

10. ¿Hacia dónde se dirige la psiquiatría contemporánea? Reflexiones en la crisis epocal



JUAN CARLOS STAGNARO*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.10>

Introducción

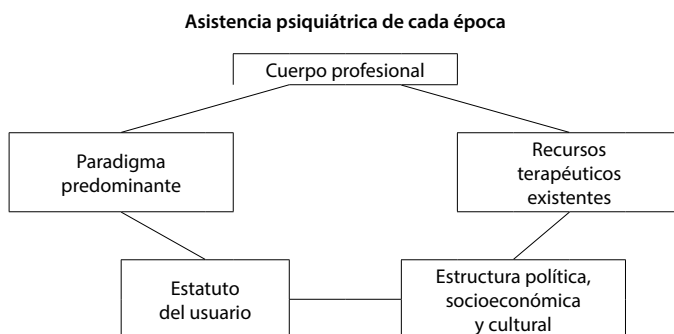
El contenido de esta ponencia, cuyo desafiante título me fue sugerido por los organizadores de este Congreso, no constituye, como es fácil comprender, un diagnóstico completo ni acabado sino, simplemente, la presentación de algunas reflexiones sobre el tema, con el objeto de aportar una opinión más a la circunstancia contemporánea que nos acucia.

De una manera un tanto arbitraria, como puede ser todo intento de esquematizar una realidad tan compleja como la del momento histórico que atravesamos, se puede intentar enumerar y articular una serie de factores principales a tener en cuenta para desgranar algunas puntuaciones en respuesta al asunto planteado.

A tal efecto, con el fin de organizar los puntos salientes de la reflexión que proponemos, nos podemos basar en un esquema original de un autor francés, uno de los iniciadores de lo que fue más tarde la política del sector en Francia, Henri Duchêne, combinándolos con aportes de otro pensador crítico, como fue Robert Castel y, adicionalmente, un ordenamiento propio para tratar de enumerar los factores que vertebran las líneas que siguen.

La asistencia psiquiátrica de cada época estaría así determinada por una serie de factores principales que forman una estructura en la que todos ellos interactúan entre sí.

* Médico especialista en Psiquiatría por la Universidad de Buenos Aires, Argentina.



Por un lado, la estructura política, socioeconómica y cultural del momento que se estudia; por otro, el paradigma predominante en la época; en tercer lugar, están los recursos terapéuticos existentes; en cuarto lugar, las características y vicisitudes del cuerpo profesional y, por último, el estatuto del usuario, del paciente.

En nuestro intento de echar alguna luz sobre el asunto, formularemos algunas puntuaciones respecto a cada uno de ellos.

La historia no puede predecir el futuro con certeza, pero sí puede ofrecer pistas poderosas para reflexionar sobre un presente con proyección. Al estudiar patrones pasados, se pueden identificar tendencias que ayudan a anticipar lo que podría suceder.

Es necesario advertir también desde qué perspectiva surgen esas observaciones que, como es posible imaginar, no son más que las que se pueden abarcar individualmente de entre la inmensa masa de información disponible. Es un recorte personal practicado a partir de la lectura de las publicaciones internacionales, de los contenidos más salientes presentados en congresos, y, particularmente, en mi caso, el que puede hacer un observador situado desde el Cono Sur de América Latina, desde mi país, Argentina, ya que el procesamiento que pueda hacer de esos datos, con mayor o menor agudeza y fortuna, está condicionado, obviamente, por mi práctica social y profesional concretas. En suma, una mirada parcial, individual y modesta de un psiquiatra con más de medio siglo de experiencia, protagonista y testigo de los avatares de nuestra especialidad.

La estructura política, socioeconómica y cultural

Los momentos políticos, socioeconómicos y culturales siempre han estado relacionados con la medicina y, en lo que nos toca particularmente, con la especialidad psiquiátrica.

Algunos ejemplos de esto son: la Revolución Francesa, como marco de fondo de la reforma de Pinel; la aparición del concepto de salud mental en la posguerra de la Segunda Guerra Mundial; la influencia de los intereses económicos de la industria farmacéutica para condicionar la agenda de la psiquiatría; o los factores que llevaron, en el ámbito de los Estados Unidos, a los cambios en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, ya que el salto del DSM II al III, no tuvo que ver solamente con cuestiones intrínsecas a la psiquiatría sino con una gran cantidad de razones extrínsecas, originados en la instalación de ajustes económicos neoliberales sobre los recursos sanitarios, así como a las necesidades de la investigación psicofarmacológica para validar nuevas moléculas, etc.

¿Cuál es el cuadro que nos presenta hoy día este mundo complejo, más o menos difícil de entender y definido por un número creciente de observadores como caótico?

El neoliberalismo que, como modelo económico se ha implantado en muchísimos países, con cambios en los sistemas de producción y en la generación de valor; el fenómeno de la globalización y la financiarización; el capitalismo informático, como algunos lo llaman ahora, y la maximización en la distribución desigual de la riqueza, constituyen el marco económico predominante. A ello se le suman fenómenos ligados a la ecología, a las fuentes de energía, muy pronto al agua; también, la revolución tecnológica acelerada (la computación cuántica, las redes comunicacionales de quinta generación, la energía nuclear limpia, la inteligencia artificial, por mencionar solo algunas de las novedades principales,); las crisis en los sistemas de representación política, los nacionalismos y regionalismos, la lucha entre el multilateralismo y el unilateralismo en las relaciones internacionales; los múltiples focos bélicos y las amenazas de su agravamiento con el consecuente armamentismo; la construcción de conciencia por los medios de comunicación de masas y las redes sociales; la crisis paradigmática que existe hoy

día en el campo de la filosofía, en el campo de la estética y en la mayor parte de las disciplinas científicas; el movimiento feminista; los cambios culturales de género; los cambios en la estructura de la familia; el dramático descenso de la natalidad, etc.

Es decir, un conjunto de factores que se presentan agrupados en un corto lapso y que conforman una verdadera crisis epocal; no cualquier otro tipo de crisis coyuntural, sino una surgida de un verdadero cambio de época histórica. Y si todos estos factores contribuyen a la construcción de una cierta subjetividad, entre muchos otros aspectos sociales y culturales, por qué no pensar que van a influir también muy fuertemente en la salud pública y, dentro de ella, en la función y el rol de la medicina y, por lo tanto, en sus especialidades, como es la psiquiatría. ¿Incidirán todos estos factores y los cambios en la construcción de nuestras nosografías en la terapéutica y hasta en la definición misma de la locura?

Si en un cambio epocal, como fue el del Renacimiento, se pasó de una concepción de la locura como posesión demoníaca o éxtasis divino a una concepción progresivamente naturalista de la enfermedad mental, frente a todo esto que está ocurriendo, ¿cuál será la concepción de la locura que emergerá? Cabe preguntarlo porque eso va a determinar la especificidad de la psiquiatría y su perdurabilidad, tal como la conocemos.

El paradigma predominante

Recordemos, brevemente, que un paradigma, en el sentido de Thomas Kuhn, es un conjunto de ideas (presupuestos, sobreentendidos o creencias) sobre las que hay un consenso en una determinada comunidad científica acerca de su justificación y que —durante un tiempo, en un horizonte temporal atravesado por el suceder histórico y con cierta duración— proveen de problemas y soluciones siempre limitadas y abiertas a nuevos problemas y soluciones que encauzan la investigación.

En otras palabras, es el conjunto de conceptos, ideas, prácticas que obtienen el consenso de los especialistas de una determinada disciplina, ciencia o profesión durante un tiempo, dándole los elementos centrales de sus prácticas y de sus formas de funcionamiento. Es lo que Kuhn denomina ciencia

normal, la cual se alterna, según su opinión, con periodos de crisis paradigmática, surgidos de un agotamiento de esos consensos por la acumulación de anomalías en el conjunto de afirmaciones y creencias del paradigma en cuestión.

Georges Lantéri-Laura describió una sucesión de paradigmas a lo largo de la historia de la psiquiatría. Esa serie, según el destacado epistemólogo e historiador francés, comenzó con el pineleano paradigma de la alienación mental, lo que sucedió en la segunda parte del siglo XIX de las enfermedades mentales y, a partir de principios del siglo XX, el paradigma de las estructuras psicopatológicas. Éste último caracterizó lo que se denominó por diversos autores como la *psiquiatría dinámica*.

No cabe entrar aquí en detalle sobre cada uno de ellos, pero señalemos sucintamente que Lantéri-Laura postuló que, a partir de cierto momento, ese tercer paradigma, resultante de la conjunción de la psiquiatría clásica iluminada por las psicopatologías psicoanalítica y fenomenológica, entró en crisis. Dicha crisis coincide con dos acontecimientos principales: uno, el fallecimiento de Henri Ey en 1977, creador del último de toda la serie de modelos psicopatológicos que se habían conocido hasta ese momento, el órgano-dinamismo; y, casi en seguida, la aparición del DSM-III, acuñado por la American Psychiatric Association (APA).

El DSM-III, con su pretendido “a-teoricismo”, constituyó una ruptura con los paradigmas basados en una referencia psicopatológica, es decir, con una teoría del enfermar mental, y fue coincidente en el tiempo con el desplazamiento de los saberes de prestigio de la especialidad de Europa hacia los Estados Unidos. Como resultado, a partir de los años 80 del siglo pasado entramos en un periodo que Lanteri-Laura caracterizó como de crisis paradigmática de la psiquiatría.

En el dominio nosográfico, a aquella primera clasificación la continuó la saga de los DSM, hasta el DSM 5 TR que conocemos hoy en día.

Como hemos afirmado en otros trabajos, en el marco de la crisis paradigmática que diagnosticó Lanteri, surgió una propuesta de un cuarto paradigma apoyada en el DSM, que se reforzó en la última década del siglo pasado, la llamada “década del cerebro”, con la aparición de una serie de recursos tecnológicos que permitían entrar a la “caja negra”: las neuroimágenes y los estudios bioquímicos cerebrales a partir desarrollos de la neu-

robiología, a lo que se sumó en dicho periodo la producción de nuevas moléculas psicofarmacológicas. Todo ello contribuyó a la conformación de esa cuarta propuesta que he designado como el *paradigma bioeducacionista*, es decir, un modelo originado particularmente en centros universitarios norteamericanos, que proponía una manera de ordenar el pensamiento psiquiátrico a partir de tres supuestos básicos.

El primero era una identificación de los trastornos (síndromes) mentales por vía de una descripción “objetiva”, a-teórica, basada en criterios explícitos y enunciada en cinco ejes (multiaxial). Si se aceptaba ese primer postulado, el segundo aseguraba, vía el desarrollo de la investigación neurobiológica, una progresiva correlación biunívoca entre cada síndrome descrito de esa manera y una eventual alteración de la fisiopatología cerebral; vinculados ambos entre sí como dos conjuntos, en donde a cada punto de un conjunto correspondía un punto del otro, en una suerte de correlación biunívoca entre un determinado trastorno y una determinada lesión anatómica o alteración funcional. Aceptados los dos principios anteriores se desprendía de ese razonamiento un tercer supuesto básico que proponía la terapéutica de esa alteración fisiopatológica por medio de un tratamiento psicofarmacológico combinado con psicoterapias cognitivo-comportamentales y psicoeducación.

Ese era el paradigma que se nos proponía a finales del siglo xx. Así era como se diseñaba el pensamiento psiquiátrico. Era el modelo biomédico: descripción, clasificación, cuantificación para arribar a un diagnóstico, etiopatogenia o etiología subyacente al mismo y terapéutica concomitante, enfocadas desde un reduccionismo biológico. El fenómeno fisiopatológico subyacente explicaba la sintomatología del trastorno mental, la corrección principal del mismo consistía en un tratamiento a base de psicofármacos y tecnologías del Yo.

Sin embargo, con el correr del tiempo, ese paradigma, en lugar de consolidarse se fue desagregando porque cada uno de sus tres pilares fue complejizándose, volviéndose en muchos aspectos contradictorios.

El primero de ellos, el DSM, que extendió su influencia a todo el mundo hasta el extremo de ser usado como manual de psiquiatría en muchos lugares, fue perdiendo consistencia interna e implosionó. Fue desde el mismo corazón de la APA y del medio psiquiátrico norteamericano que sur-

gieron las críticas a su validez. Vale la pena recordar que Allen Frances, el jefe del grupo de tareas del DSM-IV, fue extremadamente duro en la crítica a la siguiente edición cuando publicó su famoso trabajo *Abriendo la caja de Pandora*.

Desde diversos sectores se elevaron críticas señalando que los modelos tradicionales, tanto categoriales como dimensionales, tenían una gama de limitaciones, entre las que se destacaban: la falta de explicación adecuada de las altas tasas de comorbilidad, la diversidad de presentaciones clínicas, la no explicación adecuada de las interacciones directas entre los síntomas, y el deficiente apoyo que ofrecían para la identificación de los mecanismos etiopatogénicos, entre otras. La crisis que atraviesa el DSM es, en cierto sentido, similar a la de la CIE, aunque ésta en su versión 11 ha introducido algunos cambios para intentar responder a críticas variadas.

¿Qué ocurrió cuando entró en crisis la propuesta del DSM y, por ende, todo el paradigma bioreduccionista? Apareció una opción, una propuesta más reduccionista todavía que fue la de la investigación cerebral basada en neurotecnologías innovadoras, la iniciativa BRAIN, que fue sostenida por el mismo gobierno norteamericano, como lo informó en una declaración: “Hoy la Casa Blanca lanzó un nuevo y audaz esfuerzo de investigación que va a revolucionar la comprensión de la mente humana y descubrir nuevos modos de tratar, prevenir y curar enfermedades cerebrales como la de Alzheimer, la esquizofrenia, el autismo, la epilepsia y las lesiones traumáticas cerebrales”. Y junto con esto, se puso en marcha un proyecto que venía madurando desde unos años antes: el Proyecto de los Criterios de Dominios de Investigación (*Project Research Domain Criteria, RDoC*), que iba a profundizar las bases orgánicas y fisiológicas del funcionamiento mental, sin pretender dar una clasificación de los trastornos, pero cuyos resultados iban a servir como base para una nueva y futura clasificación.

Thomas Insel, desde su cargo como director del National Institute of Mental Health (NIMH) de los EE. UU., afirmaba que los RDoC consistían en “una nueva forma de estudiar los trastornos mentales con fines de investigación en base a las dimensiones de la conducta observable correlacionados causalmente con datos neurobiológicos”, y que su razón de ser estaba basada en “la conclusión de que el avance del conocimiento en neurociencias parece no confirmar la validez de los diagnósticos psiquiátricos con-

vencionales (DSM)”, concluyendo que “investigar a partir de ellos debilitaría el progreso de la psiquiatría”.

A partir de ese momento se invirtió una enorme cantidad de dinero en el nuevo proyecto, pero ¿cuál fue el resultado de esa estrategia 15 años después de su lanzamiento? Bruce Cuthbert, uno de sus defensores, afirmó recientemente: “Es difícil predecir cómo cambiará el campo y la velocidad a la que las ideas continúan difundiendo en los ámbitos clínicos. A largo plazo la bola de cristal está aún más nublada en términos de revisiones a los manuales de diagnóstico y alteraciones correspondientes en las indicaciones aprobadas para las agencias reguladoras. Será necesario un debate extenso, aunque el campo ahora parece mucho más abierto a varias posibilidades”.

Es decir, los resultados son escasos y se esperan nuevas investigaciones. Efectivamente, en PubMed, hasta marzo de 2025, se consignaron solo 582 artículos, 11 meta análisis y 9 ensayos clínicos. De estos 11 meta análisis, por lo menos 6 concluían que “se va a necesitar más profundización y nuevas investigaciones para llegar a alguna conclusión que valga la pena”. Así que parece que por este lado y hacia el futuro de la psiquiatría se puede ver algo muy lejano en el horizonte, si es que se logra, pero nada concreto en lo inmediato.

Sin embargo, las áreas de investigación que reciben financiación prioritaria del *National Institute of Mental Health*: en de los Estados Unidos, mantienen un enfoque biológico reduccionista. Los temas sobre los que se aceptan candidatos para obtener financiación de proyectos de investigación, según la oferta de su plataforma digital, incluyen: desarrollo de neurotecnología, descubrimiento y desarrollo de fármacos, nuevos métodos y dispositivos de modulación cerebral como posibles terapias, indicadores biológicos objetivos y mensurables de procesos fisiológicos o patológicos, tecnologías de salud digital. Es decir, se sigue insistiendo en una línea que, pensando en la psiquiatría del futuro, no promete ser muy fructífera para lo que pueda necesitarse en el plano de la psiquiatría clínica.

A propósito de esta problemática presente y futura, Cosgrove, Patterson y Bursztajn advierten: “¿Qué es lo que deja afuera el modelo biomédico reduccionista en psiquiatría? Para comprender mejor la angustia social y la depresión es clave contar con un marco epistemológico menos reduccionis-

ta que considere la angustia de los determinantes sociales de la salud (esto es, las causas ambientales, contextuales y sociopolíticas de la mala salud, como la pobreza, la inseguridad alimentaria o de vivienda, la desigualdad y el racismo estructural) y cómo estos actúan sobre la capacidad de funcionamiento en un individuo”. Se registra una creciente bibliografía en este momento que afirma que los factores de orden orgánico son menos importantes que los factores psicosociales en la determinación de las descompensaciones de los trastornos mentales. Por eso se habla de disminuir el reduccionismo a futuro en este sentido.

En otras palabras, la crisis del DSM, del modelo bioeducacionista y el resultado efectivo de la propuesta de los RDoC, conduce a pensar que estamos inmersos en un flotamiento conceptual y, en el futuro inmediato, poco puede extrapolarse de ello a la práctica directa con la validez deseable.

Esto no quiere decir que se deba restar importancia a la investigación neurobiológica; ella es, sin duda, necesaria y pertinente, lo que se critica en diversos ámbitos es su enfoque reduccionista. Se deben entender sus resultados como un correlato en el nivel orgánico de lo que ocurre en el nivel psicosocial y viceversa. Aunque adoptamos una concepción ontológica monista, entendiendo al sujeto como una unidad psicosomática, en el estado actual de los conocimientos estamos obligados a operar en la clínica y la terapéutica con un enfoque dualista, porque ni las leyes de la neurobiología ni las de la psicología o la sociología *per se* pueden dar cuenta completamente de la naturaleza de los trastornos mentales.

De allí que nuestra operación en la clínica puede definirse como una praxis científicamente informada, es decir, compuesta por acciones basadas en una serie de conceptos operatorios basados en teorías científicas biológicas o psicosociales. Esas acciones están orientadas a un fin, para el caso, la modificación de conductas, pensamientos y/o emociones definidos como patológicos. Esta evolución histórica nos debe alertar para no insistir en caminos ya recorridos que nos condujeron a un *impasse*.

¿Fue solamente el reduccionismo biológico expresado en la propuesta de los RDoC que vimos aparecer en los últimos años a raíz de la crisis del DSM?

No, algunos otros modelos han visto la luz, tales como el de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP), centrado en la investigación

dimensional que sintetiza décadas de datos sobre las principales dimensiones de los trastornos psicológicos, o el basado en la teoría de redes. Sin embargo, ninguno de ellos ha alcanzado una madurez conceptual y una validación empírica suficiente como para sustentar una nueva y más certera nosografía psiquiátrica.

Por otro lado, en algunos países se ha observado el resurgimiento de propuestas antipsiquiátricas que se reclaman particularmente inspiradas en las reformas llevadas a cabo por el grupo de Franco Basaglia en Trieste, Italia, y que, abrigadas en una defensa de los derechos humanos de los pacientes, impulsan, respaldándose en la promulgación de leyes *ad hoc*, una transformación del campo de la salud mental que incluye el cierre definitivo de las instituciones psiquiátricas especializadas (a las que califican indiscriminadamente como manicomios), la internación psiquiátrica exclusivamente en servicios de hospitales generales y la atención en la comunidad con eje en la atención primaria de la salud. En sus formas más radicalizadas, quienes sostienen esta posición niegan la psicopatología y las nosografías por considerarlas resultantes del ejercicio del poder médico, conducente a un etiquetamiento diagnóstico excluyente y abusivo. Esta suerte de reduccionismo sociológico rechaza, por ende, las nociones de enfermedad o trastorno mental, promoviendo la inespecífica designación del padecimiento mental.

Sin lugar a dudas, es necesario transformar las grandes y obsoletas instituciones especializadas que tomaron una forma asilar, en unidades más pequeñas con otras con un grado decreciente de complejidad (hospitales de día, casas a medio camino, casas de convivencia y atención ambulatoria y domiciliaria en el seno de la comunidad). Los psiquiatras veníamos luchando desde hacía décadas en pos de ese objetivo. Está probado que no se puede prescindir de las instituciones psiquiátricas especializadas diseñadas, en todas sus características, hasta en lo arquitectónico, para la atención de la patología mental severa. También hay suficiente evidencia de que la combinación de instituciones de ese tipo con una psiquiatría en la comunidad resulta más beneficiosa y eficiente que cada una de forma separada.

Sin embargo, tales transformaciones, que exigen una política sanitaria por parte del Estado, deben sustentarse en una financiación acorde que, en la mayoría de los casos por carencia de la misma, debido a las políticas

económicas neoliberales, resultaron en un debilitamiento del conjunto del sistema.

En ese marco de pauperización de los sistemas públicos de salud, las maniobras de “desinstitucionalización” pueden obtener un resultado inverso al buscado. Se ha verificado así un fenómeno negativo en diversos países en los que el cierre de instituciones especializadas en psiquiatría produjo una “transinstitucionalización” a las cárceles o a la situación de *homelessness* de los enfermos mentales más graves.

El bioeducacionismo y el reduccionismo sociológico son movimientos pendulares que conocemos en la especialidad, pues no es la primera vez que ocurren, pero se manifiestan con una mayor intensidad en el contexto de una crisis epocal que los hace mucho más evidentes.

Recursos terapéuticos

En el dominio de la psicofarmacología asistimos, desde hace unos años, prácticamente al agotamiento del *pipeline* de psicofármacos. La industria farmacéutica se ha retirado de la investigación y ha delegado a grupos subsidiarios privados la búsqueda de moléculas candidatas. La situación actual en este ámbito contrasta fuertemente con la de la llamada “década del cerebro”, durante la cual la terapéutica psicofarmacológica recibió un impulso muy grande a partir del *marketing* farmacéutico que apoyó fuertemente el modelo del paradigma biorreduccionista que comentamos antes, otorgándole al efecto del psicofármaco mucho más de lo que éste podía significar en sí mismo. Es decir, la idea que, entonces, impulsó mucho la industria farmacéutica en la agenda de la psiquiatría para presentar a los psicofármacos como curativos, cuando en realidad su efecto es mayormente sintomático.

En el campo de las psicoterapias la forma que se encuentra más en boga en este momento es la cognitivo-comportamental, escoltada por una serie de abordajes psi... —alguien decía en estas jornadas “a todo se le llama terapia”: terapia de vidas pasadas, *mindfulness*, etcétera—, que son formas de abordaje del sujeto que no tienen una consistencia probatoria, pero navegan en las aguas complacientes del postmodernismo o, como ya algunos denomi-

nan a los balbuceos filosóficos de la época, transmodernismo. Circulan, así, en la crisis cultural en medio de los debates que ensayan definir la subjetividad contemporánea.

Simultáneamente, cada vez se habla menos y cada vez nos alejamos más del pensamiento psicoanalítico y fenomenológico. La riqueza que dieron el psicoanálisis y la fenomenología a la clínica psiquiátrica está obturada y cada vez más limitada a pequeños grupos o sectores. Sin embargo, vale la pena rescatar y conservar las enseñanzas que nos proporcionaron esas teorías y esas prácticas. Se puede estar de acuerdo o no con nociones tales como las de transferencia y contratransferencia, mecanismos de defensa, sexualidad infantil, sentido de los síntomas, estructura de la personalidad, y tantos otros aportes del psicoanálisis freudiano, pero no se los puede ignorar. Desechar los aportes del psicoanálisis va a ser lesivo para el futuro de nuestra especialidad porque el descubrimiento del inconsciente fue una conquista de la cultura y olvidarla va a constituir una pérdida y un retroceso en la concepción del hombre.

Hoy se habló mucho de la noción de continuidad terapéutica. Es un principio que aplica y se tiene en cuenta muy poco porque hay un corrimiento de la responsabilidad del Estado en la asistencia psiquiátrica —en mi país eso es absolutamente evidente—, entonces la misma queda restringida al periodo agudo; y luego, el paciente queda librado a su destino, cualquiera que este sea. Esto se observa, sobre todo, en el seguimiento de los pacientes aquejados por cuadros psicóticos. Esas personas, con su particular estructura psicopatológica, con su forma de “ser y estar-en-el-mundo”, pueden atravesar momentos de descompensación, alternados con otros periodos más o menos prolongados de compensación. La organización de la red sanitaria pensada en el marco de una continuidad terapéutica le garantiza al sujeto una forma de vida con una calidad superior a la que tendría si es atendido solo en las crisis, separadas la una de la otra, en distintos momentos, por distintos equipos, con distintos recursos. Sin duda, la disponibilidad de recursos sanitarios resulta en un costo mayor, pero justamente allí radica la opción política de entender la salud como un gasto o como un derecho para el bienestar de los ciudadanos.

Otros de los instrumentos que aparecen en el horizonte de las prácticas de la especialidad son la telepsiquiatría, y la aplicación de la inteligencia

artificial para diseñar intervenciones supuestamente terapéuticas mediante *chatbots*. ¿Qué va a dar esta deshumanización o esta amputación de la comunicación humana tal como la hemos conocido hasta el presente? Algunas de estas herramientas como, por ejemplo, la telepsiquiatría, pueden ser útiles para regiones muy extendidas donde hay pocos especialistas. En esos casos se puede hacer un *screening* inicial virtual y, a partir de esa evaluación, derivar, convocar a citas presenciales, o realizar seguimientos de pacientes que habitan lejos del centro sanitario de la región. Sin embargo, estas prácticas se están generalizando no por esas razones, sino simplemente porque abaratan los costos de las prestaciones.

El cuerpo profesional

Este tópico incluye aspectos locales en cada país, propios del sistema sanitario y de las tradiciones teóricas de cada país en particular, y aspectos más generalizables al conjunto de la profesión, sea cual fuere el lugar en donde se lo considere. De allí que en este tópico puedo hacer referencia a lo que ocurre fundamentalmente en la Argentina, aunque algunos aspectos puedan compartirse con la situación de otros países dentro o fuera de la región sudamericana.

En la Argentina coexisten tres subsectores en el sector salud: los hospitales públicos, las obras sociales sindicales y los sistemas privados de prestación de salud, que son las empresas de seguros prepagos y la atención en consultorios privados.

Los ingresos económicos de los psiquiatras en nuestro medio se devalúan constantemente, tanto a nivel de salarios públicos, de honorarios privados como de honorarios pagados por las empresas privadas de salud. La consecuencia de esa situación es el multiempleo y la proletarización de la profesión. Ese ritmo de trabajo se acompaña de una sobrecarga en el número de pacientes que debe asistir cada colega, lo cual redundará en la calidad de la atención que se brinda, porque nuestra profesión no es aparato-dependiente, es personalidad-dependiente, y no es posible atender a un número ilimitado de personas so pena de dar una prestación deficiente involuntariamente apremiados por la precariedad de las condiciones labora-

les. En este momento, nuestros hospitales públicos están tan sobrecargados de pacientes que responden, prioritariamente, a la atención de las urgencias y al resto de las consultas las postergan para una agenda de citas que puede tener semanas o meses de retraso.

Ese perfil de trabajo se acompaña de una disminución del prestigio social del psiquiatra; un escaso estímulo a la formación inicial y a la formación continuada, y de una creciente disminución de la vocación por la psiquiatría entre los médicos egresados.

En suma, el especialista, y particularmente los colegas más jóvenes, viven en una frustración laboral pronunciada y con alto riesgo de *burn-out*. Es decir, un panorama del ejercicio profesional nada propicio ni atractivo.

El estatuto del consultante

El nuevo estatuto del consultante está en relación con los factores antes mencionados. El pasaje de la noción de paciente a usuario tiene que ver con la comercialización de la salud. El médico está ligado con su paciente por un contrato de medios, es decir, está obligado a poner en práctica lo que se sabe en la profesión para asistirlo en su dolencia, pero no puede garantizar resultados. En cambio, el usuario está ligado a quien le presta un servicio por un contrato de fines: si la compañía de electricidad corta el suministro, en la próxima factura va a tener que descontar los días en que no prestó dicho servicio. Cuando usamos en medicina la palabra usuario quedamos atrapados en un contrato de fines. Este deslizamiento semántico no es casual, tiene que ver con la comercialización de la medicina: las empresas de seguros de salud ofrecen un servicio y sus clientes son usuarios del mismo. Los pacientes devienen en usuarios, acreedores de una supuesta curación asegurada, y los profesionales encargados de brindar respuesta a esa ilusión.

Por otro lado, han aparecido en las últimas dos décadas, y a futuro todo indica que cobrarán cada vez más peso en el diseño de las prestaciones en salud mental, un nuevo actor fundamental como son las organizaciones de pacientes y sus familias.

Reflexiones finales

No hemos pretendido en esta apretada síntesis formular afirmaciones rotundas, nos limitamos solo a lanzar algunas interpelaciones generales y, lejos de arribar a conclusiones definitivas, solo pretendimos contribuir al debate sobre el futuro de nuestra especialidad en el marco de lo que concebimos como una verdadera crisis epocal.

Sin embargo, en ese contexto, hay algunas propuestas que parecen más pertinentes y urgentes a desarrollar en el futuro inmediato, por ejemplo, revalorizar el rol del psiquiatra a partir de redefinir la especificidad de nuestra profesión, ¿qué caracteriza el ser psiquiatra y cuál es el rol y las condiciones de trabajo de la profesión en el mundo de la salud? Se requiere promover un retorno a la investigación clínica y psicopatológica con un enfoque más holístico, menos reduccionista, reformular la curricula de la formación inicial y permanente de la especialidad, recuperar la dimensión psicoterapéutica en la práctica psiquiátrica y bregar por un replanteo del rol y la responsabilidad del Estado respecto de la salud mental, pasando de una concepción centrada en el mercado de la salud a la salud como derecho.