos estudiantes de medicina ya que la enseñanza y la práctica de la psiquiatría se revitalizarán «mediante una comprensión crítica de los procesos cerebrales, familiaridad con la terapéutica... (y)... capacidad de abarcar la vida mental y emocional dentro de un esquema que incluya determinantes tanto biológicos como sociales». Los modelos cibernéticos por cierto ocuparán el centro de la atención de los futuros especialistas sustituyendo la noción freudiana de «inconsciente» con el estudio de redes neurales en la base de procesos cognitivos fundamentales. Con esto, Kandel saluda la emergencia de un «nuevo psicoanálisis» (de base bio-

lógica) o de una «ciencia neural psi-coanalíticamente orientada».

La orientación de la psiquiatría norteamericana en vísperas del próximo milenio parece pues claramente definida. La escuela biológica, sólida y respetable en sus logros, domina sin lugar a dudas el panorama de la investigación y los mecanismos del mercado. No habría mucho que censurar en este proceso sino fuera porque, tal vez sin proponérselo y debido más que nada a su capacidad económica y poderío tecnológico, la orientación biológica carece de adversarios visibles y ha empezado ya a conferir a su discurso epistemológico y científico los tonos arrogantes, paternalistas e infalibles que caracterizan a ideologías intimidatorias⁽³⁵⁾. Detrás de los innegables progresos de su ciencia, el modelo biológico de la psiquiatría encierra el mismo reduccionismo que antaño criticara al psicoanálisis, al conductismo o al culturalismo. Los corifeos de esta visión estrecha o, peor aun supuestamente amplia pero con evidentes "manchas ciegas", pontifican dejando poco lugar a la duda o a la incertidumbre y se permiten incluso la propuesta de híbridos conceptuales nada nuevos: la neuropsiquiatría, o híbridos novedosos tales como: «la ciencia neural psicoanalíticamente orientada» (aun cuando Marmor ya escribió algo sobre esto 30 años atrás)⁽⁴⁰⁾, que suenan más a concesiones corteses pero irrelevantes (y hasta ligeramente absurdas) a los antiguos adversarios, hoy finalmente avasallados.

LA EVOLUCIÓN CENTRÍFUGA

Conviene recordar nuevamente que la psiquiatría en el tercer milenio va a llevar la carga de sus viejos atavismos y la realidad híbrida de sus logros presentes para afrontar la inevitable evolución de un futuro que es, por muchas razones, abrumadoramente misterioso e incitante más allá de la hegemónica visión norteamericana. Sobre la base de las diferencias anotadas, de las flaquezas de la globalización como concepto y como praxis, y de la naturaleza tan disímil de los desafíos del milenio, postulo entonces que esa evolución y ese futuro seguirán para bien o para mal una trayectoria centrífuga, desnivelada si se quiere, desigual siempre. Tal, la naturaleza del reto milenarista. Mas, no todo debe tener el carácter órfico nacido de la resignación o del hedonismo. Postulo también las posibilidades de la fe en el espíritu creativo de la raza humana, de la esperanza como fuerza reparadora en lo moral y psicológico, de la tenacidad como instrumento de forja de una identidad disciplinaria más ecuménica, más justa y solidaria, y - por lo mismo - más cercana a sus esencias.

En primer término, los desafíos concretos. Se ha mencionado ya la aparición de *nuevas entidades clínicas* y categorías diagnósticas, surgidas no sólo de los nuevos sistemas de clasificación y nomenclatura sino de la propia pluralidad de culturas a lo largo y ancho del globo, y de la

multiplicación de fuentes patogénicas incluidas pobreza, estrés del mercado de trabajo, conflictos bélicos o desastres naturales o tecnológicos, por un lado; y avance tecnológico, aberraciones del espacio cibernético, navegación interplanetaria o longevidades interminables, de otro^{2, 14, 16, 41}). Desde otra perspectiva, el área de la salud pública que ha mostrado incrementos en progresión casi geométrica es la de la violencia, desde la dictada por el degradante concepto de «limpiezas étnicas» hasta la de la epidemia enmascarada de maltrato doméstico o explotación sexual de niños en varias partes del planeta⁽⁴²⁾. Los componentes psicopatológicos de estas conductas son innegables y el desafío que plantean a la psiquiatría es enorme.

Si bien la cura de las enfermedades mentales seguirá siendo la meta más ambicionada por investigadores, clínicos y pacientes, la consideración sobria de lo que es alcanzable en materia de tratamiento insistirá más en la mejoría del funcionamiento personal y colectivo. Ello se traducirá, operativamente, en la delincación de una mayor calidad de vida que, respetando diferencias culturales, buscará el balance armonioso de potenciales, aspiraciones y realizaciones. La psiquiatría tiene mucho que decir y hacer en esta arena, no sólo basándose en su percepción de una especial manera de sufrir sino a su visión global de lo que la salud integral es y representa⁽⁴³⁾.

Por la misma razón, la evolución de la psiquiatría incluirá la delincación de nuevas tareas, menos tradicionales, menos convencionales, más abarcadoras y, por ello, más imbuidas del *contexto ínter y multidis-ciplinario*. Nada más expresivo de la centrifugalidad que atisbo como característica de nuestra disciplina en los siglos por venir. El eje de esta nueva manera de concebir su tarea es -que duda cabe- la prevención. Mas no una prevención basada en recetas que prometen bienestares baratos y fugaces sino dictada por el análisis metódico de conductas de individuos y grupos y de sus factores determinantes en el dominio bio-psico-socio-cultural y espiritual.

Las nuevas tareas traerán *consigo cambios en la práctica profesional*. Ellos ya están ocurriendo, pero las décadas y siglos por venir los verán multiplicarse y diversificarse aun más — la metáfora centrífuga aplicada aún más literalmente. Al trabajo multidisciplinario ya señalado se unirá la expansión de la atención ambulatoria, el uso más eficiente de recursos, la continuidad en los cuidados «desde la cuna hasta la tumba» y el engranaje con las actividades preventivas. La investigación de resultados reforzará la noción de una temprana y plena reinserción del paciente en una comunidad deseablemente más informada y mejor equipada para manejarlo⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. El psiquiatra seguirá siendo un clínico y un psicoterapeuta pero será también coordinador de equipos, su-

pervisor y gerente de organizaciones integradas e integrales de salud y prevención mental⁽⁴¹⁾.

Obviamente el psiquiatra y los profesionales de la salud mental no estarán solos ni podrán generar las fuerzas de cambio por sí solos. Las organizaciones de pacientes y de familiares adquirirán mayor influencia y mayor poder al influjo de un *ethos* participativo consagrado por la ley y las realidades clínicas y sociales del mañana. La dinámica de las relaciones entre profesionales y pacientes (usuarios o consumidores, de acuerdo a la nueva jerga) está cambiando y nada hace pensar que el cambio no continuará⁽⁴⁶⁾. Sin embargo, al lado de los cambios de mentalidad que favorecerán cambios de políticas, el factor fundamental continuará siendo el de la disponibilidad de recursos financieros que solventen un cambio sostenido y progresista. Y aquí sobreviene, una vez más, la desigualdad que contribuye tanto a la hibridación multiforme del presente como a la especulable evolución centrífuga del futuro. No todos los países, no todas las regiones del mundo cuentan con la misma cantidad de recursos o marchan al mismo ritmo en su historia. El factor diferencial más grande, el de un desarrollo desbalanceado, puede desequilibrar el proceso evolutivo en proporciones gigantescas. Nótese entonces la obstinada presencia de este elemento en la ecuación del futuro.

¿Es el pluralismo un componente deseable de la nueva psiquiatría? ¿O es únicamente un recurso retórico, un buen deseo o, peor aún, una cortina de humo para la preservación de heterogeneidades insalvables? Una mirada rápida a la substanciación de mi propia tesis induciría a pensar que el pluralismo es más bien inevitable. Inevitable por diferencias culturales y de desarrollo socioeconómico, inevitable por adaptación de tareas y creación y utilización de instrumentos, inevitable por los niveles diferentes de familiarización con la ciencia y la tecnología, inevitable, en fin porque creo firmemente que la psiquiatría del nuevo milenio será una psiquiatría centrífuga, o dicho de otro modo, tal vez no una sino muchas psiquiatrías⁽⁴⁸⁾. La diferencia con el pluralismo de este siglo XX es que el de hoy es un pluralismo infante, apañalado.

Y poco a poco vamos entrando entonces al territorio de las esperanzas... o de las fantasías esperanza-doras. Cuando viajar de Lima a Vía-divos tock demore sólo pocas horas, cuando la ingeniería genética sustituya un set de genes «deficientes» por otro vigoroso y superior a voluntad del «usuario», cuando desde el planeta Tierra se detecte un sismo en Plutón y se transfiera su energía para convertirla en electricidad en un apartado villorrio de Afganistán, quisiera aún pensar que la psiquiatría -o la disciplina que la haya reemplazado- practique el credo de la armonía en la diversidad, diag-

nostique y cure -sí, cure- la anomalía genético-bioquímica, pero restaure también la fe y la esperanza del ser doliente en sus semejantes, la convicción del buen vivir para un buen morir como transición a la inmanencia, la noción de que ser física o biológicamente inmortal no es ni económica, ni ética, ni estéticamente tan importante como haberse adentrado a plenitud en el alma ajena aun si fuera sólo por un instante redentor en una relación afectiva intensa y sincera ^{<48+49>}). El desafío del futuro es el desafío de un diálogo auténtico, trascendente y de significados reales.

Lo repito. La psiquiatría del nuevo milenio ha de desarrollar una nueva identidad, tal vez varias identidades nuevas. Hacia el año 2999, tal vez ni siquiera su nombre será psiquiatría, tal vez de su tronco habrán crecido muchas ramas, parcelas de conocimiento a punto de partida de prefijos como neuro, psico, socio, bío, ciber, trans, o de palabras como cognición, semántica, lingüística, circuitos, cultura. La esquizofrenia habrá cambiado de nombre como habrá cambiado también el significado o la definición de palabras que hoy nos son familiares: felicidad, miedo, estrés, envidia o estoicismo. En notas de pie de página, Kraepelin será recordado como un clasificador amateur, Freud como un soñador descomunal, Chomsky como

un aficionado a dialectos, Edelman como un estudioso de circuitos neurales primitivos.

Pero, como ha ocurrido siempre en los grandes dramas humanos, las enormes creaciones del tercer milenio en el campo de la salud mental pueden traer consigo la semilla de su propia destrucción. Llámese maldición bíblica o basura cósmica, contacto de extremos o remanentes de materialismo dialéctico, el hecho es que al lado de sus extraordinarios avances, la humanidad continuará acechada por sus demonios de siempre y avanzará tornando la mirada a su pasado de atavismos e hibridaciones. La enfermedad mental continuará ocurriendo y alguien tendrá que hacerse cargo de su cuidado. El enfermo mental seguirá planteando enigmas y la investigación continuará porque el saber es más inagotable que la ignorancia. La actividad educativa seguirá desplegando su misión de puente entre lo esotérico e invisible, y lo real y palpable. Y el ser humano, prístino en su profunda sabiduría, ofuscado en las simas de su ignorancia, generoso en su accionar fraterno, maligno en sus maquinaciones tribales, deslumbrado ante la belleza del color y el sonido, indiferente a veces a la tragedia y al dolor ajeno, seguirá en el centro del interés de una disciplina que desde siempre se proclamó también simple y sencillamente humana.

REFERENCIAS

1. Shepherd M (Ed): *Psychiatristson Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
2. Nemiah JC. *Psychiatry: The inexhaustible science*. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry / III* (Kaplan HJ, Freedman AM, Sadock BJ, eds.) Vol. I. Baltimore: Williams &Wilkins; 1980.
3. London J. *The Cali of the Wild*. En: *The Collected Jack London* (Kasdin SJ, ed). New York: Barnes & Noble; 1991.
4. Ellenberger H. *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books; 1970.
5. Zilboorg G, Henry GW. *A History of Medical Psychology*. . New York: Norton and Company; 1941.
6. Wollheim R (ed). *Freud. A Collection of Critical Essays*. New York: Anchor Books, Carden City; 1974.7. Eysenck HJ, Martin I. *Theoretical Foundations of Behavior Therapy*. New York: Plenum Press; 1987.8. Roustang S. *Diré Mastery. Discipleship from Freud to Lacan*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1982.
9. Castilla del Pino C: *El biologismo en Psico(pato)logia y en psiquiatría*. En: *Cuarenta años de psiquiatría*. Madrid: Alianza Editorial; 1984.
10. Guze SB. *Why psychiatry is a branch of medicine*. New York: Oxford University Press; 1992.
11. Reiser MS. *Are psychiatric educators «losing the mind»?* *Am J Psychiatry* 1988; 145:148-153.
12. Sauri JJ. *Del síntoma al texto*. En: *Desde nuestra propia entraña* (Alarcon RD, ed). Lima: Villanueva SA; 1991.
13. Seguin CA. *Psiquiatría folklórica*. Lima: Ermar; 1979.
14. Lewis-Fernandez R, Kleinman A. *Cultural psychiatry. Theoretical, clinical and research issues*. *Psych Clinics North America* 1995; 18:433-448.
15. Siever LJ, Frucht W. *The new view of self. How genes and neurotransmitters shape your mind, your personality, and your mental health*. New York: McMillan; 1997.
16. Hughes RC. *Culture of Complaint. The frame of America*. New York: Basic Books; 1983.
17. Alarcon RD. *Clasificación de la conducta anormal: El DSM-IV*. En: *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Vol. I. Madrid: Siglo XXI Editores; 1995.
18. Berríos GE. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
19. Scnatzberg AF, Nemeroff CB (eds). *Textbook of Psychopharmacology. Second Edition*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1998
20. Kandel ER. *A new intellectual framework for psychiatry*. *Am J Psychiatry* 1998; 155:457-469.
21. Dejarlaís R, Isenberg L, Goode B, Kleinman A, *World Mental Health. Problems and priorities in low income countries*. New York: Oxford University Press; 1995.
22. Roas CA, Pam A. *Pseudoscience in Biological Psychiatry*. New York: Wiley & Sons; 1995.
23. *Programa de Las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 1997*. Madrid: Prensa Libros; 1997.
24. Pucciarelli E. *Filosofía*. En: *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Vol. 2. (Vidal G, Alarcón RD, Lolas F, eds.). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1995.
25. Popper K. *La sociedad abierta y sus enemigos*. Barcelona: Paidos Studio; 1982.
26. Millón T. *Modern psychopathology*. Philadelphia: Saunders and Company; 1969.
27. Lukoff D, Lu FG, Turner R. *Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems*. *Psychiatric Clinics of North America* 1995; 18:467-486.
28. Schlesinger AM. *The disuniting of America. Reflections on a multicultural society*. New York: Norton and Company; 1992.
29. Alarcón RD. *Psiquiatría, la ciudadela sitiada*. (Editorial). *Acta Psiq. Psicol Amer Lat* 1996; 42:295-296.
30. Sierles FS, Taylor MA. *Decline of U.S. Medical Student Career Choice of*

- Psychiatry and What to Do About It. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1416-26.
31. Alarcón RD and González R. Psychiatry in the developing world: Difficulties but no grounds for despair. En: *Postgraduate Training in Psychiatry: Options for International Collaboration*. (Molden, N. and Edwards, G., Eds). Geneve: World Health Organization, División of Mental Health; 1989.
 32. González R, Alarcón RD. Making use of existing resources. En: *Postgraduate Training in Psychiatry: Options for international collaboration*. (Holden, N. and Edwards, G. Eds). Geneve: World Health Organization, División of Mental health; 1989.
 33. Hernández M. La entrevista. En: Alarcón RD, *Identidad de la psiquiatría Latinoamericana*. México DF: Siglo XXI Editores; 1990.
 34. Sabshin M. Science, pragmatism and the progress of psychiatry. En: *Contemporary Themes in Psychiatry. A Tribute to Sir Martin Roth* (Davison K, Kerr A, eds.). London: Royal College of Psychiatrists; 1989.
 35. Alarcón RD. La disciplina de los primeros comienzos dilemas de la psiquiatría contemporánea. En: *Desde nuestra propia entraña* (Alarcón RD, Cipriani E, Castro J eds) Lima: Villanueva SA; 1991.
 36. Lieberman JA, Rush AJ. Redefining the role of psychiatry in medicine. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1388-97.
 37. Detre T, McDonald MC. Managed Care and the future of psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:201-204.
 38. Sabshin M. Psychiatry in the United States at the turn of the next century: New research and new economics. Presented at the 8th Pacific RIM College of Psychiatry Meeting. San Diego, May 15, 1997.
 39. Andreasen NC. Editor's Comment: The Crisis in Clinical Research. *Am J Psychiatry* 1998; 155:455.
 40. Marmor J (ed). *Modern psychoanalysis. New directions and perspectives*. New York: Basic Books; 1968.
 41. Alarcón RD. *Psiquiatría Latinoamericana en el Nuevo Milenio*. En prensa: *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1999.
 42. Alarcón RD, Trujillo, J. La contemporaneidad de la violencia y su afronte multidimensional. *Alcmeon* 1997; 23:223-240.
 43. World Health Organization. *Quality of Life Assessments. Position Paper*. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-1409.
 44. Mirin SM, Gossett JT, Grob MC (eds). *Psychiatric treatment advances in outcome research*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1991.
 45. Sartorius N, de Girolamo G, Andrews G, Germán GA, Eisenberg L (eds). *Treatment of Mental Disorders. A Review of Effectiveness*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1993.
 46. Alarcón RD (Editorial). Ser psiquiatra en América Latina. *Act Psiquiatr Psicol de Am Latina* 1985; 31:3-4.
 47. Alarcón RD. *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana*. México DF: Siglo XXI Editores; 1990.
 48. Delgado H. *En Torno al Alma Ajena*. En: *Contribuciones a la Psicología y a la Psicopatología*. Lima: Perí Psyches Editions; 1962.
 49. Frank JD, Hoehn-Saric R, Inber SD, Lieberman BL, Stone AR. *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel; 1978.