# Salud Mental y Realidad Nacional

*Javier Mariátegui*



A la Dra. Vilma Paz,
su reconocimiento de
su admirada lealtad, cor-
dialmente

Lima Norte,
Noviembre,
1988

BIBLIOTECA DE PSIQUIATRIA PERUANA

JAVIER MARIATEGUI

# SALUD MENTAL
# Y
# REALIDAD NACIONAL

EL PRIMER QUINQUENIO
DEL
INSTITUTO NACIONAL
DE
SALUD MENTAL

LIMA/1988

© Javier Mariátegui
Primera Edición, Lima, 1988

Carátula: Carlos González
Composición: Alfonso Velásquez
Supervisión: José-Carlos Mariátegui E.

Impresión: Editorial "Minerva", Miraflores
Edición: Asociación Psiquiátrica Peruana

A la Memoria de Honorio Delgado

A la Memoria de Humberto Rotondo

Al Grupo Profesional Fundador

A los Trabajadores del Instituto

*Le contaron al gobernante de un país que todas las mañanas un hombre, al parecer loco, llegaba arrastrando sus andrajos hasta el borde de un basural de las afueras de la ciudad, instalaba ahí un fogón de piedras y se ponía a preparar sus alimentos en una olla; que en realidad la olla siempre estaba vacía y que después el hombre fingía verter parte de los imaginarios alimentos en un plato y simulaba comer. El gobernante, transpirando de sospechas, decidió ver al hombre.*

*A la mañana siguiente, luego de observar oculto y a cierta distancia lo que hacía el hombre hasta el instante en que se llevaba la primera cucharada a la boca, el gobernante salió de su escondrijo y se acercó, seguido por el silencio de su numerosa comitiva.*

*—Soy el que gobierna este país— le dijo al hombre.*

*Sentado al pie del humilde fogón, el hombre levantó la mirada y observó al gobernante, pero no dijo nada. En seguida cogió la olla y otro plato, simuló verter en éste un poco del supuesto contenido de la olla y añadió una cuchara.*

*—Sírvase, señor— le ofreció el plato al gobernante.*

*Convencido de que el hombre estaba loco, el gobernante hizo una mueca de enojo y resueltamente comentó:*

*—Esto es una locura— y se alejó de prisa.*

*Y no pudo oír que el hombre decía, con voz fatigada y triste:*

*—No es locura, señor; es pobreza.*

Antonio Gálvez Ronceros: "Espejismo", en *Historias para reunir a los hombres*, Editorial Extramuros, Lima, 1988.

## *NOTA GRATULATORIA*

*Este libro, que intenta ser no solo un recuento cronológico sino un ejercicio reflexivo acerca de los orígenes, organización y desarrollo inicial del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", no puede presentarse al lector sin la mención de las personalidades benemerentes que decidieron su forja y su destino.*

*Por el hermano pueblo japonés, nos limitaremos a citar, en primer término, al entonces Director del Instituto Nacional de Salud Mental del Japón y Jefe de la Comisión Japonesa de Estudio del Proyecto, Profesor Masaaki Kato. En seguida, al Profesor Shunichiro Hayashi, de la Universidad de Keio, primer Jefe residente de la Misión Japonesa, encargado de las complejas tareas de iniciar el cumplimiento del Convenio y, en estrecho contacto con la Comisión Nacional, diseñar la organización, la infraestructura física y los recursos humanos, hasta su puesta en marcha. A su sucesor, el doctor Kimpei Minobe y muy especialmente al Profesor Tadahiko Sato, también Profesor de la Universidad de Keio, en quien recayó la responsabilidad de asistir a la Dirección del Instituto en la etapa de consolidación y resolución del Proyecto, en su último y más complejo tramo final.*

*Por el Sector Salud del país, es imperativo mencionar al doctor Uriel García Cáceres, primer Ministro de Salud del Gobierno Constitucional, y a sus continuadores los doctores Juan Franco Ponce y Carlos Bazán Zender; al primer encargado de la cartera de Salud del régimen actual, doctor David Tejada De Rivero. A los Vice Ministros respectivos doctores Rolando Calderón Velasco, Luis Trelles Montero y Adriana Rebaza Flores. Y.* last but not least. *a la doctora Gloria Viladegut de Estrella, diligente Asesora del Ministerio, encargada directamente de la coordinación del Convenio.*

*Merece especial mención el núcleo que participó en las tareas de formulación y organización iniciales, doctores Humberto Rotondo Grimaldi y Renato Alarcón Guzmán y al encargado inicial del Centro Comunitario doctor Renato Castro de la Mata. Y a nuestros directores, asesores y colaboradores. los doctores Kenny Tejada Tejada, Alberto Perales Cabrera, Roberto Llanos Zuloaga, Ignacio López Merino y David Calderón Fisher. Otros conspicuos profesionales se agregaron al grupo fundacional, algunos de ellos traídos especialmente del exterior, como el Dr. Alberto Arregui López.*

*Reconocimiento singular corresponde al Presidente del Comité Consultivo del Instituto, creado en el segundo año de su funcionamiento y conducido por el Profesor Carlos Alberto Seguín, el más*

*destacado psiquiatra de nuestro medio y figura de relieve internacional. El Comité ha prestado una invalorable tarea de asesoría y crítica, revisión de programas, evaluación de actividades, en fin, señalamiento de las tareas interdisciplinarias, como que de este tipo fue su conformación, integrado por los doctores Baltazar Caravedo Carranza, Carlos Carbajal Faura, Pablo Macera, Enrique Fernández, Reynaldo Alarcón Napurí, Leopoldo Chiappo, Agustín Montoya de la Cadena, María Antonieta Silva de Castro y Ethel Bazán Vidal.*

*Desde su puesta en marcha el Instituto fue conformando un Comité Asesor Internacional, constituido por prestigiosos profesionales que han brindado, a petición expresa, consultoría en campos especializados. Por orden alfabético lo integran los Profesores doctores Renato Alarcón (Alabama, E.U.A.), José Arana (Maryland, E.U. A.), Germán Berríos (Cambridge, Inglaterra), Eugene B. Brody (Maryland, E.U.A.), Carlos Castilla del Pino (Córdoba, España), Raquel Cohen (Miami, E.U.A.), Takeo Doi (Tokyo, Japón), Francisco Alonso-Fernández (Madrid, España), Ramón de la Fuente Muñiz (México, D.F., México), René González Uzcátegui (OPS, Washington, E.U.A.), Moisés Gaviria (Chicago, E.U.A.), Shunichiro Hayashi (Tokyo, Japón), Juan Enrique Mezzich (Pittsburgh, E.U. A.), Juan Carlos Negrete (Montreal, Canadá), Joseph D. Noshpitz (Washington, E.U.A.), Yves Pellicier (París, Francia), Pierre Pichot (París, Francia), Norman Sartorius (OMS, Ginebra, Suiza) y Guillermo Vidal (Buenos Aires, Argentina).*

*Creemos que esta enumeración peca de omisiones, pero debe mencionarse incuestionablemente a la persona de la Señora Rosa Pedraglio de Morales Bermúdez, esposa del ex-Presidente del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada, Gral. Francisco Morales Bermúdez Cerrutti quien, convencida de la necesidad de atender los apremiantes problemas de salud mental del país, puso especial empeño en la consecusión del Convenio que concluyó en el Acuerdo Básico sobre Cooperación Técnica que diera lugar primero a un Centro de Salud Comunitario más tarde transformado en Instituto Nacional de Salud Mental. El Acta se suscribió el 20 de Mayo de 1980, por el lado peruano por el entonces Director Superior del Ministerio de Salud, Coronel FAP (Méd.) Dr. Raúl Ampuero Ríos y por la Misión Japonesa de Estudio e Implementación para el Proyecto de Desarrollo de un Servicio de Salud Mental, el citado Prof. Masaaki Kato, a nombre de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA).*

# ESTUDIO LIMINAR Y PRESENTACION

# ESTUDIO LIMINAR Y PRESENTACION

*Por Carlos Alberto Seguín*

*Creo que nos hallamos en un momento crucial de la historia de las ciencias de la salud y, por supuesto, de la psiquiatría.*

*En otra oportunidad califiqué, en una generalización acaso muy abarcante, a la psiquiatría como "la medicina del hombre" y, al hacerlo, manifestaba mi convencimiento de que ella está muy estrecha y profundamente ligada a lo más auténtico de la hombreidad y, por lo tanto, de sus avatares y posibilidades.*

## Una síntesis histórica

*En una síntesis que, como todas, es mutiladora, distingo tres etapas en la historia de la psiquiatría y su acción, etapas, por supuesto, amplias y no siempre claramente delimitadas: la inicial, totalizadora y social, la segunda, parcializadora y orgánica y la tercera de retorno y recapitulación.*

*La primera abarcaría la pre-historia y se relaciona con las primitivas agrupaciones humanas. En ella la preocupación por las alteraciones psicológicas era dirigida, ante todo, hacia la relación del hombre con sus semejantes. La patología psicológica es social: comprende las desarmonías en la conducta que limitan el desempeño del individuo en el grupo al que pertenece. Ello se explica si pensamos que el hombre comenzó su evolución en medio de pequeños conjuntos de cazadores o sembradores migratorios en los que existía una estrecha interdependencia y que podían ser alterados por la conducta "enferma" de alguno de sus miembros. Tal conducta era fácilmente observable y reclamaba atención urgente si el conjunto no quería sufrir consecuencias graves en su organización y funcionamiento: en su vida toda.*

*Puede observarse en esas sociedades y en las más estables que las siguieron, cómo la enfermedad en general y la que llamaríamos hoy psiquiátrica, en particular, son consideradas como fenómenos esencialmente sociales.*

*Naturalmente, las anormalidades de la conducta, como todos los fenómenos inmediatamente inexplicables, eran atribuídos a influencias desconocidas que se creían determinantes del destino humano: fuerzas de la naturaleza, dioses o demonios.*

*Podemos ver aún hoy en lo que me he permitido llamar "psiquiatría folklórica", cómo se manifiestan esas creencias en un animismo sincrético: son los "espíritus" de las montañas, de los ríos, de las huacas, los que determinan la anormalidad psicológica y social y a los que hay que dirigirse para remediarla.*

## La etapa analizadora o "científica"

*La etapa que he señalado, con características muy propias, que merecen y han merecido estudios profundos, se extiende por largos siglos.*

*Con el avance del pensamiento humano comienza la segunda: la de la liberación de las influencias sobrenaturales y en ella, la "ciencia", tal como la concibe la cultura occidental, va imponiendo sus métodos y conclusiones. Acaso no necesito referirme siquiera al llevado y traído antecedente de Hipócrates y la epilepsia. Pero, como consecuencias de la reflexión y la acción científicas, pueden señalarse dos fundamentales: el abandono de la noción holística, es decir, de la concepción de totalidades organizadas, para dirigirse al estudio de las partes, y la reducción de los fenómenos vitales cada vez más a "causas" físicas o químicas, con la consecuencia de que se va perdiendo de vista al hombre, para concentrarse en el conocimiento del órgano, del tejido, de la célula, de los componentes celulares y luego de las fuerzas bio-físicas o bio-químicas que caracterizan sus funciones: cibernética, endocrinología, enzimología, etc.*

*No pueden negarse los inmensos beneficios que esta tendencia ha traído consigo, pero no deben desconocerse sus peligros. Llevada a sus últimas consecuencias, nos aleja del ser humano como tal, para reducirnos al conocimiento de momentos parciales que, de ninguna manera, puedan ofrecernos una visión de totalidad, que es la única que, esencialmente, tiene sentido.*

*La psiquiatría intentó transitar ese camino y siguió una ruta que me permito llamar —conservando la etimología del término— inhumana. Ha sido conducida, en su afán progresivamente analítico a, en primer momento, desocializar (permítaseme los términos) la enfermedad y luego desindividualizarla, llevando la preocupación diagnóstica al hallazgo de alteraciones físicas o químicas cada vez más finas, y el impulso terapéutico a la modificación farmacológica de "desequilibrios" de enzimas o neurotransmisores.*

*Desgraciadamente, todo ello nos obliga a deducciones y extrapolaciones no siempre justificadas y nos conduce a usar, por una par-*

*te, procedimientos que tienen apenas una base empírica y, por otra, a obrar de modos y maneras insuficientemente conocidos.*

*Pero, no es eso todo, ni lo más importante. El afán científico nos lleva al microscopio o a los reactivos, a veces computarizados, y nos aleja completamente de lo que fue al comienzo —y debería ser siempre— nuestra preocupación básica: el hombre. Hemos llegado a veces, con consecuencias tristemente visibles, a agotar los medios diagnósticos sin hallar alteraciones físicas o químicas y a declarar enfáticamente que nuestro paciente "no está enfermo" o, por el contrario, a descubrir variaciones inconsecuentes y a condenarlo a un estigma diagnóstico y, ocasionalmente, a un sindrome iatrogénico grave, olvidando que la enfermedad no es otra cosa que un desequilibrio, no de parcialidades, sino del hombre consigo mismo y con su ambiente.*

*Se trata, pues, de una etapa discriminadora y analítica (con todo lo que este término tiene, etimológicamente, de destrucción) que llevó a desintegrar totalidades plenas de sentido para concentrar la atención en unidades desagregadas, perdiendo cada vez más de vista unidades comprensibles y significativas.*

*Esta tendencia "científica" se impuso en toda la medicina y, por supuesto, en la psiquiatría. No la dominó, sin embargo, totalmente. Siempre hubieron pensadores que se negaron a seguir ese camino, a pesar del desarrollo avasallador de las ciencias positivas y que trataron de mantener una visión del hombre que lo abarcara como entidad única, entidad que perdía sentido si se la atomizaba. Me estoy refiriendo a los movimientos humanísticos y existencialistas que, si bien se alejaban de las ciencias naturales crudas, se mantenían acordes con la esencia misma de las ciencias del hombre. Al fin y al cabo, más que ningún otro, nuestro acercamiento al enfermo se ocupa y debe ocuparse con el ser humano como tal y no como un conjunto de órganos o como el producto de reacciones bio-químicas, que funcionan mejor o peor.*

*Pero no es lo único que ocurrió. Al proceder de esa manera, al reducir el ámbito del estudio y la acción, se fué cada vez más prescindiendo de lo fundamental y bien conocido por los antiguos: el hombre no puede, de ninguna manera, ser comprendido como un ser aislado, con olvido de su estrecha articulación con la sociedad en la que vive y con la cultura en la que se desarrolla.*

*Por supuesto, como siempre, hubo visionarios que mantuvieron su interés en el estudio de las resonancias sociológicas y antropológicas de la alteración psiquiátrica.*

## Hacia la etapa social

*Poco a poco, desde las iniciales reacciones frente a las tendencias limitantes y mutiladoras, se ha ido, en los últimos decenios, reforzando los esfuerzos para mirar hacia atrás, hacia lo que se creía superado y para pensar, no en aisladas anormalidades moleculares, sino en el significado de ellas para el individuo como totalidad y en la influencia de esa totalidad guestáltica sobre los mecanismos fisiológicos mismos. Nació lo que dió en llamarse psicosomática, que intentaba comprender las funciones organísmicas como resultados de un funcionamiento holístico, de mutua e inseparable interinfluencia y se reforzaron las concepciones que consideraban al individuo como un ser humano cuyo funcionamiento no podía ser parcial y atomísticamente considerado. Yendo más allá aún, se multiplicaron los pensadores que lo vieron como un "existente", como un ente abarcador, que solamente puede ser comprendido en su plena y total hombreidad, lo que considera sus posibilidades todas y, en una visión trascendente, el* sentido *de su vida.*

*Creo que todo ello ocurrió paralelamente con el redescubrimiento de ese otro aspecto: el de su ya mencionada e ineludible condición social.*

*Desde los intentos poco recordados de Grotjahn, en 1911, pasando por los de Halliday, hasta los de Hollinghead y Redlich y muchos otros, ha ido mostrándose cada vez con más fuerza y claridad el hecho de que es absurdo considerar entes aislados y que, por el contrario, es indispensable tomar muy en cuenta la urdimbre de la red social en toda la importancia que tiene para una vida sana o enferma. Taussing, llevando las cosas al extremo, ha llegado a afirmar que la enfermedad refleja las contradicciones de la sociedad y que la actitud de los médicos solamente consigue obscurecerlas recurriendo a signos biológicos.*

*Si esa tendencia ha ido imponiéndose en la medicina en general, tiene aún más vigencia en lo que a la psiquiatría se refiere. Si bien es posible estudiar la bioquímica del sistema nervioso y hallar correlaciones entre ella y la psicopatología en algunos de sus aspectos, es imposible comprender los fenómenos que, alejándolo de la animalidad, caracterizan al ser humano como tal. No hay ni siquie-*

*ra atisbos de que pudiera relacionarse la materialidad laboratorística con ciertos sentimientos superiores y muchas acciones son inconcebibles si no se tienen en cuenta factores que se alejan mucho de lo manejable en las probetas u observable con el microscopio.*

*Al lado de ello —insisto— existe el hecho de que el hombre es parte inseparable de la sociedad en la que vive y de la cultura que lo envuelve. Si bien —ya lo hemos visto— eso fue siempre sabido, es en nuestros días cuando va siendo objeto de mayor consideración. La psiquiatría, en la teoría y en la práctica, estudia y toma en cuenta cada vez más todo lo que las relaciones individuo-sociedad e individuo-cultura significan en la patología y en la terapéutica. Condensando y profundizando conocimientos que, a lo largo de los siglos, han mostrado las brillantes intuiciones de adelantados notables, avanzamos en el camino que, más allá de la psiquiatría social, nos lleva hacia una comprensión integrativa en la que el estudio del todo individuo-sociedad se impone.*

La etapa holística o sintetizadora

*Creo, pues, que será la tercera etapa de nuestra especialidad esta, en la que, sin prescindir, por supuesto, de las invalorables conquistas de las ciencias positivas, sepamos incorporarlas definitivamente a la aspiración que nos lleva al estudio del ser humano como parte de su grupo, del que no pueden separarse la enfermedad ni la curación. Y es así cómo, a pesar de las ominosas señales que parecerían anunciar la biologización de la psiquiatría, yo avizoro un futuro de aspiraciones más amplias, en las que se considere, desde todos los puntos de vista: biológicos, psicológicos y sociales, al hombre como a un ser-en-el-mundo, constantemente cambiado por su ambiente y, a su vez, modificándolo, en un acontecer dinámico y vital.*

*La tercera etapa, que comenzamos a vivir, será la de una concepción abarcadora que hará de los psiquiatras médicos que trabajando en el laboratorio, usando el microscopio, la micro-química y la farmacología, no olvidan una visión totalizadora que les permita comprender a sus semejantes y ayudarlos en su enorme complicación existencial.*

*No pretenderemos ser parchadores de realidades anatómicas o reguladores de funciones fisiológicas, sino, más bien, seres humanos que comprenden a sus semejantes, cordiales cuidadores de hombres, "compañeros de camino" (repitiendo la feliz frase de von Weizsäcker) hacia la meta de la integración social, que es la única que pue-*

*de conseguir la paz interior y, con ella, la base misma de la llamada felicidad humana.*

*La historia —todo nos lo prueba— es una constante currencia y recurrencia, un vivir y revivir; aparente superación de etapas pero, al mismo tiempo, un volver hacia atrás para revitalizarse con los aciertos del ayer que, si entonces fueron intuiciones apenas, se van convirtiendo en anticipaciones llenas de sentido que debemos incorporar a nuestra actualidad para edificar sobre ellas el futuro.*

## La orientación del Instituto de Salud Mental

*Quienes hemos seguido de cerca la labor del Instituto Nacional de Salud Mental lo vemos como un ejemplo de lo que puede hacerse a pesar de la angustia económica y, muchas veces, de la incomprensión.*

*Su trabajo docente, de asistencia y de investigación no son, ni pueden ser, desconocidos. La dirección del Instituto, abierta a todos los horizontes de la actividad psiquiátrica, buscó la colaboración de todos los que, en los más diversos campos, marchaban por sendas paralelas y fue modelo de acción y de progreso.*

*Como lo he dicho, creo que la medicina y, sobre todo, la psiquiatría, son básicamente sociales. El Instituto, desde el comienzo, fue dirigido hacia el estudio del hombre como parte inseparable del ambiente humano en el que vive, como una avanzada en esa ruta, que es la del futuro.*

*Es por eso que es para mi un honor el escribir estas líneas como parte de un volumen que se refiere a esos esfuerzos, que merecen la gratitud de todo peruano.*

# INTRODUCCION

# INTRODUCCION

El Perú, como señaló Jorge Basadre, fue y es un país de oportunidades perdidas, de ocasiones desperdiciadas. Si uno examina nuestra historia y, si accede sobre todo a información de archivo y otras fuentes escritas, apreciará la justeza de esta afirmación que con amargura debió acuñar el maestro peruano pero que consideró deber cívico y responsabilidad de intelectual denunciar. El reconocimiento de estas opciones no aprovechadas tiene que ver con algunas de las características de la sociedad tradicional, alimentada por las peculiaridades psicológicas del *demos* criollo.

El señalamiento de este fenómeno no debe inducirnos a su registro pasivo y mucho menos al conformismo resignado. Por el contrario, debe movernos hacia su enmienda, imbuidos de voluntarismo optimista y rectificador de yerros del pasado. De esta manera estaremos en condiciones de generar no solo actitudes enmendativas, sino reafirmar, como lo quería también Basadre, parafraseando a Pascal, en relación con el Perú, el imperativo de generar "una consciente, una terca apuesta por el sí".

Alertado por esta reflexión hemos procurado, a lo largo de nuestro trabajo al servicio del Ministerio de Salud, ser lúcidos en el reconocimiento de la oportunidad y prestos en lograr beneficios para el país. Así, en nuestro paso por el Centro de Salud Mental "Honorio Delgado", construído por el Club de Leones de Lima, mediante gestiones repetidas logramos la construcción de la segunda planta y, a través de un Comité *ad-hoc* de la misma Institución, favorecer el mantenimiento del local y sus instalaciones, en servicio de la población asistida, conformada mayormente por gente sin recursos económicos.

La misma actitud adoptamos cuando, persuadidos por el entonces Ministro de Salud, Dr. Uriel García Cáceres, aceptamos la dirección del Instituto, ampliando las posibilidades de colaboración técnica y de ayuda económica ofrecidas por el Gobierno del Japón inicialmente para un Centro Comunitario de Salud Mental, obviamente de alcances más limitados.

De tal modo importante consideramos el proceso que condujo al Proyecto, que hemos dedicado la primera sección de la Addenda con que concluye este libro, a historiarlo con atención para esclarecer definitivamente el origen y sentido del Convenio y rectificar una

serie de versiones antojadizas acerca de su real alcance. El antiguo "criollismo", aun supérstite en las principales ciudades del país y en Lima de manera preferente, es más sensible al rumor distorsionante que a la información veraz. Por eso consideramos insoslayable dejar sentados los hechos que respaldan la verdad histórica.

El título de este libro, *Salud Mental y Realidad Nacional,* pudiera parecer excesivo en relación a su contenido, que tras una somera revisión de aspectos generales e históricos, examina, en la mayor parte de su extensión, las actividades cumplidas en el primer quinquenio de funcionamiento del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". El alcance nacional del Instituto y, principalmente, el hecho de constituir el más importante suceso, en la última década, en el campo de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, justifica el empleo de un epígrafe aparentemente desbordante si nos atenemos a una acepción semántica estricta. Por otro lado, dejará de serlo cuando, en otra publicación, revisemos de modo sistemático el desarrollo histórico y las características generales de la asistencia psiquiátrica y la salud mental en el Perú.

La publicación de este libro, cercana aún la fecha de nuestro alejamiento de la Dirección del Instituto, se explica por la necesidad de establecer las bases concretas que respaldan la labor cumplida, en señal de reconocimiento a las Instituciones y personas que, dentro y fuera del país, han apoyado públicamente nuestra tarea. En un medio como el nuestro en que, con la complicidad del tiempo, que cubre con su piadoso manto decisiones y acciones sustentadas en falsas premisas, resulta aún más imperativa la presentación de este libro sin tardanza, antes que se acate "el pacto infame de hablar a media voz" que denunciara Manuel González Prada.

Un antecedente relativamente próximo justifica esta apreciación. Cuando en 1975 con el doctor Humberto Rotondo, dentro de una Comisión encargada de formular un Plan Nacional de Salud Mental, compuesta de varios respetables profesionales pero que terminamos elaborando solo los dos, con la ayuda del doctor Renato Alarcón y la episódica participación de los doctores Kenny Tejada y Emilio Majluf, se produjo un documento que aún mantiene actualidad en algunos aspectos, pero que solo circuló de modo limitado y hasta subrepticio. Si entonces hubiéramos hecho del anteproyecto de *Plan Nacional de Salud Mental* (Ministerio de Salud, Lima, diciembre de 1975) un libro orgánico, hubiéramos partici-

pado de modo más directo en el debate de esta vasta problemática no solo en el país sino en otros de similares características socioeconómicas. Esta vez no queremos repetir el error.

Agradecemos de modo especial al Profesor Carlos Alberto Seguín, prologista de esta obra, quien fuera el Presidente de la Comisión Nacional Consultiva del Instituto, y a los doctores Alberto Perales y Jorge Castro Morales su participación en sendos capítulos*.

Lima, abril de 1988

* Este libro debió complementarse con dos capítulos de extremada importancia pues reflejan planteamientos y métodos solo establecidos y desarrollados por el Instituto en nuestro país. Uno, dedicado al fundamento, las estrategias y los resultados del Programa de Psiquiatría Comunitaria, encargado al Dr. Renato Castro de la Mata. Otro, destinado a la formulación básica y el diseño progresivo de un Sistema Nacional de Información en Salud Mental, solicitado al Dr. Kenny Tejada. La prematura y dolorosa desaparición física de ambos colaboradores nos priva de sus importantes contribuciones. Para compensar de alguna manera estas significativas ausencias, nos hemos extendido en lo posible en las partes del texto concernientes a esas dos temáticas.

# EL INSTITUTO: ANTECEDENTES HISTORICOS

## EL INSTITUTO: ANTECEDENTES HISTORICOS

En la literatura psiquiátrica peruana la primera mención específica acerca de la necesidad de un Instituto especializado se encuentra en el primer Proyecto sobre Asistencia de Alienados y Toxicómanos, presentado por Baltazar Caravedo Prado en 1927. En el mencionado Proyecto se menciona puntualmente "la necesidad, que conceptuamos inaplazable, de fundar el Instituto Nacional de Psiquiatría, organismo técnico de consulta de altos estudios en materia de psiquiatría e higiene mental, y que permitiría a los psiquiatras peruanos dedicarse, de preferencia, a investigaciones relacionadas con nuestros problemas en este vasto campo" (1).

En la fundamentación del Proyecto de 1927 se menciona expresamente: "Proponemos además la creación de un Instituto de Psiquiatría que será un organismo técnico al mismo tiempo que una comisión permanente de estudios. Tendrá por fin absolver todas las consultas que le haga el Consejo Nacional de Higiene Mental en materia de Psiquiatría e higiene mental. Se encargará del estudio de la delincuencia, de la alienación mental, de la selección de los escolares, de las condiciones psíquicas del trabajo, de la orientación profesional, de la selección de los conscriptos y de la profilaxis de la locura" (2).

En el Proyecto propiamente dicho, en el Título 6º, "De los establecimientos públicos", se señala: "El Poder Ejecutivo creará un Instituto Nacional de Psiquiatría, que funcionará como organismo técnico del Consejo Nacional de Higiene Mental" (2).

Lo esencial de lo que hoy día se entiende por Instituto está contenido en esta delimitación formulada hace sesenta años por uno de los mentores de la psiquiatría peruana. En relación al alcance nacional de la Institución propuesta, incitadora y posibilitadora de las "investigaciones relacionadas con nuestros problemas", se considera como complemento insoslayable y como una concepción de avanzada para su tiempo, su carácter de organismo consultivo y normador, tarea también contenida en el ámbito conceptual, en el horizonte semántico de un Instituto especializado, principalmente en realidades como la nuestra, que comparten los demás países del tercer mundo, de darle aplicación a los resultados de una investigación que debe priorizar el orden de prelación de sus problemas, sin menoscabar la creatividad individual en áreas altamente especializadas, personal o asociada, que es la fuerza impulsora del progreso.

A partir de esta referencia, la mayor parte de los reclamos para la creación en nuestro medio de un Instituto de psiquiatría, salud mental y disciplinas conexas, se marcan, como un *leit-motiv*, en la obra excepcional y el pensamiento fundador de Honorio Delgado a comienzos de la década de los años treinta, poco después de acceder, por la desaparición física de Hermilio Valdizán, al titularato de la Cátedra de Psiquiatría de la entonces única Facultad de Medicina, la de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Una primera mención la encontramos contenida en los votos aprobados por la Conferencia Médica Nacional, organizada por la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión" y celebrada con los auspicios de la Municipalidad con ocasión del IV Centenario de la Fundación de Lima, enero de 1935. La Sección de Psiquiatría de la mencionada Conferencia, en su reunión preliminar, en la que "el doctor Delgado se refirió a la importancia del Instituto de Psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas y a la organización de una clínica de conducta, anexa al servicio médico escolar" (3). Una comisión conformada por Baltazar Caravedo Prado, Honorio F. Delgado, Ernesto Lizárraga Fischer y José Max Arnillas Arana fue la encargada de formular los votos de la Sección Psiquiatría cuyos numerales 12 y 13 recomiendan que "siendo indispensable la formación integral del médico en el sentido de capacitarlo para percibir, valorar y tratar, no solo las manifestaciones corporales de la vida de los pacientes, sino también las anímicas: Propugna la fundación del Instituto de Psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas, encargado del aspecto psicológico de la cultura profesional desde la etapa de los estudios pre-clínicos". Asimismo, recomienda "a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, la construcción de un pabellón especial en el Hospital "Víctor Larco Herrera", destinado a la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas" (3).

En 1936, Honorio Delgado, al revisar los aspectos de la Psiquiatría y la Higiene Mental en el Perú para la revista francesa *L'Hygiène Mentale*, en lo que concierne a la enseñanza y a la investigación, señalaba enfáticamente: "*Se impone la psiquiatrización de la enseñanza médica.* Nosotros preconizamos que en lugar de dictarse el curso sólo en el último año de estudios médicos, cuando la mentalidad del alumno ya está polarizada por el criterio somático exclusivo, se debe iniciar a los estudiantes en los conocimientos de la psicología médica en los años correspondientes a las disciplinas preclínicas, con el mismo título que la anatomía y la fisiología. *Y en vez*

*de ofrecer como único material clínico los casos más avanzados y deteriorados propios del frenocomio, conviene crear un servicio o instituto especial para la enseñanza y la investigación, con policlínica o consultorio externo, a cargo del catedrático y con un personal auxiliar selecto.* De este modo será posible la adquisición de datos biográficos, genealógicos, etc., de los casos más adecuados para la enseñanza y para la ciencia. Lo que tiene que diagnosticar todo médico es excepcionalmente el caso de psicosis o alienación: lo frecuente en su práctica es la neurosis como entidad mórbida o como componente de enfermedades orgánicas. Nuestra época, como todas las de transición, en que la vida humana sale de quicio, es época de neurosis y la misión del médico es con frecuencia la de revelador, guía y consejero del enfermo en los conflictos con su destino. De ahí que el estudiante de medicina requiere la escuela correspondiente al investigador de la vida del alma, de la familia y de la sociedad, así como una iniciación apreciable en psicoterapia".

"*Con el instituto que propugnamos, además de educarse integralmente al estudiante a su paso por la Facultad de Medicina, a la larga el Estado y la Sociedad de Beneficencia reportarían provecho con la disminución del número de casos de psicosis necesitados de hospitalización, pues la actividad del médico entendido en Psiquiatría es la más eficaz de las medidas prácticas de higiene mental. Desgraciadamente, por muchos años, esto parecerá una utopía a quienes son capaces de cambiar la situación, mientras el vulgo sigue esclavizado al charlatán y a la publicidad descarada*" (4, subrayados nuestros).

Hemos citado extensamente el anterior parágrafo para salirle al paso, una vez más, a la mal intencionada especie que circuló por mucho tiempo de que Delgado era partidario de la enseñanza manicomial y de una sola asignatura al final de la carrera. Todo lo contrario fue lo que propugnó el maestro, quien fuera de los primeros en sostener, en nuestro continente, la necesidad de la enseñanza de las disciplinas psicológicas y psiquiátricas a lo largo de la carrera, desde el comienzo hasta el término de la misma, para formar al médico integral que la realidad nacional requiere. La rotunda expresión: "*hay que psiquiatrizar la medicina*", no puede ser más denotativa del afán de impregnar la formación del médico con el conocimiento y la práctica de las ciencias de la conducta humana, en sus características peculiares y en sus desviaciones patológicas.

En la misma línea del pensamiento delgadiano, queremos destacar dos menciones de importancia sobre el asunto que nos ocupa. En la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, realizadas en Lima del 20 al 25 de marzo de 1939, la Comisión de Iniciativas, en su inciso d), proponía: "Establecer como imperiosa necesidad el Instituto de Neuro-Psiquiatría de Lima y que su implantación se convierta cuanto antes en realidad" (5).

En abril de 1941, al término del Primer Ciclo de Conferencias sobre higiene mental organizado por la Asociación de Psiquiatría "Hermilio Valdizán" el Ministro del ramo de entonces, Dr. Constantino J. Carvallo, al glosar la intervención del Prof. J. O. Trelles "Estado de la asistencia en Neurología y Psiquiatría", manifestó la importancia de crear el Instituto Nacional en los ramos de Psiquiatría y Neurología como organismo técnico de triple cometido: investigación científica, asistencia especializada y formación de los profesionales correspondientes. Por otra parte la creación del Instituto Nacional de Neuro-Psiquiatría e Higiene Mental fue uno de los objetivos centrales de ese Ciclo. Se señaló entonces que los planos se encontraban en el archivo ministerial.

Baltazar Caravedo Prado, cuando propuso el Proyecto de Ley de Higiene Mental, en 1944, señaló en el título 6º, "de los establecimientos públicos", que "el Ejecutivo creará el *Instituto Nacional de Psiquiatría* que será el organismo técnico del Consejo Nacional de Higiene Mental y funcionará como Hospital Psiquiátrico en la ciudad de Lima" (6, énfasis nuestro). Honorio Delgado, en 1946, en su "Anteproyecto de Ley de Sanidad Mental", en la parte II, "de la asistencia psiquiátrica", artículo 14º, al precisar la forma y diferenciación de los establecimientos públicos, en el inciso b, habla del "tratamiento precoz e intensivo de los pacientes con desórdenes mentales agudos, en Hospitales psiquiátricos, en el *Instituto de Neuro-Psiquiatría* o en Servicios de Psiquiatría de los hospitales generales, incluso en los de niños" (7, énfasis nuestro). La idea de la necesidad del Instituto, algo más, el darlo por existente en el futuro inmediato, está presente en esos documentos fundamentales de los principios rectores de la salud mental y la asistencia psiquiátrica en el país.

Diez años después, en 1949, durante las Jornadas Conmemorativas del X Aniversario de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, Honorio Delgado insistió en "los proyectos que preconizo hace tiempo". Uno de ellos, el Instituto, esta vez fundamen-

tado así: "Con su fundación se satisfacerían otras necesidades urgentes y conexas... Por otra parte, hasta ahora la enseñanza de la psiquiatría y de la neurología se hace en condiciones realmente lamentables por falta de servicios apropiados. Por último, la investigación científica en estos dominios, función genuinamente universitaria, se realiza solo por iniciativa y el fervor de algunos cultivadores con más voluntad que medios".

"Es pues, indispensable la creación, en la Ciudad de Lima, de un *Instituto de Neuro-Psiquiatría e Higiene Mental,* dedicado al diagnóstico, tratamiento y profilaxis de los desórdenes nerviosos y mentales, con amplios servicios externos y pequeñas secciones de hospitalización. Estaría orientado según las necesidades de la enseñanza y la investigación. La experiencia ha probado que este tipo de instituciones vinculadas con la vida universitaria es el que presta los mejores servicios a la sociedad, a la vez que el más abierto al progreso científico y técnico. Realiza una conexión fecunda y vivificante con todos los centros afines de asistencia, sanidad, educación y corrección, particularmente gracias al funcionamiento de clínicas de conducta para menores" (8).

En una revisión general de la psiquiatría latinoamericana escrita en 1965, Delgado señaló con precisión: "Para que la investigación tome vuelo en nuestros países se requiere la creación y el fomento de institutos dedicados a su ejercicio. Los campos que convienen son los estudios catamnésicos, epidemiológicos, heredológicos, etno y sociogenéticos, neuroquímicos, psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. La psiquiatría comparada y diferencial, incipiente entre nosotros a pesar de ser promisoria de originalidad, con los métodos respectivos a estos campos de investigación, aplicados con rigor, logrará distinguir lo que es genérica consecuencia de desorganización y anomia, de lo que corresponde efectivamente a peculiares factores raciales y ecológicos" (9). Concluyó esta exposición con tono admonitorio: "... tratándose de la investigación, propender a su estímulo en institutos especiales, y a que se inspire cada vez menos en aplicar las doctrinas desmesuradas reinantes, y más en la objetividad de lo verificado o verificable, con método estrictamente científico" (9).

Como no podía ser de otro modo, apenas insinuada la idea del Instituto, nos fue penoso verificar un extendido prejuicio conformista e inmovilista que "no estábamos preparados" para una Institución de este tipo, que existían otras necesidades apremiantes, que

no sería posible poner en marcha una organización de naturaleza compleja, en otras palabras, que estábamos fuera de la realidad nacional, en pleno reino de la utopía. Aquiescentes corifeos acomodaticios, sin voluntad ni imaginación, esos críticos ignoraban seguramente, que "progresar es realizar utopías" como certeramente señalaba Oscar Wilde, y que todo sensato y bien intencionado proyecto humano es, si se tiene sensibilidad y valor, una utopía realizable.

Congruente con el llamado del tiempo, con el reclamo de generaciones no por brillantes menos realistas, apenas la oportunidad nos fue favorable pusimos en marcha el proyecto del Instituto y fuimos responsables de su primer desarrollo, asumiendo todos los riesgos y afrontando todas las dificultades, con espíritu afirmativo, extrayendo fuerza de la flaqueza, sin amilanarnos por las resistencias intramurales y el extendido escepticismo extramural. Desde el primer momento las puertas de la Institución estuvieron abiertas a todos los que quisieron franquearlas, invitándolos a compartir con nosotros entusiasmos y logros, tareas de diverso valor y lucimiento, con las limitaciones del medio que podían coartar transitoriamente el empeño. El Instituto no fue planta de invernadero: enclavado en el Cono Norte, con población representativa del Perú profundo, no solo nos volcamos a la comunidad ofreciendo servicio sino buscando en ella la energía creadora, la solidaridad y el voluntarismo, virtudes por fortuna presentes en nuestro pueblo y que fueron patentes apenas logramos acceder al mundo de los avencindamientos marginales, de los asentamientos humanos.

* * *

La más prestigiosa y difundida revista de esta parte del Hemisferio, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina,* en histórico Editorial suscrito por su Director, el doctor Guillermo Vidal, recordatorio de su trigésimo aniversario de aparición ininterrumpida, al analizar los logros más destacados "por lo auspiciosos" en América indoibera, señala que es "digno de mencionarse, por su trascendencia asistencial, docente y científica el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" del Perú" (10).

Para quienes pensamos que la auténtica integración latinoamericana no será producto de la retórica circunstancial ni de los delirios bolivarianos de políticos, sino obra de sus instituciones representativas, movidas por nexos e intereses realmente de conjunto en los

más variados campos de la cultura, la ciencia y tecnología, el Instituto fue concebido como un instrumento eficaz de integración a través del fomento de la investigación en temas compartidos por países con realidades similares. En el lapso de desempeño a plenitud de la Dirección General del Instituto no solo advertimos el significado de su presencia en el escenario latinoamericano sino que fuimos conscientes de que así es conceptuado a lo largo y ancho de nuestra América morena.

## REFERENCIAS


1. CARAVEDO P., B. (1933): "El Acta de Tratamiento Mental de 1930", *Boletín de Higiene Mental,* Año II, Nº 8 (septiembre).
2. CORNEJO, A. G., LORENTE, S. y CARAVEDO P., B. (1928): "Legislación sobre asistencia de los alienados y de los toxicómanos", en *La Reforma Psiquiátrica en el Perú,* por Baltazar Caravedo Prado, Imprenta Sesator, Lima, 1985.
3. BOLETIN DE HIGIENE MENTAL (Publicado por el Cuerpo Médico del Hospital "Víctor Larco Herrera"), Año IV, Nº 13 (febrero de 1935).
4. DELGADO, H. (1936): "La psychiatrie et l'higiène mentale au Pérou", *L'Hygiene Mentale* (París), 31: 181-200. Publicado también en español en *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas, 19:* 103-122, 1936.
5. DELGADO, H. y TRELLES, J. O. (Eds.): *Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas* (Lima, 20 al 25 de marzo de 1939), Tomo II, "Informe del Comité de Iniciativas", pág. CLXXXV, Editorial Lumen, 1940.
6. CARAVEDO PRADO, B. (1944): *Proyecto de Ley de Higiene Mental,* Talleres Gráficos del Hospital "Víctor Larco Herrera", Magdalena del Mar.
7. DELGADO, H. (1946): "Anteproyecto de Ley de Sanidad Mental", *Revista de Neuro-Psiquiatría, 9:* 231-241.
8. DELGADO, H. (1949): "La asistencia al enfermo mental", *Revista de Neuro-Psiquiatría, 12:* 272-276.
9. DELGADO, H. (1965): "Acerca del panorama de la psiquiatría latinoamericana", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 11:* 397-402.
10. VIDAL, G. (1984): Editorial, "Treinta años después", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 30:* 9-10.

# EL INSTITUTO: FUNDAMENTACION DE SU NECESIDAD

## EL INSTITUTO: FUNDAMENTACION DE SU NECESIDAD

La necesidad perentoria de darle basamento sistemático a la política de la salud mental tiene en nuestro país varios hitos significativos. El primer Plan Nacional, presentado en agosto de 1964 y elaborado por el Consejo de Salud Mental de entonces, conformado por un calificado grupo asesor del Ministerio en asuntos de su competencia presidido por el Profesor Honorio Delgado (1). El proyecto de Plan, que, impreso tuvo alguna difusión en el ámbito de los profesionales de la especialidad, tras un sintético análisis de la situación, proponía una serie de medidas ordenadas de acuerdo a un orden de prioridades. Lamentablemente, las proposiciones de ese primer Plan, adecuadas a la realidad de ese tiempo, no fueron incorporadas a las acciones generales del Sector Salud, por ausencia de un lineamiento de política que orientara efectiva y solidariamente el campo de la salud mental al de la salud pública general.

Desde aquel documento, elaborado hace casi 25 años, los problemas en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental se han extendido, mientras que los recursos para enfrentarlos no crecieron en forma paralela. Solo se logró el desarrollo de los Departamentos de Psiquiatría en los Hospitales Generales de Arequipa y Trujillo, la creación del Centro para Enfermos Mentales en un sector del antiguo Sanatorio Olavegoya de Jauja y el intento de utilizar parte de las deficientes instalaciones del antiguo Hospital de San Ramón, en Tacna, para destinarlo a la asistencia especializada. Los Departamentos de Psiquiatría de los Hospitales de Piura y Tacna —y ahora los de Chimbote e Iquitos— no han sido puestos en funcionamiento, pese a contar con la infraestructura física adecuada. En Piura, gracias a la tarea de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, se creó en un sector del antiguo Hospital de Belén, el llamado CREMPT (Centro de Reposo para Enfermos Mentales de Piura y Tumbes), lo que ha representado algún alivio para los álgidos problemas de asistencia especializada en el Norte del país.

En 1973 se creó una Comisión *ad-hoc* que elaboró el documento "Estudio de la situación de la salud mental en el Perú y sugerencias de la política sectorial a seguir", donde también se hizo un "diagnóstico de situación" y se refiere a los temas mayores de la programación, organización y funciones estructurales (2). Fue el antecedente inmediato de la Comisión Especial "encargada de efectuar estudios de salud mental a nivel nacional" para la preparación de un anteproyecto de Plan Nacional de Salud Mental. Es-

ta Comisión, como ya lo hemos señalado, realizó y concluyó el Plan con la sola participación del Profesor Rotondo y el que escribe, con el apoyo logístico del entonces Asesor Principal en Salud Mental del Ministerio, doctor Carlos García Pacheco (3).

La formulación de Planes y Programas a partir de un Instituto es antigua tendencia, en especial en los países desarrollados. La idea de una organización de este tipo ha estado presente en la mentalidad de los psiquiatras peruanos interesados en la programación y la organización de la asistencia psiquiátrica. Recuerdo que una de esas frías mañanas del invierno de 1975, en una improvisada oficina donde, sin contar siquiera con ayuda secretarial, con el Profesor Rotondo, al concebir el Plan, pensamos que quizá todo lo inútil de los esfuerzos anteriores se debía a la ausencia de una instancia normativa, organizativa, programadora y evaluativa, esto es de un Instituto, y así lo llamamos con su nombre. No nos atrevimos a sugerir de modo directo la proposición por considerarla entonces fuera de las posibilidades del Sector, pero el documento producido, el más amplio y documentado de los elaborados, tiene el aliento o está concebido para su mejor realización desde una instancia superior, que actuara dentro de una organización que privilegiara la investigación de la realidad peruana en materia de salud mental. Pocos años después se dio recién la ocasión y fue una decisión importante no dejarla pasar.

Para quien conoce la realidad a plenitud y está familiarizado con los problemas de la salud mental en nuestro medio, la creación del Instituto, independientemente de los antecedentes históricos que se han revisado en el Capítulo anterior, no requeriría mayor fundamentación. Pero conviene hacer algunas reflexiones atañederas a este aspecto antes de revisar las funciones específicas.

El Instituto ha sido concebido como un proyecto extendido del presente real al futuro conjeturable. Muchos peruanos, por razones etnoculturales, viven como extranjeros en su propio país. Las referencias clásicas, mayormente testimoniales, se repiten una y otra vez sin el complemento del estudio de campo y del análisis sobre el terreno. Nuestra variante situación demográfica, las nuevas maneras de movilidad en la estratificación social, entre las principales premisas, exigen replanteos y nuevas alternativas para el desarrollo del conocimiento integral del ser nacional. Todo esto puede parecer demasiado abarcativo o utópico. Pero ¿qué proyecto no tiene el impulso vital y la imaginación sin límite de la utopía? El creci-

miento desbordante, neoplásico, de la Gran Lima, ha hecho realidad el razonamiento ironista de Valdelomar*. Ahora sí el Jirón de la Unión es el Perú, y el núcleo metropolitano se ha ruralizado, modificando estructuralmente los comportamientos de sus habitantes. Un nuevo hombre ocupa un viejo espacio: es el hombre marginal que emerge del aluvión migratorio.

Antes de precisar las áreas específicas que la Organización Básica del Sector asigna al Instituto, debemos ahondar en la tarea fundamental, en la "razón de ser" de la Institución, la investigación.

Al analizar el panorama de la investigación psiquiátrica en América Latina en 1975, después de señalar el limitado número de sus cultivadores, los problemas de la formación, la ausencia de planeación, la escasez de recursos económicos, y pese a todo lo señalado, la afirmada presencia de áreas estudiadas con rigor metodológico, concluíamos afirmando que "... nuestra América nos ofrece las más variadas oportunidades para la investigación psiquiátrica: es una *terra incognita* mientras no es aprehendida y formulada con el rigor formal y factual de las ciencias" (4). En esa exposición recalcábamos que "El psiquiatra investigador científico es, pues, una figura de excepción en nuestros ambientes universitarios y en los centros de asistencia. Su número limitado no permite inducir esa "atmósfera de ideas" favorecedora del espíritu creativo. El joven residente no se beneficia con el "ambiente emocional" (Redlich, 5) que crea la presencia de gente activamente dedicada a investigar. Sin esta situación humana resulta difícil toda planeación en este campo" (4).

¿En qué forma ha variado este panorama en los últimos años? En América Latina se asiste actualmente al desarrollo progresivo y a los primeros logros de un centro de investigación, el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Y en el Perú, desde mediados de 1982, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" definido como un "organismo de alta especialización en Salud Mental y Psiquiatría", con actividades de investigación, docencia, proyección social y servicios que se extiende a todo el territorio nacional y que se disciplina a los enunciados de un Plan Nacional de Salud Mental en el que se formula la política del Sector en

* El silogismo de Valdelomar dice textualmente: "El Perú es Lima / Lima es el Jirón de la Unión / el Jirón de la Unión es el Palais Concert / luego el Perú es el Palais Concert".

este campo especializado (6). Entre las funciones generales del Instituto se señala, en primer lugar, la investigación de "los diversos aspectos de la Salud Mental en el país, que abarcan desde características biológicas, psicológicas, sociales y culturales de su población hasta las particulares manifestaciones psicopatológicas y clínicas" (6).

La Exposición de Motivos, documento introductorio al Manual de Organización y Funciones, deslinda así el campo de la investigación: "Las actividades de investigación serán permanentes e interrelacionadas con el conjunto de los objetivos del Instituto: su priorización, profundidad y consistencia se orientará por las necesidades que se vayan esclareciendo en el curso de las mismas investigaciones y por las proposiciones de política pertinentes del Sector. El marco de entrada estará dado por la importancia de producir conocimiento y tecnología para la identificación y tratamiento de aquellos agentes y factores que, especialmente en nuestro medio, tienen relación directa o influencian la salud y la enfermedad mental. La investigación asimismo será dirigida a producir información para la formación de recursos humanos altamente calificados y racionalizados que sirvan a las necesidades del Instituto y de los servicios de Salud Mental en el país. Así también se investigará y propondrá modelos de servicios de atención, criterios y conceptos operacionales de trabajo, útiles a la optimización de los recursos existentes y de los nuevos que se establezcan. Todo lo propuesto implica una activa interrelación y articulación con los organismos correspondientes del Ministerio de Salud, la Universidad Peruana, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y otras Entidades del país y del exterior que faciliten una perspectiva más eficiente y completa" (7).

El Instituto, que como se ha señalado, cumple también funciones asistenciales, docentes y de proyección comunitaria, concede importancia prioritaria a la investigación y una vocación en este sentido es tomada muy en cuenta en la selección de su personal profesional. En su programa de formación continuada el Instituto pone especial énfasis en la revisión de las bases teóricas y metodológicas del conocimiento psiquiátrico con el fin de desarrollar las aptitudes y fomentar las disposiciones vocacionales orientadas a la indagación y a la búsqueda originales.

Inmerso en el verdadero "laboratorio natural" que conforma su área específica de influencia geográfica —el Cono Norte de la

Gran Lima— y por el alcance nacional de su actividad, el Instituto está empeñado en la identificación de los campos sensibles de investigación de la realidad nacional en lo que atañe a la Salud Mental de acuerdo a un orden de prioridades. Este objetivo central de organización planificada de la investigación no desestima la iniciativa individual en aspectos específicos de la indagación básica y aplicada y, por el contrario, estimula las aportaciones en esta dirección. En fin, por el carácter normativo de sus actividades, el Instituto se empeña en hacer de todo instrumento de trabajo clínico, social, administrativo y auxiliar un elemento de investigación de su validez.

La contribución original y el desarrollo tecnológico constituyen una exigencia perentoria de nuestro tiempo. Los países en desarrollo solo en el ejercicio de la investigación estaremos en condiciones de afirmar independencia de mentalidad, de otra manera supeditada a una forma de dependencia colonialista en relación a los países desarrollados. El saber inquisitivo es capaz de elevarnos a una forma superior de relación y entrever el futuro con afirmada seguridad.

La nueva estructura del Ministerio crea el Instituto Nacional de Salud Mental como Programa de alcance nacional, con funciones de normatividad específica, programación y evaluación. Y la nueva creación se hace desde una de sus Instituciones de apoyo, en el entendido que es más realista actuar *desde* un centro organizado, en contacto directo con la realidad, que desde una oficina del Organismo Central; que los niveles adecuados —por no decir óptimos— deben extenderse a todas las instituciones sin detrimento del Instituto, que es su sustentáculo y que en forma alguna debe detener, por las nuevas responsabilidades, el cronograma estricto de su desarrollo.

El deslinde de las funciones que corresponden al Instituto Nacional de Salud Mental, de conformidad con la reorganización del Ministerio de Salud (D. S. Nº 057-85-SA del 19-11-85 y R. M. Nº 400-85-SA-DVM del 20-12-85) y el texto final de Organización Básica del Ministerio de Salud (que contiene la Ley Orgánica del Sector Salud y las disposiciones correspondientes a los Institutos de ámbito nacional, julio, 1986) fueron precisados en la reunión de trabajo realizada el 8 de marzo con el señor Ministro de Salud. De conformidad con estos lineamientos al Instituto Nacional de Salud Mental le corresponden las siguientes funciones:

a) Establecer la normatividad de Salud Mental específica a nivel nacional y delinear los principios básicos para el desarrollo de un Sistema Integral de Salud Mental.

b) Supervisar de modo permanente la situación actual de los recursos en los campos de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en nuestro país, integrándolos y articulándolos con miras a su optimización, con énfasis en la amplificación de los Centros Periféricos para la Atención Primaria en Salud Mental; y el desarrollo de tecnologías propias para la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en nuestro campo.

c) Actualizar el Plan Nacional de Salud Mental, de conformidad con los avances realizados en los últimos años, con el fin de establecer un diagnóstico de situación actualizado permanente para permitir el funcionamiento de un Programa de Salud Mental realista, que tome en cuenta, de modo relevante, las características de la realidad peruana, con trato preferente de los sectores urbano-marginal y de la población campesina.

d) Establecer un Sistema Nacional de Información en Salud Mental que permita la recolección de información homologada para el procesamiento de los datos, lo que ha de permitir mejorar la utilización de los recursos existentes, tras un procedimiento de evaluación sistemática.

Para el efecto se han realizado dos órdenes de acciones. La primera, a nivel de Lima Metropolitana: reunión periódica de los Directores de las tres Instituciones de apoyo del Instituto (Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Hospital "Víctor Larco Herrera" y Hospital "Hermilio Valdizán"). Se intenta en estas reuniones homogenizar los procedimientos y los documentos relacionados al proceso de captación de la demanda espontánea, la circulación fluída de los pacientes dentro de los diferentes servicios, y el seguimiento de los pacientes, en especial de aquellos que por su tendencia a la cronicidad o a las recidivas, requieren evaluación clínica y tratamiento de sostén por largos períodos. La segunda es establecer delegaturas del Instituto en las principales ciudades del país, con el propósito de conformar una red de información y soporte de los Programas de Salud Mental. La primera realización de este empeño es el establecimiento de un Con-

venio con el Centro de Salud Mental "San Juan de Dios", que abarca la atención psiquiátrica en los Departamentos de Piura y Tumbes. El propósito del Instituto es establecer nexos de esta naturaleza con los Servicios existentes en Lambayeque, La Libertad, Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna, Cuzco, Junín (Jauja y La Oroya) e Iquitos. Psiquiatras y otros profesionales de la Salud Mental han realizado en el Instituto pasantías de reactualización, de extensión variable: Cuzco, Piura, Trujillo, Chiclayo, Jauja, Arequipa y Tacna. A petición del Director de Salud Mental del Ministerio de Salud del Ecuador, nos fue grato proporcionar adiestramiento supervisado, por seis meses, a un colega que ejerce en la Ciudad de Loja.

Como resultante del Segundo Seminario de Priorización de la Investigación en Salud Mental, cuya primera parte se cumplió en Puno, se delineará un Programa de realización inmediata para atender las necesidades y hacer prevención en Salud Mental y atención especializada en las zonas que integran el llamado Trapecio Andino.

Finalmente, en relación a programas específicos, en la actualidad están en proceso de implementación dos de ellos:

1. El Programa de Farmacodependencia.
2. El Programa para la atención de Enfermos Mentales Abandonados (PREMA).

El primero es analizado en Capítulo autónomo. El segundo, por ser una responsabilidad que el Ministro quiso asumir directamente, por especial encargo de la esposa del Presidente de la República, Sra. Pilar Nores de García, fue objeto de un proyecto que el Instituto cumplió con entregar al Despacho.

Todas las actividades, que giran alrededor de proyectos de investigación (la llamada por los técnicos "investigación administrativa", para diferenciarla de la clínica y la social), están dirigidas al establecimiento gradual del Sistema Nacional de Salud Mental.

## REFERENCIAS

1. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (1964): *Plan Nacional de Salud Mental,* Consejo de Salud Mental, Tipografía Peruana, Lima.

2. MINISTERIO DE SALUD (1973): *Estudio de la Situación de la Salud Mental en el Perú y sugerencias de la Política Sectorial a seguir,* Doc. mimeografiado, Lima.

3. MINISTERIO DE SALUD (1975): *Plan Nacional de Salud Mental. Anteproyecto,* Doc. mimeografiado, Lima.

4. SEGUIN, C. A. y MARIATEGUI, J. (1975): "Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 21:* 175-185.

5. REDLICH, F. C. (1961): "Research Atmospheres in Departments of Psychiatry", *Archives of General Psychiatry, 4:* 225-236.

6. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" (1982): *Manual de Organización y Funciones,* Ministerio de Salud, Lima.

7. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" (1982): *"Exposición de Motivos"*, documento introductorio del *Manual de Organización y Funciones,* Ministerio de Salud, Lima.

# AMBITO CONCEPTUAL DE LA SALUD MENTAL

## AMBITO CONCEPTUAL DE LA SALUD MENTAL

Es difícil establecer las líneas generales de pensamiento que permitan delimitar el ámbito de la salud mental en general y en nuestro medio en particular. Y la dificultad se acrecienta cuando, sobrepasando los criterios tradicionales, ponemos énfasis en los aspectos positivos de la salud mental, pues constituyen la esencia misma del bienestar humano, del funcionamiento psicosocial óptimo, a partir de los cuales podemos planear una sociedad congruente con los principios de la solidaridad. El espacio semántico de la salud mental se confunde con el *ethos,* con objetivos promisores y superiores, con la capacidad de adaptación a realidades psicofisiológicas y socioculturales distintas, en procura de una organización comunitaria sustentada en una forma conciente y constante de simpatía entre los hombres, que fomente las disposiciones creativas para el desarrollo armónico del ser humano. Quizá la más sencilla pero al mismo tiempo más precisa caracterización de la salud mental es ese estado de funcionamiento óptimo descrito por Sigmund Freud como "la capacidad para trabajar, amar y jugar".

En el Antiguo Perú se dieron algunas condiciones favorecedoras de este estilo de vida, aunque la imagen idolátrica del último período de extensión imperial de los Incas, difundida por los cronistas de la línea garcilasista, alimentara la creencia de un potencial de humanización mayor del realmente existente. Panegiristas a ultranza del aborigen, al afirmar el "eupsiquismo magnífico" del indio (J. A. Encinas), han intentado explicar la supuesta menor frecuencia de la alienación entre los pobladores del Ande, interpretando de este modo "la rareza de los representantes de la raza india en las cifras totales (del Hospicio de Insanos), durante el período comprendido entre 1859 y 1917" (1).

De todas maneras existen y son aún rescatables estos principios generados por el trabajo activo y solidario, supérstite en las comunidades indígenas actuales, valores que deben tenerse en cuenta cuando se hace una planeación integral de la salud mental, necesariamente ligada al desarrollo humano. En el discurso pronunciado por H. Malher, Director General de la Organización Mundial de la Salud ante la 39º Asamblea Mundial (Ginebra, 6 de mayo de 1986), cita a un ministro de planificación de un país africano en desarrollo que dice textualmente: "para nosotros, la estrategia de salud para todos mediante la atención primaria no es simplemente una cuestión

sanitaria: *es un nuevo y estimulante modelo de desarrollo humano*" (2, énfasis nuestro). Sin tener en cuenta los agentes condicionantes de la salud mental ligados a los factores externos, esto es, desatendiendo la conceptualización ecológica de la problemática, no tendremos una imagen realista de ella, tanto de la entendida en sus aspectos preventivos, de tratamiento precoz y de lucha contra la desadaptación y el deterioro, cuanto desde el mirador abarcativo de sus aspectos positivos relacionados a la protección, la conservación y el fomento de la salud anímica de los individuos y las colectividades. Sin una participación activa y realista que confíe en la comunidad y la haga partícipe de los objetivos propuestos, difícilmente los alcanzaremos no solo para el comienzo del próximo milenio sino para las complejas décadas iniciales, cuyos gérmenes están ya contenidos en los planes y programas de salud de hoy.

Irónicamente, alguien sostuvo que "la salud era asunto de tal importancia que era riesgoso confiarla solo a los médicos". La actual posición de la programación de la salud, el carácter interdisciplinario de la salud mental, han confirmado la necesaria participación de todos los que tienen que ver con el "bien común", con el desarrollo de los pueblos.

No se nos escapa que para los profesionales médicos formados académicamente, existe una inquietud derivada de su formación curricular. Sigerist, penetrantemente, ha analizado esta actitud de temor e inseguridad, a la que escapan por fortuna una élite de profesionales calificados. Así las cosas, la mayoría de los médicos "vuelven sus miradas hacia un pasado irrevocablemente alejado. Formados como hombres de ciencia altamente especializados y eficientes, no están preparados para afrontar problemas que son principalmente sociales y económicos" (3). Analizando esta situación Sigerist recuerda que en la antigüedad griega, en los "primeros tiempos el hombre homérico pedía a los dioses la gloria, una vida larga y posiblemente una muerte sin dolor". Cita un viejo escolio de conformidad con el cual "para el hombre mortal el bien supremo es estar sano" y recuerda que "la guerra contra la enfermedad y por la salud no puede ser llevada a cabo por médicos solamente. Es una guerra de los individuos en la cual la población entera tiene que estar permanentemente actualizada" (3).

Después de esta digresión preliminar, quizá extensa pero necesaria, pasaremos a examinar el marco teórico y el ámbito conceptual de la salud mental en nuestro país. En términos generales

son aplicables a nuestra realidad los siguientes señalamientos: "La elaboración de un perfil de la salud mental en la Región y el estudio de su evolución en el tiempo se enfrenta con obstáculos inherentes por una parte a la ambigüedad conceptual de lo que se entiende por salud mental, y por otra, a la ausencia de indicadores confiables". A lo transcrito se agrega que "esta falta es aún más acentuada en relación con los aspectos positivos de la salud mental, entre otros la capacidad de adaptación frente a situaciones adversas, la creatividad y la frecuencia y distribución de las redes de apoyo social" (OMS/OPS, 1986, 4).

## MARCO TEORICO *

### I. *Antecedentes*

Antes de definir el ámbito del concepto de Salud Mental en nuestro país debe señalarse:

1. Que no ha existido entre nosotros un "Programa" de Salud Mental entendido como tal, esto es como una estructura funcional con objetivos definidos, secuencias establecidas, metas avizoradas, recursos económicos suficientes, evaluación progresiva, interdependencia operativa, etc. El único antecedente válido es el que se refiere a "planes" que han quedado hasta la fecha en la etapa de "anteproyecto". Esto quiere decir que se parte del comienzo para configurar hasta hoy un Plan que no sólo tenga consenso y aprobación oficial sino que defina, por vez primera, un Programa de Salud Mental.
2. Que los recursos actualmente existentes en el campo especializado, dependientes directamente del Sector Salud, no han sido evaluados siquiera para conocer la amplitud de la población asistida, la competencia del trabajo profesional, la validez de los instrumentos utilizados, la confiabilidad del diagnóstico, la adecuación de la terapéutica, etc. En otras palabras lo único que se tiene, de entrada, es un conjunto inconexo de acciones validadas mayormente por el personal encargado de ejecutarlas, movidas por el liderazgo, visible o no, de algún especialista reconocido.

---

* Desde esta parte hasta el final, este texto corresponde al documento de trabajo presentado por el autor a una Comisión Asesora del Ministerio de Salud, de efímera existencia, y aparece publicado en el documento "Lineamientos de Política de Salud Mental", en *Acta Médica Peruana*, Vol. XIII, Nº 3, págs. 62-63, septiembre de 1986. El mencionado documento, tal como aparece transcrito, no fue aprobado como texto definitivo ni autorizada su publicación.

3. Que por lo que antecede la tarea actual rebasa los objetivos de una programación en sentido estricto y tiene necesariamente que extenderse, además del diagnóstico de situación, a la identificación de necesidades existentes y su ordenación de conformidad con prioridades, además de evaluar siquiera de modo impresionista los recursos actuales con miras a su mejor utilización.

4. Que es indispensable la investigación de la realidad nacional en el área de la Salud Mental y por lo tanto es necesario revisar las conclusiones del Primer Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental (1983) y del Segundo Seminario sobre Priorización de la Investigación de Salud Mental en nuestro país (1986).

5. Y, finalmente, toda actividad encaminada al desarrollo de la Salud Mental debe tener en cuenta los principios rectores de la Psiquiatría Social y Comunitaria, con antecedentes significativos en nuestro país y con miras a generar tecnología propia y modelos e instrumentos adecuados al estudio de la realidad nacional. Debe señalar los resultados actuales de los Programas Comunitarios con actitud crítica.

## II. *Ambito conceptual*

El deslinde del ámbito conceptual de Salud Mental en nuestro medio deberá superar las ambigüedades del término y situarse en una línea pragmática, ajena a la controversia, exenta de alguna corriente doctrinaria predominante. Involucra por lo tanto, el llamado concepto "positivo" de Salud Mental, que comprende la promoción de la Salud Mental o el estímulo de la eupsiquia. Este primer aspecto se relaciona con la generación o fomento de la Salud y parte de la idea que el hombre, como ser histórico, es pasible de "optimización", esto es, que es perfectible si se examinan los aspectos personales y ambientales de su desarrollo. Aquí puede considerarse la llamada "prevención pre-primaria". La promoción de la Salud Mental es una tarea multisectorial que comprende, además del Sector Salud, principalmente los Sectores de Alimentación, Educación, Trabajo, Agricultura y Justicia, para sólo enumerar algunos.

En el campo propio de la Salud Mental el concepto debe aspirar a:

— La "prevención primaria", que es la prevención propiamente dicha, y que se disciplina a la genérica definición de "salud" propugnada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

— En este esfuerzo de demarcación conceptual debe tenerse en cuenta la realidad socio-cultural y económica de nuestro país, su diversidad geográfica, sus "niveles ecológicos", etc. Se debe extraer de esa realidad, junto con la problemática, los modos o recursos generados espontáneamente por las comunidades para encarar o resolver los problemas de Salud Mental.

— Debe incluir la llamada "prevención secundaria", que es el reconocimiento precoz del enfermar psiquiátrico y las acciones destinadas a suprimir o atenuar su impacto. Aquí se mueve mayormente la función actual de la institución asistencial y la tarea consiste en examinar no sólo la "demanda espontánea" sino la "demanda potencial", esto es la búsqueda del afectado antes de esperar su concurrencia (personal o socialmente motivada). Este aspecto tiene que ver en especial con niveles de atención (con énfasis en los modelos de atención primaria), orden de prioridades, demarcación regional o sectorial, etc. y coincidir con los Lineamientos Generales de Política del Sector.

  La asistencia de la Salud Mental en nuestro país debe tener en cuenta tanto los recursos convencionales cuanto y principalmente los no convencionales en procura del acceso a la atención primaria, la gradación de los niveles de atención y el seguimiento de los pacientes de recuperación en el mediano y largo plazo. Debe mencionarse, al lado de la nosografía general, la derivada de los síndromes psiquiátricos nativos y los nuevos problemas de Salud Mental que proceden de la atención primaria (aspecto del mayor interés actual para la OMS).

— El tercer nivel se refiere a la llamada "prevención terciaria", que comprende el campo de la rehabilitación, complejo y diversificado. Aquí el señalamiento debe hacerse en el modelo intracomunitario de atención, esto es la movilización comunitaria, la recuperación laboral (mediante "talleres protegidos" y su complemento, la protección del paciente con sintomatolo-

gía residual "en el taller"). El énfasis debe ponerse en el amplio sector "silencioso", cuya manifestación atenuada se expresa por variantes de la conducta, deficiente rendimiento escolar, laboral o social. El poblador urbano-marginal debe merecer atención preferente, así como la población en riesgo (mujeres abandonadas o maltratadas, niños sin hogar, maltratados o procedentes de familias con padre o madre alcohólico o enfermo mental, adolescentes erráticos o desocupados, familias extendidas o incompletas, con desempleo, etc.).

— La Salud Mental debe entenderse como interdisciplina y definirse los alcances de las tareas del personal que comprende.

— La asistencia psiquiátrica debe precisarse como la labor médica realizada por profesionales a través de actos médicos en el amplio sentido que se le da en el marco de una Psiquiatría Social y Comunitaria. Las funciones delegadas en el Sistema de consultoría a otros profesionales de la Salud Mental deben señalarse con claridad evitando la interposición o duplicación de las acciones.

## REFERENCIAS

1. VALDIZAN, H. (1925): "La alienación mental en la raza india", *Anales de la Facultad de Medicina de Lima, 7:* 145-163.

2. MALHER, H. (1986): "Trampolín para la acción de salud para todos". Discurso pronunciado por el Director de la OMS ante la 39º Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.

3. SIGERIST, H. (1943): *La medicina y el bienestar humano,* Ediciones Imán, Buenos Aires.

4. OMS/OPS (1986): *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984.* Vol. II, Publicación científica Nº 500, Washington.

# HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

# HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

La medicina en el mundo contemporáneo ha experimentado cambios fundamentales a los que no ha corrido paralela su evolución social. Como ya apuntó certeramente Sigerist, hace más de cuatro décadas, "la tecnología de la medicina le lleva la delantera a su sociología" (1). El avance operado en el conocimiento de la naturaleza humana ha variado desde la concepción del devenir del hombre mismo hasta el debate de su controvertida estructura societal. Este proceso es de tal modo disarmónico que ha generado una nueva alienación, que suele llamarse "sociotecnológica". Es esta una verificación cotidiana principalmente para quienes, desde una perspectiva general y abarcativa, holística para decirlo con un término ya consagrado, analizan el panorama del preocupante mundo de nuestros días. Stanley Lesse ha enfatizado que las fuerzas culturales, demográficas y tecnológicas, características de la llamada "revolución post-industrial", —o "cibernético-cultural", para emplear la disfónica aunque útil expresión propuesta—, generan cambios radicales en la práctica médica y mutaciones subitáneas en las concepciones y en los modelos teóricos (2). Una sociedad de masas exige el reemplazo de antiguas concepciones por otras que reflejen a cabalidad la realidad sobre la que se pretende operar.

En la órbita del llamado "mundo occidental" y dentro de los principios de economía que orientan a las sociedades de consumo —las sociedades de producción requieren tratamiento aparte—, se sufre las presiones de grupos humanos con necesidad de salud cada vez más apremiantes, que exigen cambios esenciales en la organización social y, obviamente, nuevos modos de enfocar la realidad.

Ante la realidad efectiva, no es posible plantear los problemas de salud y enfermedad mental dentro de los términos reductivos ya superados de las ciencias positivas y los desarrollos "cientificistas" subsecuentes. Las comunidades, por primario instinto de conservación, han mantenido vigentes las exigencias elementales que las hacen agentes inescapablemente activas y protagónicas, en procura del bienestar y de la solidaridad —para mencionar sólo un par de exponentes de la salud mental positiva—, a la que necesariamente pertenecen las políticas preventivas y las tareas reparativas y rehabilitadoras que, durante mucho tiempo, parecieron tributarias exclusivas de los técnicos de las disciplinas que integran el variopinto mosaico de la salud mental.

Lo dicho sirve de obligado exordio para una propuesta consecuente, atenta por un lado al desarrollo de las ciencias naturales y culturales, y por otro lado, al grado de avance de la conciencia social de las comunidades. Todo comienza por el imperativo inexcusable de la necesidad de un nuevo paradigma, que sustituya, con coherencia y flexibilidad, al periclitado "modelo médico", y que se relacione con las estructuras básicas de la organización humana de las que la medicina, y en especial la medicina mental, no es sino un aspecto no por expresivo menos parcelar.

Superados los términos anacrónicos en los que por muchos años ha fincado el cuidado de la salud, hoy se impone una concepción sistemática, que al lado de adecuar nuestros criterios diagnósticos y posibilidades terapéuticas, se integre a las infraestructuras básicas de la organización societal y pueda ser manejado como problema "transdisciplinario", allende la visión necesariamente estrecha de la concepción salud/enfermedad.

Así nació la concepción del Instituto Nacional de Salud Mental (1980), como lo señala su documento constitutivo inicial y la "Exposición de Motivos", que antecede a su Manual de Organización y Funciones. En este texto se define el Instituto, proyectado como de responsabilidades nacionales, y las bases teóricas de su organización y funcionamiento. Se parte, necesariamente, del "Sistema de Salud Mental", en el que tiene cabida la investigación sujeta a un orden de prioridades, la formación de recursos humanos, la salud mental comunitaria, entre otras proposiciones mayores (3).

Dentro de este marco de referencia el Instituto Nacional de Salud Mental, con las nuevas funciones conferidas por la Organización Básica del Sector (4), debe establecer un Sistema Nacional de Salud Mental que, partiendo de nuestra realidad, permita una programación cabal de las actividades dirigidas al bienestar de la población, a la oportuna intervención en las desviaciones y desórdenes mentales, a la utilización de los recursos espontáneos de la comunidad, de gran importancia para la asistencia y la rehabilitación intracomunitaria de los problemas psiquiátricos de mediana y larga recuperabilidad.

Una de las lecciones que nos deja en una breve existencia formal la atención primaria en salud mental —al lado de aflorar nuevos matices nosográficos hasta ahora desconocidos— es la frecuencia marcada de problemas que pueden ser resueltos, con oportunidad y eficacia en el corto plazo, marcando distancia con la imagen

del enfermo mental tributario del régimen asilar, condenado a la cronicidad más que por su condición clínica por su estigma social. El balance general del movimiento llamado "antipsiquiatría" —"psiquiatría crítica" en una mejor formulación de su alcance real—, es no sólo la implacable denuncia y condena de la institución asilar sino el reclamo, para las peculiares enfermedades mentales y emocionales, de un nuevo planteamiento acorde con el progreso científico y social.

Si concebimos nuestras necesidades en salud mental y asistencia psiquiátrica desde esta perspectiva, no sólo estaremos en condiciones de ofrecer nuevas alternativas —alguna de ellas de carácter innovador—, sino en posibilidad de utilizar mejor los recursos, siempre insuficientes en su cotejo con la realidad actual acuciante. Estamos convencidos de la inutilidad de los planteamientos tradicionales no sólo porque se apartan de nuestras posibilidades operativas sino porque quedarán, como es usual, en el nivel de los planteamientos formales ineficientes inclusive a nivel de los canales tradicionales de la medicina institucional.

Entendemos como Sistema —de conformidad con los criterios extraordinariamente fecundos de la Teoría General sobre la materia, que involucra, sin conflicto, las modernas corrientes del pensamiento contemporáneo—, la concepción que organiza y disciplina el conjunto de procesos mayores y las relaciones que los ligan. Superando la causalidad lineal mecanicista, genera principios aplicables de preferencia a los "sistemas abiertos" como son los biológicos, en dinámica relación con el fluctuante medio ambiente (5).

El *dictum* aristotélico al postular que "el todo es más que la suma de sus partes", al tiempo de formular una concepción "holista" del universo en general y la naturaleza humana en particular, establecía ya, hace más de dos mil años, el planteamiento esencial de la problemática de los sistemas (6). La Teoría General (TGS) concebida por Ludwig von Bertalanffy a partir de los años treinta de nuestro siglo, comprende y armoniza desde la teoría evolucionista de Darwin y el materialismo dialéctico de Marx, hasta el enfoque estructuralista francés, el funcionalismo norteamericano y otros desarrollos metodológicos de nuestro tiempo (7).

La TGS en síntesis propugna una concepción conforme a la cual el universo está constituído por una organización jerárquica de sistemas en la que las propiedades de los niveles superiores re-

basan la explicación por la suma de los componentes tomados aisladamente. Así, un sistema puede definirse como la totalidad o conjunto de elementos relacionados entre sí y con el medio ambiente en un *continuum* espacio-temporal (7).

La aparición de la TGS requería el desarrollo de un nuevo paradigma fundamental interdisciplinario, que partiendo de una teoría lógico-matemática, pudiera generar los principios aplicables a todos los sistemas, que permiten, en todo conjunto vivo, el intercambio con el medio ambiente. El programa de la TGS destaca las principales áreas de investigación: el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos, promoviendo las transferencias de un segmento del conocimiento a otro; el desarrollo de modelos teóricos adecuados en aquellas parcelas donde falten; la reducción en lo posible de la duplicación de esfuerzo teórico en campos distintos; y la promoción de la ciencia a través de una mayor comunicación entre los especialistas (7).

En el campo de la salud el antecedente remoto de esta concepción se encuentra en el primer aforismo hipocrático, el más divulgado de todos, aquel que dice que la vida es corta, el arte largo, la oportunidad fugitiva, el experimento riesgoso, el juicio difícil y la decisión peligrosa; en él ya se recalca la necesidad no solo de proceder correctamente sino también la de ser secundado por el paciente, las personas que lo asisten y las circunstancias externas (8). Pero la antropología médica contenida en el *Corpus Hippocraticum* es más abarcativa. La sola mención de dos textos, *Sobre los Aires, las Aguas y los Lugares y Epidemias,* nos sitúan en una perspectiva del hombre en su naturaleza y en dialéctica confrontación con su entorno animado e inanimado (9).

En el campo propiamente psiquiátrico, el enfoque sistémico ofrece la resolución de la dicotomía cartesiana de la mente y la materia, del cuerpo y el alma, facilitando la integración de los aportes biológicos y sociales en el entendimiento de la naturaleza del ser humano (10), abriendo nuevas perspectivas en la investigación psicopatológica, en la tarea diagnóstica y en las formulaciones terapéuticas. Se trata de una forma superior de expresión desde que, en el fondo, como lo sostiene Jaspers, "el movimiento del conocer tiene siempre la forma de una comunicación" (11).

Consecuentes con el momento histórico, concebimos la problemática de la salud mental en el país como el reto de un nuevo para-

digma interdisciplinario, que registre la realidad en su dialéctica cambiante, influida o retroalimentada por otros sistemas, con capacidad de transferencia de modelos de diversos campos, con asimilación de conocimientos procedentes de otras áreas del conocimiento humano. La Psiquiatría resulta así una compleja interdisciplina, que partiendo del conocimiento antropológico, abarca y subsume todos los aportes orientados a la configuración de una teoría del hombre enfermo, a partir de una teoría del ser del hombre.

Para la planeación racional y la evaluación metódica de esta concepción holística, se debe partir del establecimiento y la utilización de sistemas de información clínica mediante la delimitación de los conceptos y procedimientos psiquiátricos en busca de resonancia y utilidad de tales formalizaciones (12). Un sistema integrado de información en el campo de la salud mental, en un país de tan variadas características geotipológicas y socioculturales como es el nuestro, adquiere primerísima e incontestable prioridad. Se trata no sólo de llenar necesidades básicas de la población asistida sino de darle a la recolección de información, además de flexibilidad, la posibilidad de ofrecernos, más allá del horizonte psicopatológico y clínico, otros aspectos sustantivos de la condición humana.

Este enfoque ecológico, de aliento holístico e inspirado en una concepción en la que coexisten las más fecundas corrientes de nuestro tiempo, no sólo permitirá incorporar los avances de la revolución tecnológica sino que permitirá apreciar, con amplitud y coherencia, el real acaecer del desarrollo humano, el móvil y a veces desconcertante horizonte del conocimiento del hombre en su esencial naturaleza.

## REFERENCIAS

1. SIGERIST, H. E. (1946): *Civilización y enfermedad,* Fondo de Cultura Económica, México.

2. LESSE, S. (1986): "Editorial: Computer advances towards the realization of a cybernated health-science diagnostic system", *American Journal of Psychotherapy, 40:* 231-233.

3. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (1982): "Exposición de Motivos", texto introductorio del *Manual de Organización y Funciones, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"*, Lima.

4. MINISTERIO DE SALUD (1986): *Organización Básica del Ministerio de Salud,* Lima, julio de 1986.

5. MARIATEGUI, J. (1985): "Sistema de Información y Teoría General de los Sistemas en Psiquiatría". Discurso de inauguración del Centro de Cómputo, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, 7 de febrero de 1985.

6. BERTALANFFY, L. von (1980): *Teoría General de los Sistemas. Fundamento, desarrollo, aplicaciones,* 1ra. ed., 2da. reimpresión (en español), Fondo de Cultura Económica, México.

7. BERTALANFFY, L. von, ROSS ASHBY, W., WEINBER, G. M. *et al.* (1981): *Tendencias en la Teoría General de los Sistemas,* 2da. edición (en español), Alianza Universidad, Madrid.

8. HIPOCRATES: *Aforismos,* Editorial Schapire, Buenos Aires, 1945.

9. LAIN ENTRALGO, P. (1972): *Historia Universal de la Medicina,* T. II (Antigüedad Clásica), "La medicina hipocrática", Salvat Editores, Barcelona.

10. MILLER, J. G. (1980): "General Living Systems Theory", en *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* H. I. Kaplan, A. M. Freedman, & B. J. Sadock (Eds.), Third Edition, Vol. I, Williams & Wilkins, Baltimore/London.

11. JASPERS, K. (1964): *Autobiografía Filosófica,* Editorial Sur, Buenos Aires.

12. MEZZICH, J. E. *et al.* (1986): *Clinical care and information systems in Psychiatry,* Clinical Insights, Monograph Series of American Psychiatry Press, Inc., Washington.

# DESCONCENTRACION Y DESCENTRALIZACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

# DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

La primera institución especializada para la atención de los enfermos mentales fue el Hospicio del Cercado, Casa de Insanos o Asilo de la Divina Misericordia, fundado el 16 de diciembre de 1859. José Casimiro Ulloa tuvo a su cargo la dirección del Hospicio —en realidad, improvisado local logrado de la habilitación de la Quinta de Cortés, antigua casa de retiro de la Orden Jesuita—, hasta su fallecimiento, en 1891. A Ulloa lo sucedió su discípulo Manuel Antonio Muñiz, quien traía de Europa una formación especializada en el campo de la asistencia de los enfermos mentales y una influencia derivada de la progresiva diferenciación de la Psiquiatría como parcela de la Medicina (1).

En 1918 se abrió, por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, el Asilo Colonia de La Magdalena, con el nombramiento de Hermilio Valdizán en 1919 como residente primero y como Director después, en 1921. La fundación del Asilo, llamado desde 1930 Hospital "Víctor Larco Herrera", en homenaje a su benefactor, coincide con la reforma de la institución asilar con régimen laico y la modernización de los procedimientos de asistencia, obra en la que participaron de modo relevante Hermilio Valdizán, Baltazar Caravedo Prado y Sebastián Lorente de Patrón. Desde entonces y por muchos años el Hospital "Víctor Larco Herrera" fue el único centro especializado para el tratamiento de las enfermedades mentales de todo el país. Pronto sus instalaciones resultaron estrechas para dar cabida a los enfermos provenientes tanto de la Metrópoli cuanto de los otros Departamentos de la República.

Desde entonces la asistencia psiquiátrica, mayormente reducida a Lima Metropolitana, no siguió un curso progresivo de descentralización, como fuera propuesto, por consejo de Baltazar Caravedo Prado, por el Representante por Arequipa Dr. Elías Lozada Benavente al Congreso Constituyente en 1936 (2). Así, sin planeación ni desarrollo, el problema de la asistencia de los enfermos mentales se limitó en cantidad a los escasos recursos existentes y lamentablemente varió en calidad, disminuyéndola, sobre todo a finales de la década del 40 y la primera mitad de la del 50, época en que los pacientes sobrecolmaron la planta física, en condiciones de hacinamiento, que limitaba grandemente el propósito de los profesionales del Hospital "Víctor Larco Herrera". Intereses personales y des-

entendimiento por parte de las autoridades del Sector Salud impidieron, por ejemplo, la apertura en 1940 de lo que debió ser el complemento del Hospital "Víctor Larco Herrera", como centro de rehabilitación para los pacientes de mediana y larga permanencia, impidiéndose de esta manera que el único hospital nacional recuperara el espacio necesario para la asistencia, con regímenes activos, mayormente de los pacientes agudos, evitando de este modo la cronicidad.

Más de veinte años después el local construído y terminado en 1940 en parte del Fundo "El Asesor", fue destinado, como un nuevo hospital psiquiátrico —con ochenta pacientes crónicos recuperables seleccionados de los distintos Pabellones del "Larco Herrera" por su propio fundador, Humberto Rotondo y colaboradores inmediatos—, a la asistencia autónoma de los enfermos en las diversas modalidades de tratamiento. De esta manera y durante muchos años funcionaron de manera paralela dos hospitales autónomos, sin vínculo de integración funcional, sin delimitación de áreas de trabajo, inclusive sin una elemental pero necesaria sectorización de la asistencia. La segunda oportunidad que tuvo el "Larco Herrera" de descongestionar sus servicios y atender de modo eficaz la creciente demanda efectiva, fue un proyecto también distorsionado: el Centro de Rehabilitación para Enfermos Mentales de Barranca, en el Fundo Bellavista, puesto en funcionamiento en agosto de 1973, con un grupo pequeño de pacientes procedentes del Hospital "Larco Herrera" y relacionados, por antecedentes laborales, al cultivo del campo. Cuando se revisa los documentos que antecedieron la apertura de Barranca, su cuidadosa planeación y las promisoras perspectivas que significaba disponer de un centro agro-industrial con ayuda de países amigos y con miras a su autofinanciamiento, el observador genuinamente comprometido con la realidad no podrá sino lamentar la enorme distancia entre las normas y principios que le dieron nacimiento y su penosa situación actual. Sólo durante un tiempo breve se hizo la selección de pacientes con criterio técnico y se dio cierto desarrollo al Proyecto, además de las aisladas ampliaciones que la improvisación aconseja cuando se pretende, mediante iniciativas personales, obtener dividendo político en una sociedad como la nuestra, en que la población urbana generalmente reacciona con rechazo, hostilidad y hasta franca aversión hacia sus enfermos mentales, principalmente a los evadidos de los hospitales especializados y cuya erranza cotidiana aprecia la comunidad en casi todos los lugares públicos, en patética demostración de su exclusión total

del organismo social, sin el reconocimiento mínimo de la condición humana.

Es en este escenario desalentador, creador de frustraciones para un cabal desarrollo de sus actividades profesionales, de por lo menos tres generaciones de psiquiatras, en que surge el Instituto Nacional de Salud Mental, merced a la atinada canalización de un interés centrado en un Proyecto de Salud Mental por parte del Gobierno del Japón, con miras a desarrollar un Centro Comunitario*. Esta fue la concepción que inspiró el Convenio: la creación del Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco", en el Cono Norte de Lima, amplia extensión densamente poblada carente entonces de atención especializada.

Cuando surge la idea audaz de transformar el Centro en un Instituto Nacional de Salud Mental, un crítico informado podría señalar que no se daba en el país condiciones objetivas para una Institución de esta naturaleza, desde que los Institutos como tales, es decir, con funciones ceñidas al ámbito conceptual estricto de centros de investigación, son patrimonio de países ricos y que más práctico hubiera sido sólo darle al Centro el carácter de un hospital psiquiátrico pequeño, para la atención de un segmento limitado de la población, de conformidad con los principios en que se sustenta la Salud Mental Comunitaria.

Las limitadas posibilidades de investigación, esto es, el conjunto de factores que desde la década del 50 despojan a los psiquiatras peruanos de su liderazgo en nuestro subhemisferio, parecían barreras infranqueables en la mentalidad de dirigentes comunitarios y de un número considerable de profesionales del campo de la Salud Mental. Así "contra esto y aquello" (Unamuno), superando el pesimismo y aún la ironía desalentadora de muchos, apoyamos al Ministro de entonces, Uriel García Cáceres, en su iniciativa que, pese a todos los inconvenientes, podría dar a la Psiquiatría Nacional un excelente instrumento para beneficio de nuestra comunidad y para recuperar, entre los países latinoamericanos, los niveles decorosos que le corresponde por la labor, discreta pero original y mantenida, de excelentes psiquiatras y no menos encomiables trabajadores en el campo de la Salud Mental.

* En Addendum I se hace la crónica detallada del desarrollo del donativo del Gobierno del Japón para un Proyecto de Salud Mental. En ella aclaramos distorsiones y falsas apreciaciones derivadas, de un lado, de la ignorancia, y de otro, de la mala voluntad de —por fortuna— pocos profesionales en nuestro campo.

Con la colaboración entusiasta de Renato Castro de la Mata y Kenny Tejada Tejada, asumimos ante el país la responsabilidad histórica de "dar el salto dialéctico" y crear el Instituto, en mérito de los antecedentes de la Psiquiatría Peruana, de la ejecutoria de sus cultivadores actuales y, en especial, en nombre del potencial contenido en las jóvenes generaciones de especialistas. El futuro juzgará si acertamos; en todo caso, por lo menos nos queda la satisfacción de haber ejercido, conforme lo quería Kant, la mejor pedagogía, "la pedagogía del error" que enseña tanto como la de la verdad.

Mientras los recursos de atención especializada se mantenían casi estacionarios, el país en general experimentaba cambios notables, el más significativo de todos la variación demográfica en número y ubicación, por el fenómeno migratorio favorecido por un centralismo a ultranza, sin desarrollo activo de polos regionales generadores de trabajo en zonas apropiadas del país. El poblador campesino dejaba su tierra empobrecida en busca de mejor destino y creó, alrededor de las mayores ciudades de la Costa, principalmente de Lima, en su entorno inmediato o lugares próximos, avecindamientos marginales llamados antes "barriadas", rebautizados eufemísticamente después como "pueblos jóvenes" y hoy denominados con mayor propiedad "asentamientos humanos". En cuatro décadas de crecimiento incesante varió de modo radical la conformación de las principales ciudades de la Costa señaladamente de la Capital. Sin acceso a la casi nula demanda de trabajo, sin el nivel educativo mínimo, "el hombre marginal de la urbe" creó, al lado de su humilde morada, los recursos mínimos de convivencia social, adaptó los modelos de trabajo solidario de sus pueblos de origen y desde un sistema de sociedad de producción, satisfizo primarias necesidades, invadió el casco urbano y, a través de la informalidad, ante la incapacidad ordenadora de un poder público carente de criterio previsor, estableció su propia política de crecimiento urbano y, después de lograr sacrificadamente los recursos básicos de subsistencia, exigió al país el reconocimiento de su "espacio habitado", transformados algunos en distritos con capacidad de decisión y economía paralela ajena a la economía fiscal, sin control ni imposición tributaria alguna. Los índices demográficos marcan así la disminución acelerada de la población rural en beneficio de lo que puede denominarse "población rur-urbana", producto de una caótica migración sin organización (ver más adelante "Migración y Salud Mental"). Entonces el perfil de las ciudades cambia, se "ruraliza" y sus habitantes exhiben sus comportamientos ancestrales que incomodan

a los pobladores tradicionales que, lejos de buscar los modos de entender el fenómeno, con mucha frecuencia reaccionan de modo violento y excluyente. Es en este panorama social en el que aparece una conducta agresiva, insólita en la personalidad básica de indios y mestizos, más bien propensos a la sumisión y el conformismo. Un fenómeno terrorista limitado antes a las comunidades olvidadas y casi inaccesibles de Ayacucho, se extiende riesgosamente a otras comunidades de nuestra serranía, en procura de un eje andino de expansión. Por otra parte, el desempleo y el subempleo generan otras formas de conducta antisocial, que hacen que los pobladores de las ciudades gradualmente tengan que convivir con la violencia, la extorsión y una indefinida pero siempre presente amenaza potencial.

Con este panorama social de fondo, lo que sorprende es que no se haya dado, con más frecuencia e intensidad, desórdenes psiquiátricos característicos de la movilidad geográfica, del desarraigo, del forzado nuevo estilo de vida, lo que revela que en nuestra población en general existe una desconocida reserva emocional y una capacidad de resistencia frente a los factores psicosociales estresantes nunca supuesta y que los vínculos solidarios y cooperativos, característicos de sus lugares de origen, son aún importantes factores de reaseguración en un sistema externo de aparente sometimiento a la norma, pero que encubre una inquietud rápidamente desbordante, experiencia casi cotidiana de todos los que conformamos los contradictorios estamentos de la sociedad peruana.

Observaciones similares se han señalado en las poblaciones de otros países del Tercer Mundo. Frantz Fanon, representativo de este modo de entender la realidad, en su célebre y actualísima obra *Los condenados de la tierra,* señala taxativamente: "La condición humana, los proyectos del hombre, la colaboración entre los hombres en tareas que acrecienten la totalidad del hombre son problemas nuevos que exigen verdaderos inventos". Más adelante agrega: "Un diálogo permanente consigo mismo, un narcisismo cada vez más obsceno, no han dejado de preparar el terreno a un cuasidelirio, donde el trabajo cerebral se convierte en un sufrimiento, donde las realidades no son ya las del hombre vivo, que trabaja y se fabrica a sí mismo, sino palabras, diversos conjuntos de palabras, las tensiones surgidas de los significados contenidos en las palabras" (3).

Si los recursos de asistencia psiquiátrica eran ya deficitarios hace 50 años, en la actualidad lo siguen siendo en mayor medida desde que la demanda espontánea ha crecido. Pero de entonces aho-

ra ha variado las modalidades de atención de los enfermos mentales merced a los progresos de la Psiquiatría, principalmente en técnicas quimioterápicas, que han revolucionado los criterios asistenciales tradicionales centrados en el aislamiento, en el establecimiento especializado —reservando estos últimos solo para los casos de extremada desorganización, de diagnóstico dilemático o de pacientes refractarios a los tratamientos usuales—, lo que permite poner en marcha modelos innovadores que no segregan a los pacientes de sus vínculos con la realidad social, sino que los mantienen, sea en remisión total o en remisión social —esto es sin síntomas que impidan la convivencia social—, no solo integrados a la familia sino incorporados gradualmente a los sistemas productivos que no hacen del enfermo mental crónico una carga económica inmanejable, principalmente para las familias de escasos recursos.

El Instituto Nacional de Salud Mental tiene desde su creación una apertura comunitaria que empezó a funcionar dos años antes que la Institución abriera sus puertas a la comunidad y, de conformidad con las nuevas funciones de ámbito nacional que le confiere la estructura actual del Sector y la política de descentralización, apoya los centros extracapitalinos existentes para atender a las poblaciones geográficamente próximas, evitando así una modalidad de migración interna que es la que ocurre cuando una familia de nuestra serranía, en la creencia que su enfermo es incurable, se traslada integramente a Lima por falta de facilidades asistenciales en los centros de origen.

La época de los grandes hospitales psiquiátricos con largas permanencias, ha declinado definitivamente; el sistema de establecimientos pequeños y de departamentos especializados en los hospitales generales, articulados con una red de centros periféricos, permite un manejo evolutivo de la enfermedad en íntimo contacto con la comunidad.

Se supera así las tradicionales propuestas de organización de la asistencia psiquiátrica en base de grandes establecimientos especializados y se recalca la concepción de la Salud Mental en sus aspectos de promoción y se privilegia la prevención, el tratamiento precoz, la rehabilitación y la reinserción comunitaria. El Sistema Nacional de Salud Mental centrado en el Instituto como entidad normativa, programadora y evaluadora de este vasto campo especializado, involucra sin limitaciones tanto los lineamientos básicos de la política general del Sector cuanto los dimanados desde la realidad

específica de la Salud Mental, derivados de la experiencia de campo. No es por azar que estos lineamientos coincidan plenamente, desde que un proyecto general de fomento del bienestar humano y estímulo de sanos estilos de vida, es la única manera de integrar, con realismo, la salud mental en el trabajo cotidiano de la salud general. Los programas preventivos propiamente dichos parten de los mismos postulados y tienen por lo tanto la misma organización en los programas del Sector y en los específicos del Instituto. Igual coincidencia se da en la recuperación del capital humano mediante "tratamientos integrales", que permitan readmitir, lo más pronto posible, a los pacientes psiquiátricos, en remisión total o parcial, al aparato productivo del Estado.

Independientemente de las reformas tanto estructurales cuanto funcionales que requieren los hospitales especializados, los departamentos o servicios especializados de los hospitales generales, los centros autónomos de Salud Mental y la extensión de los programas de psiquiatría comunitaria hasta cubrir la mayor parte de la población urbano-marginal, se demandan acciones concertadas, con delimitación de áreas de influencia geográfica, con miras a la desconcentración y la sectorización de la asistencia. A nivel nacional, se tiene que integrar el Sistema de servicios psiquiátricos extracapitalinos con visitas frecuentes de evaluación, con el propósito de ampliar sus instalaciones y recursos humanos (estos últimos tanto en número como en calidad, a través de programas de rotación temporal en centros altamente calificados) y con el *desideratum* de establecer atención regional con los recursos actualmente existentes y los que necesariamente tienen que crearse. La nueva Ley de Bases de Regionalización ofrece la oportunidad de fomentar, en delimitadas áreas del territorio nacional, el desarrollo de los recursos existentes en una gradual estructura de delegación de funciones, en busca del efecto multiplicador y con una real integración de la salud mental con la salud pública general.

El modelo de Centro de Salud Mental Comunitario, con una integración funcional real con los recursos que en el mismo campo dispone el Instituto Peruano de Seguridad Social, las Beneficencias Públicas locales y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales*, puede iniciarse en las regiones o departamentos en que la colaboración tiene antecedentes y donde existen menos resistencias psi-

* El material que examina este libro se refiere casi exclusivamente al Sector Salud, esto es aproximadamente el 70% de la población nacional.

cológicas al programa de asistencia total a la comunidad sin distingo de las Instituciones involucradas, en especial para el fomento de un amplio programa preventivo de salud mental y desarrollo humano. Con miras a estos objetivos los Directivos del Instituto hemos realizado visitas de inspección y evaluación a Arequipa, Tacna, Puno, Cuzco, Jauja, Trujillo y Piura. Estan aún pendiente de evaluación los recursos de que dispone Iquitos, Ica, Chiclayo, Chimbote y Chulec. Los resultados de estas visitas, que serán analizados en publicación aparte, independiente de los objetivos primarios de generar fuerza motivadora susceptible de darle al Sistema capacidad amplia de convocatoria, deben efectuarse periódicamente, una o dos veces al año, con el propósito de examinar problemas regionales, recoger tecnologías y variantes generadas por las realidades estudiadas que puedan ser utilizadas en otros lugares del país y, sobre todo, galvanizar una nueva mística de servicio, indispensable fuerza espiritual para realizar en nuestra patria obra de verdadera transformación.

## REFERENCIAS

1. Para una revisión somera de la evolución histórica de la asistencia de los enfermos mentales en el país remitimos al lector a nuestro opúsculo *La Psiquiatría Peruana en sus Figuras Representativas,* Instituto Nacional de Salud Mental, Lima, 1985. Información adicional se encuentra en el fascículo primero de la *Historia Societaria de la Psiquiatría en el Perú,* Instituto Nacional de Salud Mental-Cátedra Honorio Delgado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1987. La *Historia Institucional de la Psiquiatría en el Perú* será desarrollada de manera detenida en un estudio en preparación.

2. CARBAJAL FAURA, Carlos L. (1983): "Descentralización de la atención psiquiátrica en el Perú". En *Psiquiatría Peruana/7,* Anales del VII Congreso Nacional de Psiquiatría, Talleres Gráficos P. L. Villanueva, Lima.

3. FANON, Frantz (1961): *Les damés de la terre,* Francois Maspero, París.

# PROBLEMATICA DE LA INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL EN EL PERU

# PROBLEMATICA DE LA INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL EN EL PERU

Por Alberto Perales C. *

## 1. *Introducción*

La salud del individuo, familia o nación, ha planteado la Organización Mundial de la Salud, no depende exclusivamente de condiciones biológicas sino, también, de factores psicosociales y otros, ajenos al campo de la medicina. En último análisis, la problemática de la salud se subordina a un nivel socio-político, sin disminuir la importancia de la medicina, sino destacando que en el quehacer de la salud hay áreas que no le son propias (1).

Por otro lado, paralelo al vertiginoso avance logrado por las ciencias médicas en los aspectos biológicos y tecnológicos, se distingue, en las últimas décadas, una nueva orientación y renovado análisis de los valores fundamentales de la salud (2). Sobre lo segundo, se destacan dos elementos de importancia:

1º El que surge de la propia naturaleza de la vida humana: el hombre, ser pensante, sujeto a vivencias dialécticamente interconectadas, a experiencias externas, interpersonales y de grupo, y sensible, además, a estímulos enriquecedores de orden espiritual.

2º La alarmante comprobación, a nivel mundial, del aumento gradual de la prevalencia del invalidismo, parcial o total, de seres humanos, como consecuencia de diversas enfermedades. En lo concerniente a Salud Mental, un informe técnico de la OMS señala que: "De los 400 millones de personas que en esta condición hay en todo el mundo, no menos de dos de cada cinco, han llegado a este estado por causa de enfermedades mentales o neurológicas o por las secuelas del alcoholismo o la dependencia de drogas" (3).

Desde esta perspectiva, al tomar conciencia la nueva medicina, apuntó lúcidamente C. A. Seguín en la Conferencia inaugural del IX Congreso Nacional de Psiquiatría: "Que su quehacer primordial no es luchar contra la enfermedad sino defender la salud, y que aquella depende más que del impacto del agente morboso sobre el organismo de la reacción de la persona ante dicho agente"

* Jefe del Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental.

(4). Ante esta realidad, el psiquiatra actual, a diferencia del de otras épocas, enfrenta un serio dilema: o escoge los límites firmes que el nivel biológico de la medicina le confiere y escotomiza el resto, o se aventura, también, a investigar los otros niveles de la persona, para lo cual, inevitablemente, requerirá de la ayuda decidida de otras ramas del conocimiento, especialmente de la Psicología, las Ciencias Sociales y afines. Por ello es necesaria una nueva conceptualización de la Salud Mental, planteada como enfoque amplio, multisectorial e interdisciplinario, que desborda el campo de la psiquiatría y la vincula al proceso de desarrollo humano.

2. *Importancia del enfoque conjunto de Psiquiatría y Salud Mental en investigación.*

Un modelo de investigación en esta perspectiva cumple un rol de importancia máxima en el desarrollo científico, socio-económico, y cultural de la nación. Conviene, por ello, establecer principios que la normen, a desarrollar políticas que determinen sus objetivos y regulen su actividad. Para ello, debe revisarse críticamente los conocimientos ya generados en otras latitudes y adaptar creativamente las soluciones logradas en otros países, adecuándolos a nuestras propias necesidades. Debe ponerse particular interés en aquellas culturalmente sintónicas, pues, las distónicas pueden ser, no sólo inefectivas, sino, con frecuencia, nocivas. Por otro lado, todo programa de investigación en psiquiatría y salud mental, debe integrarse al Plan de Desarrollo Nacional.

3. *Base política.*

Resumimos algunos elementos extraídos de documentos oficiales e institucionales del país.

3.1. La Constitución Política del Perú en sus artículos 15 y 19 (5).

3.2. En la vigente Ley Orgánica de Salud (D.S. 351) y las leyes de sus organismos públicos descentralizados (D. S. 352 al 355), se plantea la situación de salud del país en términos sociales (6), privilegiando a:

— Las poblaciones rurales, campesinas y las urbano-marginales;
— Las áreas geográficas de mayor depresión económico-social y de más bajos niveles de salud;
— Los grupos de mayor riesgo especificados en el inciso a) del Art. 71.

— Las enfermedades y estados susceptibles de control por mejor alimentación, saneamiento básico o inmunizaciones; y

— Los servicios de salud periféricos orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Es de relevar el Capítulo VI: De los organismos públicos descentralizados del Sector Salud, que según el Art. 28 dependen directamente del Ministro de Salud, entre cinco ubica en su inciso a) al Instituto Peruano para el Desarrollo de la Salud, como organismo encargado de la promoción y coordinación de una red de dependencias institucionales y de personas tanto en el sector público como del no público, que permitan vincular y fortalecer acciones conjuntas tendientes al desarrollo de recursos humanos en el sector salud; la investigación científica y social para el desarrollo de tecnologías apropiadas, la información sobre experiencias singulares relacionadas con los Lineamientos de Política del Sector Salud y la creación de opinión pública que permita transformar necesidades de salud de los sectores menos favorecidos, en demandas políticas para su mejor enfrentamiento (6).

3.3. El Manual de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" establece que su objetivo general es: "Producir ciencia, tecnología, recursos humanos y servicios en Salud Mental con el propósito de elevar y mantener la eficiencia del Sistema de Salud Mental en su población". De acuerdo al mismo Manual, entre once funciones específicas del Instituto, la prioridad está asignada a la investigación. Citemos las dos primeras:

"1. Investigar los diversos aspectos de la salud mental en el país que abarca desde características biológicas, psicológicas, sociales y culturales de su población hasta las particulares manifestaciones psicopatológicas y clínicas".

"2. Producir modelos e instrumentos para la organización y funcionamiento de servicios y la atención directa de pacientes y la comunidad en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria" (7).

3.4. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, en su Programación del año 1986, al establecer el orden de prioridades de sus programas nacionales para el desarrollo micro-regional, ubica concretamente:

"20º Salud Mental: alternativa temática. Es de hacer notar que en su programación de años anteriores, Salud Mental no figuraba en rol visible" (8).

Y entre las prioridades de su Plan 1986-1990, el CONCYTEC ubica entre 17 áreas seleccionadas, en primer lugar a la Alimentación y Nutrición; y en segundo, a Salud, Salubridad y Atención Médica (9).

3.5. Como es de conocimiento público, en julio de 1986 se decretó la Integración Funcional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social por medio del Decreto Supremo Nº 022-86-SA. El referido Decreto Supremo señala una serie de especificaciones en su respectivo reglamento. En él se señala la necesidad de realizar investigación en los mecanismos favorecedores de interferencias problemáticas que habrá de generarse en tal integración funcional (10). Ello destaca la necesidad de investigación operativa en esta área para lograr optimización de la capacidad funcional de los sistemas de salud.

3.6. Por otro lado, al igual que otros países miembros, el Perú es signatario del compromiso de logro de la meta social propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su Programa de Salud para Todos en el Año 2,000. El objetivo de este Programa, el más ambicioso que haya conocido la humanidad en el campo de la salud, no significa la aspiración utópica de la eliminación de todas las enfermedades de la faz de la tierra para tal época, sino que presupone el logro de determinadas metas (11).

En síntesis Salud para Todos es un concepto que encierra una forma de aplicación de un derecho humano —el derecho a la salud— dentro de principios de universalidad, equidad y justicia. Por otro lado, el concepto de estrategia de Atención Primaria de Salud es el instrumento indispensable para alcanzar dicha meta social.

4. *Priorización de la investigación.*

Las áreas o líneas de investigación extraídas de los documentos pertinentes que, aunque escasos en número en nuestro país, resumen la experiencia de claras inteligencias en este campo.

4.1. El Anteproyecto del Plan Nacional de Salud Mental (1975), señala en su sección de priorización de problemas y de proposiciones de políticas, las siguientes líneas en orden de importancia hace más de una década:

1. Carencia de principios rectores en la política de salud mental del país.

2. Anarquía y ausencia de dirección técnica en la política y los servicios de salud mental, en los diferentes niveles.

3. Insuficientes fuentes de financiación dentro del Sector Salud para el desarrollo de programas de salud mental.

4. Deficiencia de los recursos de planta física actualmente existente como:

   a) Falta de camas para pacientes agudos en hospitales psiquiátricos y generales.

   b) Sobrepoblación de los establecimientos psiquiátricos a predominios de pacientes crónicos.

   c) Escasez de camas para pacientes en programas de rehabilitación y en necesidad de protección prolongada y permanente.

5. Déficit cualitativo y cuantitativo de recursos humanos para la salud mental: profesionales y paraprofesionales.

6. Cobertura psiquiátrica restringida en el área urbana y ausente en el área rural.

7. Legislación psiquiátrica obsoleta (12).

4.2. Los Congresos Nacionales de Psiquiatría organizados por la Asociación Psiquiátrica Peruana que bienalmente congrega a los psiquiatras del país y resumen el avance científico de la especialidad. Las conclusiones y recomendaciones, que no podemos transcribir por razones de espacio, están contenidas en los Anales de los Congresos.

4.3. El Seminario Nacional de Investigación de Salud Mental en el Perú, que tuvo lugar en Lima en 1982, organizado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC), Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", congre-

gó a psiquiatras, psicólogos, sociólogos, enfermeras, economistas, estadígrafos y representantes de los centros asistenciales del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, así como del Convenio Hipólito Unánue, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad Nacional Federico Villarreal, Universidad Nacional de Arequipa, Universidad Nacional de Trujillo, Centromín Perú, Centro de Salud Mental "Moisés Heresi" de Arequipa, Escuela de Salud Pública y Clínicas Privadas. Dichos investigadores, que fueron 80, provinieron tanto de la capital cuanto de otros departamentos del país.

Los objetivos de realizar una evaluación de lo hecho en el país en los últimos 10 años, analizar las áreas críticas y priorizar la investigación en salud mental y establecer las proyecciones de esta última, se cumplieron a cabalidad mediante exposiciones, paneles, reuniones de grupos de trabajo, sesiones y plenarios (20).

En sus Conclusiones y Recomendaciones se señalaron las siguientes líneas de acción:

"1. *Prevención primaria de Salud Mental.*— Se ha recomendado estudios sobre el núcleo familiar, relación madre-hijo y relación maestro-alumno y familia. Igualmente sobre aspectos poblacionales infanto-juvenil, de tercera edad y grupos de alto riesgo, todo ello integrado en lo posible dentro del programa de atención primaria de salud.

"2. *Prevención secundaria.*— Se recomienda prioritariamente estudios sobre epidemiología psiquiátrica en las diversas regiones del país, acerca de poblaciones urbanas, urbano-marginales y rurales, considerando las diferentes culturas y diversos factores ecológicos en relación a las manifestaciones clínicas y a las respuestas a los tratamientos.

"3. *Prevención terciaria.*— Se recomienda investigación en invalidez psicológica, cronicidad y rehabilitación de las enfermedades mentales.

"4. *Subsistema de investigación en Salud Mental.*— Se recomienda su creación como parte del Sub-sistema Nacional de Investigación en Salud, el cual se reforzaría con la creación de una

Comisión Consultiva de Investigación en Salud Mental y de un Programa Nacional de Investigación en Salud Mental cuyo objetivo sea la búsqueda de un modelo de Salud Mental Peruano con carácter descentralizado.

"5. *Promoción de la investigación en Salud Mental.*— Se recomienda promover la investigación interdisciplinaria en salud mental en el país, creando las condiciones mínimas de trabajo para ello y proponiendo los incentivos significativos necesarios de orden económico, intelectual, académico y social.

"6. *Infraestructura para la investigación en Salud Mental.*— Se recomienda dar especial consideración a los siguientes aspectos:

6.1. *Recursos Humanos.*— Formación de nuevos recursos humanos para la investigación en salud dentro de un marco multi e interdisciplinario.

6.2. *Capacitación.*— En metodología de la investigación científica y tecnológica en salud mental.

6.3. *Recursos Financieros.*— Hacer uso de los ya existentes y propender a la búsqueda de otras fuentes.

6.4. *Sistema de Información y Documentación.*— Integrado al Sistema Nacional de Información y Documentación en Ciencia y Tecnología.

6.5. *Administración en Investigación Psiquiátrica.*— Dando la capacitación pertinente a recursos humanos calificados.

6.6. *Contacto con el poder de decisión.*— Mediante el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

"7. *Estandarización y validación de instrumentos para la investigación en Salud Mental.*— Para obtener resultados comparables y confiables, a partir de las investigaciones que se realicen en salud mental, es necesario poner énfasis en dichos aspectos.

"8. *Investigación en Psiquiatría Folklórica.*— Se recomienda estudiar la posibilidad de amalgamar científicamente la medicina tradicional con la académica en lo referente a salud mental.

"9. *Farmacodependencia y alcoholismo.*— Se recomienda el cumplimiento de los programas de investigación correspondiente,

en relación a estudios epidemiológicos y modelos de tratamientos y rehabilitación específicos (20).

4.4. El Programa de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", orientado por los lineamientos desarrollados en el citado Seminario de Investigación de 1982, propone para la formulación de proyectos de investigación los criterios siguientes:

1º Que corresponda a un problema de carácter nacional.

2º Que existan medios de factibilidad para su ejecución, y,

3º Que el resultado de su estudio tenga posibilidad de ser aplicado a la realidad nacional.

4.5. El Programa Nacional de Investigación de Salud Mental, elaborado en 1984 por una Comisión de Especialistas nombrada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, propone, entre los lineamientos de la política de investigación en salud mental, lo siguiente:

— Promover y asegurar la capacidad de los recursos de investigación en salud mental y, como consecuencia, asegurar la investigación y desarrollo tecnológico en este campo a nivel del país.

— Favorecer las actividades dirigidas a promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud mental en especial de la madre y el niño.

— Contribuir a la más eficiente utilización de los procedimientos psicoterapéuticos y de los recursos psicofarmacológicos.

— Colaborar a la optimización de los servicios de salud mental.

— Contribuir al desarrollo de la atención primaria de salud.

Y entre sus objetivos:

— Reforzar la capacidad para la investigación en salud mental a nivel del país.

— Conocer con la profundidad y extensión necesarias los problemas y soluciones de la salud mental en el marco de sus interrelaciones con la cultura y el desarrollo social y económico de nuestra realidad, con una priorización regional de las materias y tareas de investigación.

— Correspondiendo con lo anterior, establecer un Banco de Información de Salud Mental, con el fin de no repetir esfuerzos y enriquecer los estudios siguientes:

"Incrementar la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios de salud especializados, generales, y aquellos otros que, teniendo relación con la conducta humana —especialmente educativos— pueden contribuir a la prevención y reducción de los problemas psiquiátricos y psicosociales, incluyendo aquellos relacionados con la farmacodependencia y el alcoholismo, mediante nuevos conocimientos, tecnología y su correspondiente instrumentalización".

Señala además, una serie de campos y temas de investigación y sugerencias para la implementación del programa (22).

4.6. El Primer Congreso Sur Peruano de Psiquiatría realizado en Arequipa, en 1985, por la Asociación Psiquiátrica Peruana, también produjo conclusiones importantes (23).

4.7. En junio de 1986, el Instituto Nacional de Salud Mental en colaboración con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Salud, a través de su región departamental y la Corporación de Desarrollo de Puno, realizaron en dicha Ciudad el primer capítulo del Proyecto de Priorización de la Investigación en Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú. En dicho seminario, con la concurrencia de 54 profesionales de Puno, Cuzco, Lima y la participación de líderes de las bases de la comunidad puneña, se debatieron en 4 días los problemas más urgentes de dicha localidad. En trabajo multidisciplinario e intersectorial se logró dar la responsabilidad a la propia comunidad puneña de precisar lo que más necesitaba en materia de salud mental (24).

5. *Algunos problemas de la investigación en Psiquiatría y Salud Mental.*

La revisión de la literatura nacional especializada (25, 26, 27, 28, 29, 30, 31), de las conclusiones y recomendaciones de los congresos nacionales de psiquiatría (13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), la experiencia lograda en el Departamento de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM), merced a la evaluación de proyectos, asesoría técnica brindada a numerosos investigadores de diferentes disciplinas y, por último, los datos obtenidos de una encuesta organizada por el INSM para estructurar un censo de investigadores, nos ha permi-

tido detectar las siguientes áreas problemáticas que pasamos a describir en forma sucinta:

5.1. *Deslinde conceptual entre Psiquiatría y Salud Mental.*— El problema no tiene solo interés teórico sino enorme importancia práctica. La salud mental por definición intersectorial e interdisciplinaria, está siendo urgida por presiones sociales y políticas, a dar respuesta a varios problemas nacionales. Ante la escasa disposición del psiquiatra para asumir el liderazgo de este enfoque en nuestro país, se ha venido produciendo una velada y actualmente cada vez más abierta competencia por los roles directivos entre las otras disciplinas. La imprecisión de los perfiles profesionales con zonas de intersección y duplicidad de acción, vienen añadiendo crecientes conflictos, y en el campo estricto de la investigación, ya se observa que disciplinas no médicas plantean, entre sus temas de indagación, problemas estrictamente médicos y que, por ende, desbordan el campo de su competencia. El llamado de alerta que quisiéramos enfatizar, como ya se señaló, es que el psiquiatra debe asumir el liderazgo y responsabilidad que le competen y prevenir que tal estado de cosas se torne caótico.

5.2. *Escasa valoración otorgada a la psiquiatría, un poco más aunque siempre insuficiente, a la salud mental, en los niveles políticos de decisión.*— Debemos señalar al respecto que en todo los documentos oficiales que hemos revisado aparece el término salud mental y no el de psiquiatría. Y ello no depende de que sean tratados como sinónimos.

Se deduce que el enfoque de Salud Mental es considerado, de algún modo, como ligado a los planes de desarrollo, no así el de Psiquiatría, que aún mantiene la imagen, para los niveles políticos de decisión, de especialidad médica que sólo se ocupa de los enfermos mentales. Se agrega a ello, la ausencia de mecanismos operativos que conduzcan a los niveles pertinentes las recomendaciones técnicas para su implementación oportuna (17).

Debe señalarse, además, que en la lista de áreas priorizadas por el Sector Salud, actualmente no figura la Salud Mental ni la Psiquiatría.

5.3. *El escaso apoyo financiero otorgado a la investigación por las instituciones oficiales.*— Mal crónico en nuestro país,

aunque es bueno advertir que el problema no solo obedece a la falta de fuentes específicas de financiación sino, también, al desconocimiento de los propios investigadores de que tales fuentes existen y de los mecanismos respectivos para lograr tal apoyo. La gran mayoría de investigadores peruanos sufraga los gastos de sus estudios.

5.4. *La falta de capacitación en metodología de investigación de nuestros profesionales.*— Deficiencia que deriva de la inadecuada formación universitaria en este campo, que actualmente viene superándose a través de cursos de capacitación ofrecidos por el Instituto Nacional de Salud Mental y diversos centros, médicos y de otras disciplinas. En este afán, los Programas de Residencia de nuestras universidades han incorporado cursos específicos y la obligatoriedad de la presentación de trabajos de investigación y tesis de graduación al final de los mismos.

5.5. *La escasa consideración otorgada por los niveles administrativos, y concretamente, por los administradores* de las instituciones de Salud, al valor de la investigación como instrumento de desarrollo, no solo para la institución en la que se realiza, sino también, para el país en general.

5.6. *La insuficiente infraestructura para investigación con escasez de recursos humanos calificados y de apoyo técnico y logístico* y, particularmente alarmante, las dificultades de orden bibliográfico. A ello se suma la dificultad de mantener oportunamente informada a la comunidad científica del logro de las investigaciones nacionales por medio de un sistema de investigación ágil que estimule las inteligencias del país. En este sentido hay esfuerzos meritorios en cuanto a publicaciones médicas que cuentan con décadas de existencia, como la *Revista de Neuro-Psiquiatría* y la *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales*, a las que desde hace dos años se ha agregado *Anales de Salud Mental.* Aún así, la brecha de información es amplia, particularmente, por la dificultad de producir informes técnicos de investigación en número suficiente para su distribución al interior del país, en su contenido original.

5.7. *El modelo cognoscitivo asistencial,* tan enraizado en el psiquiatra peruano (así fue formado), y que insensiblemen-

te lo conduce a sumergirse en tareas asistenciales sin "encontrar el tiempo suficiente" para actividades de investigación.

5.8. *La ausencia de hábito, de la mayor parte de los psiquiatras peruanos, de trabajar colectivamente y en equipo interdisciplinario,* tendiendo en la mayoría de los casos a ejercer esfuerzos de índole individual.

5.9. *Las relaciones humanas* en conflicto entre los profesionales de diversas instituciones que impide la formación de redes de investigación que posibiliten esfuerzos de conjunto, con el consiguiente beneficio del intercambio de experiencias.

5.10. *La falta de una "atmósfera terapéutica" de investigación.* La investigación es una actividad humana y como tal requiere de un ambiente científico que permita a la formación de científicos dedicados a tal quehacer. El investigador peruano, que los hay valiosos y creativos, debe a la vez, ganar el sustento propio de su familia dedicando gran parte de su tiempo a otras actividades que absorben la mayor parte de sus energías.

Muchas de estas actividades son orientadas a la tarea asistencial, pública y privada, y a la docente. De este modo, la gran mayoría de psiquiatras peruanos debe mantener, concurrentemente, tres trabajos diferentes, aparte de la actividad de investigación, para poder subsistir. Así, la producción científica en nuestra área, aparte de resultar excesivamente difícil, sólo puede comprenderse si se considera que la motivación del psiquiatra peruano y su amor por la ciencia, deben ser muy intensos como para poder sobrepasar todas estas dificultades.

5.11. *El problema de "interfase".* En 1982, durante el Primer Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental, Sergio Zapata, al exponer su trabajo sobre "La investigación en Salud Mental en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en los últimos diez años", refiriéndose al producto científico logrado en dicho período, dijo con indignación:

"No importa que nadie hubiera leído resultados ni conclusiones; no importa que casi nunca estos resultados integraron el bien

común de la ciencia nacional y que por ello mismo éste haya adolecido siempre de mendicancia científica. Lo que decimos no es verbalismo vacío, lo podemos probar", continua Zapata: "En febrero de 1964 con el profesor Ruben Ríos, tuvimos la osadía de estudiar las 157 Tesis en cuanto a investigaciones psiquiátricas realizadas en la UNMSM: Tesis duplicadas, tesis casi nunca leídas, algunas de suma importancia, pero todas ellas pasto de ratas y polillas. ¿Será posible que para eso se investigue?"*

El problema de la transferencia del conocimiento a la aplicación práctica concreta, no es solo nacional sino mundial. Sin embargo, en un país en desarrollo como el nuestro, constituye lujo costoso. El producto de la inteligencia de connotados científicos peruanos, no es realmente utilizado y esa es una triste realidad. Culpar de ello a los organismos ejecutivos de turno, ya gubernamentales o de sociedades científicas, nos parece ingenuo e improductivo. El problema es tan importante y complejo que amerita estudios y análisis serios. Sólo para corroborar lo dicho, podríamos agregar que uno de los problemas que los participantes locales señalaron con insistencia en el Seminario de Puno, es que a pesar de las inversiones de dinero y trabajo en proyectos de investigación de variado orden y en diversos campos, practicados tanto por agencias nacionales como internacionales, la mayor parte del conocimiento logrado, no ha podido ser transferido a una tecnología utilizable por la propia población puneña**.

A título de reflexión propondremos un concepto extraído de la ciencia de la Información. Vaquero y Joyanes (1985), definen el término *interfase*, como "Frontera común de dos sistemas o dispositivos, *hardware y software*, necesarios para interconectar dos partes de un sistema complejo o circuito". Así, aplicando el concepto de interfase a nuestro quehacer, podríamos decir que, la frontera existente entre el conocimiento producido por la investigación y su aplicación práctica que debiera traducirse en retroalimentación al sistema estudiado, también constituye una zona de interfase entre el conocimiento científico y la realidad. ¿Qué ocurre en esta zona que la transferencia del conocimiento se ve interferida? Es una interrogante que amerita estudio y que en nuestra experiencia sue-

---

* En: ZAPATA, S. y RIOS, R. (1964): "Tesis e Investigación Psiquiátrica", *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Obrero de Lima, 3:* 13-16 (29).

** Seminario de Priorización de la Investigación en Salud Mental en el Perú, Capítulo Puno (julio, 1986).

le presentarse, con dolorosa claridad, como uno de los problemas más graves de la investigación en Psiquiatría y Salud Mental en nuestro país.

*Palabras finales*

Al realizar un examen crítico de la problemática de la investigación en el área de la Psiquiatría y la Salud Mental en el Perú, y relevar el aspecto más urgente de los problemas interferentes, se corre el riesgo de dejar la impresión que el panorama en este campo en nuestro país es desolador. Una visión en tal perspectiva no sería exacta. En el lustro de existencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", la experiencia recogida es plenamente positiva, particularmente en lo relativo a capacitación de investigadores así como en la producción científica (58 proyectos), cuyo análisis escapa al objetivo del presente trabajo y que será materia de otra contribución. A ello se agrega que cada vez con más exigencia se ha incluido en la *curricula* de estudios de los Programas de Segunda Especialización en Psiquiatría y de otras disciplinas, la obligatoriedad de la investigación científica y la presentación de tesis de graduación para optar el grado respectivo. Todo ello alienta la atmósfera científica en nuestro país, aunque es evidente que los problemas a los que nos hemos referido obstaculizan el desarrollo, no sólo de nuestra disciplina sino de la Nación.

Queda, pues, a los psiquiatras peruanos dirigir sus mejores esfuerzos a la solución de los mismos en aras de lograr un flujo ininterrumpido, entre conocimiento científico y su aplicación creativa a los urgentes problemas de Psiquiatría y Salud Mental de nuestra población.

Las últimas palabras deben ser dirigidas a insistir, una vez más, ante las autoridades gubernamentales de turno, sobre la enorme importancia que la actividad de investigación, particularmente en Salud Mental, cumple en el desarrollo de los pueblos, pues, en última instancia, el ser humano avanza en virtud del análisis y el apropiado uso de la experiencia que el contacto con su realidad le confiere. Y la investigación científica es la forma sistemática de acelerar dicho proceso.

## REFERENCIAS


1. TEJADA, D. (1986): "Atención primaria de Salud después de ALMA-ATA", *Escuela Nacional de Salud Pública, 1:* 9-11.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981): *Social Dimensions of Mental Health,* Ginebra.
3. OPS/OMS (1983): "Séptimo Programa de Trabajo (1984-1989)". *Programa Mundial a medio plazo. Programa 10: Protección y Fomento de la Salud Mental,* MNH/MTP.
4. SEGUIN, C. A. (1987): "La enfermedad como reacción", *Anales de Salud Mental,* Vol. III, Nos. 1-2 (en prensa).
5. ASAMBLEA CONSTITUYENTE: *Constitución Política del Perú* (Promulgada el 12 de julio de 1979), Distribuidora Valverde, Lima, Perú.
6. MINISTERIO DE SALUD (1985): *Ley Orgánica de Salud y Decretos Legislativos del Sector,* Lima.
7. MINISTERIO DE SALUD (1982): *Manual de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi",* Lima.
8. MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA. CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA (1986): *Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. Programación,* Lima.
9. CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA (CONCYTEC) (1986): *Lineamientos de Política Científica y Tecnológica para el mediano plazo (1986-1990),* Lima.
10. MINISTERIO DE SALUD (1986): *Ley de Integración Funcional de Servicios de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social,* Lima.
11. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1978): *Salud para Todos en el Año 2000,* Ginebra.
12. OPS/OMS (1982): *Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales.* Documento Oficial Nº 179, Washington, D. C.
13. ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA (1969): *Psiquiatría Peruana/I.* Anales del Primer Congreso Nacional de Psiquiatría (O. Valdivia y A. Péndola, Eds.), Lima.
14. ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA (1971): *Psiquiatría Peruana/II.* Anales del Segundo Congreso Nacional de Psiquiatría (F. Samanez, R. Ríos y M. Lemlij, Eds.), Lima.
15. ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA (1974): *Psiquiatría Peruana/III.* Anales del Tercer Congreso Nacional de Psiquiatría (A. Colmenares, O. Valdivia y J. Alva, Eds.), Lima.
16. ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA (1976): *Psiquiatría Peruana/IV.* Anales del Cuarto Congreso Nacional de Psiquiatría (S. Peña, O. Valdivia y J. Alva, Eds.), Lima.

17. ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA (1978): *Psiquiatría Peruana/V.* Anales del Quinto Congreso Nacional de Psiquiatría (O. Valdivia y E. Bazán, Eds.), Lima.

18. ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA (1981): *Psiquiatría Peruana/VI.* Anales del Sexto Congreso Nacional de Psiquiatría (C. Carbajal y E. Sánchez, Eds.), Lima.

19. ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA (1983): *Psiquiatría Peruana/VII.* Anales del Séptimo Congreso Nacional de Psiquiatría (J. Mariátegui y L. González, Eds.), Lima.

20. CONCYTEC, MINISTERIO DE SALUD E INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" (1982): *Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental en el Perú,* Lima, 30 de noviembre al 3 de diciembre de 1982.

21. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI", Departamento de Investigación (1982): *Programa de Investigación,* Lima.

22. CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA (1984): *Plan Nacional de Salud Mental.* Informe preparado por la Comisión ad-hoc, Documento mimeografiado, Lima.

23. ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA (1986): *Conclusiones y Recomendaciones del Primer Congreso Sur Peruano de Psiquiatría,* Arequipa. Documento mimeografiado.

24. CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA E INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" (1986): *Seminario de Priorización de la Investigación en Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú: Capítulo Puno.* Documento mimeografiado, Lima.

25. ENCINAS, E. (1942): "El papel de la investigación en el desenvolvimiento de la nacionalidad", *La Reforma Médica, 28:* 570-574.

26. MARIATEGUI, J. (1964): "Estado actual de la Investigación Psiquiátrica en el Perú", *Anales del III Congreso Latinoamericano de Psiquiatría* (C. A. Seguín y R. Ríos, Eds.), pp. 128-155, Lima.

27. MARIATEGUI, J. (1974): "Problemática del Psiquiatra en la investigación científica", *Revista de Neuro-Psiquiatría, 37:* 143-154.

28. SEGUIN, C. A. y MARIATEGUI, J. (1973): "Perspectiva de la investigación psiquiátrica en América Latina", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 21:* 175-185.

29. ZAPATA, S. y RIOS, R. (1964): "Tesis e Investigación Psiquiátrica", *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Obrero de Lima, 3:* 13-16.

30. ZAPATA, S. (1964): "La investigación en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima", *Anales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, 6:* 43-50.

31. CARBAJAL, C. (1982): "La investigación en Salud Mental en las Sanidades de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales en los últimos 10 años", *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, 43:* 180-187.

# EL INSTITUTO: CRONOGRAFIA DE SUS ACTIVIDADES

## CRONOGRAFIA DEL INSTITUTO EN EL QUINQUENIO

El Instituto fue creado para cumplir un Programa específico de salud mental en una área geográfica de influencia (Cono Norte), con extensión normativa, integrativa y evaluativa a nivel nacional. En páginas anteriores se ha explicado las razones que fundamentaron su creación y el análisis cronológico de sus actividades da cuenta de la progresiva ampliación de sus metas que, al cumplirse el quinquenio, dejan programadas, al lado de desarrollos intrínsecos, funciones de integración progresiva de alcance nacional en la forma de programas específicos, en la medida que el Presupuesto del Sector permita la incorporación de recursos humanos, mayormente de profesionales del campo de la salud mental. Es obvio que con recursos limitados no se puede cumplimentar, a cabalidad, objetivos que deben ceñirse a los criterios mínimos establecidos con propiedad por la Organización Mundial de la Salud y que responden a la experiencia de quienes, a lo largo de los años, hemos verificado, al lado de la adaptación de estos criterios a nuestra realidad, la inoperancia de la improvisación que, en el campo de la asistencia psiquiátrica, se traduce en la atención inadecuada de los enfermos y el consiguiente riesgo de cronicidad debido a insuficiencia institucional que al prolongar el tiempo de internación, favorece la desarticulación del paciente de los nexos familiares, fomentando su invalidez psicológica y social.

La vieja ecuación: un psicótico = una cama, ha declinado definitivamente y la tendencia actual está encaminada a la "deshospitalización" de los enfermos mentales, dejando la alternativa de la internación limitada a rigurosos criterios de admisión. Goffman, quien ha estudiado como pocos los establecimientos psiquiátricos como "instituciones totales", ha puntualizado los efectos agregados o sobrealienantes de las hospitalizaciones prolongadas y las frustraciones del personal que trabaja con personas "institucionalizadas", en ambientes aislados y a menudo insalubres. Sin detenernos a analizar este complejo problema, solo señalamos lo escrito para establecer que el modelo de asistencia centrado en la institución especializada es una forma anacrónica y que centros "cerrados" solo requiere un porcentaje reducido de enfermos mentales, ampliamente beneficiados por los progresos en psicofarmacología y las técnicas de readaptación social inter e intracomunitarias.

Primera prioridad en la asistencia de los enfermos psiquiátricos es beneficiarlos con los avances de la terapéutica y con las mo-

mente asistencial, el Departamento de Adultos y Geriatría ha asumido la supervisión de Residentes del Programa de Segunda Especialización de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y estamos prontos a recibir Residentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. No obstante que el Instituto, por su carácter, debe abocarse a la formación altamente especializada sin competir con la Universidad en la formación de los psiquiatras, viene colaborando activamente con ella. Nuestra Institución es también escenario de algunas actividades de pregrado de dos instituciones universitarias. Consideramos que esta tarea, por lo menos temporalmente, es necesaria para sensibilizar a los estudiantes de medicina en los aspectos de la especialidad y fomentar la vocación de psiquiatras, que como se sabe no cubren la demanda del país, lo que pone en serio riesgo la ampliación de la asistencia psiquiátrica estatal, principalmente la desconcentración de la misma fuera de Lima Metropolitana.

El Departamento de Niños y Adolescentes, dirigido por los doctores Verna Alva y Jorge Castro Morales, tuvo que iniciar sus labores asistenciales antes de lo previsto en virtud de la demanda espontánea de consultantes por debajo de los 18 años. Se atendió al 30 de abril del año inicial 544 pacientes nuevos con un total de 2,569 atenciones. A la cifra de consultas individuales debe agregarse, a partir de enero de 1983, la asistencia grupal. Asimismo, desde marzo de 1983, se atiende un grupo de adolescentes también con la modalidad grupal. El Departamento de Niños y Adolescentes tiene una activa participación en la formación de Residentes y en la enseñanza de Internos de Psicología y la práctica de alumnas de enfermería. Pese a la recargada tarea asistencial y docente, no se descuida la labor de investigación a través de proyectos que se encuentran en sus fases iniciales de desarrollo.

La actividad de proyección social y específicamente el Programa de Psiquiatría Comunitaria, concebido y conducido por el doctor Renato Castro de la Mata, que como se sabe precedió a la fundación del Instituto, ha continuado desarrollándose en siete Centros Periféricos correspondientes al Area Hospitalaria Nº 1. Desde el funcionamiento del Instituto el Programa de Psiquiatría Comunitaria ha ido completando sus Equipos de Salud Mental y se está evaluando el resultado de su trabajo que tiene un enfoque preferentemente preventivo. El número de consultas realizadas del 1º de julio de 1982 al 30 de abril, con el abultado guarismo de 14,171 da una imagen global de la labor cumplida desde la formación del Ins-

tituto. Es tarea urgente la evaluación de estas actividades que como se sabe se sustenta en sistemas de consultoría y en delegación de funciones a los diferentes miembros del Equipo de Salud Mental, buscando un efecto amplificador y disciplinando su tarea a los postulados de la Psiquiatría Social y Comunitaria.

El Departamento de Epidemiología y Programación jefaturado por el doctor Kenny Tejada, participa activamente en los trabajos de investigación preferentemente en los aspectos sociales y epidemiológicos. Su principal contribución ha sido, sin embargo, en esta etapa inicial de la organización del Instituto, la tarea documentaria, a partir del Manual de Organización y Funciones y que comprende una serie de procedimientos para normar el funcionamiento de los Departamentos, Servicios y Unidades del Instituto. Este Departamento participa en la Comisión del Ministerio de Salud encargada de la elaboración de las Normas de Salud Mental y tuvo una destacada actuación con motivo de la visita del Profesor Hiroshi Egawa, experto en Programación y Computación.

El Servicio de Neurología organizado por el doctor Alberto Arregui, cumplió una importante labor en su primer año. En su consultorio se ha atendido 112 pacientes y el Laboratorio de Electroencefalografía ha realizado 793 electroencefalogramas.

El Servicio de Medicina Interna y Cardiología conducido por el doctor Jesús Chirinos, ha presentado un interesante programa de investigación. Desde el comienzo de sus funciones, hasta la última semana de abril ha atendido a 157 pacientes nuevos con un total de 594 atenciones. La evaluación cardiológica se realizó en 54 casos y se efectuaron 303 atenciones al personal que labora en el Instituto.

El Servicio de Laboratorio y Psiquiatría Biológica, a cargo del doctor Aitor Castillo, tuvo una tarea inicial centrada en la recepción del equipo y material donado y el adiestramiento del personal en el manejo de los mismos, con la participación de los técnicos del Japón. El Laboratorio ha trabajado en colaboración estrecha con el Hospital Centro de Salud Docente del Rímac y la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El Servicio de Psicología ha cumplido una extensa labor clínica y de investigación. Es de relevar su participación en la tarea de Psicología Comunitaria cumplida con un número apreciable de consultas.

El Servicio de Farmacia, tras la organización del mismo y la elaboración del Manual de Funciones, ha confeccionado un Petitorio de Fármacos en cuya preparación han intervenido los diferentes elementos representativos del Instituto y la totalidad del Cuerpo Médico. Se dispone además de los Medicamentos Básicos, del grupo psicofarmacológico principalmente y de otros fármacos comerciales que permiten a los pacientes que se atienden en los diferentes servicios la adquisición de los medicamentos a precios menores que los del mercado.

Los pacientes indigentes han recibido medicación sin costo alguno, previo informe del Servicio Social. El 7 de abril de 1983 una Comisión *ad-hoc* revisó el petitorio de Medicamentos Esenciales, por sugerencia del señor Ministro de Salud, con el fin de incorporar los psicofármacos que justificadamente merecen estar a la disposición de los psiquiatras que atienden a una población económicamente débil.

La Unidad de Servicio Social, ha desarrollado una importante tarea con la organización inicial y la formulación de los procedimientos e instrumentos de estudio socio-familiar. Asimismo corresponde a este Servicio los planteamientos que han determinado la política del Instituto en lo que se refiere al costo de tratamientos. Es importante recalcar que a partir del mes de enero de 1983 se ha podido designar a dos asistentes sociales a fin de que integren los Equipos de Salud Mental del Programa Comunitario.

La Unidad de Enfermería, cuya actividad se centró inicialmente en la selección de personal, viene cumpliendo una importante tarea formativa además de las propias cumplidas por las enfermeras de los Consultorios Externos, la Visita Domiciliaria, el Taller de Comunicación, etc.

Siendo el primer contacto del paciente con el personal de enfermería, la tarea de criba y la adecuada motivación de los pacientes entrevistados ha sido una de sus principales labores. En la capacitación de las Auxiliares de Enfermería se ha utilizado las instalaciones del Instituto, además del campo clínico ofrecido por otras instituciones especializadas.

La Unidad de Computación desde su creación en agosto de 1982, ha cumplido una intensa labor en el estudio, mediante las técnicas mecanizadas, de trabajos de investigación, estando abocada en la actualidad a las actividades para el desarrollo de un sistema

de datos clínicos con las dos mil primeras historias clínicas del Instituto.

La Unidad de Estadística, desde la apertura de los Servicios intramurales, ha laborado sistemáticamente en la recolección y organización de los datos que nos permitan obtener en cualquier momento la información actualizada correspondiente. La mencionada Unidad produce mensualmente el Informe pormenorizado de las actividades desarrolladas en el Instituto, principalmente las clínicas y auxiliares, tanto de orden intramural como de tipo extramural, perteneciente a la atención en los Centros Periféricos. Con motivo de la visita de la Comisión Evaluadora Japonesa, presidida por el doctor Maasaki Kato, se preparó una información actualizada que ofreció la imagen de los servicios prestados por el Instituto a la comunidad en los primeros meses de su funcionamiento. Prepara en la actualidad, en estrecho contacto con la Unidad de Computación, el informe anual de estadística, el mismo que será revisado internamente para ser puesto en conocimiento de las autoridades correspondientes.

Las demás unidades han cumplido con sus responsabilidades en la medida de sus posibilidades. Es de relevar la labor realizada por las Unidades de Personal, Abastecimientos y Mantenimiento. Un Instituto como el nuestro, de funciones diversificadas y complejas, reclama personal calificado, competente, idóneo, responsable. Asimismo tanto la conservación de la infraestructura física cuanto de los equipos requiere de una atención especial y permanente. El Instituto, conciente de su responsabilidad, ha insistido reiteradas veces ante las autoridades correspondientes acerca de las medidas de conservación y principalmente de seguridad de la planta física. Cuenta la Institución con material de elevado costo, difícil de reemplazar en el mercado local, que debe ser cuidado, conservado, resguardado y mantenido. Se ha solicitado la perentoria ejecución de medidas de seguridad para los ambientes especialmente dotados de estos equipos. Lamentablemente, fuera de las medidas adoptadas en protección del Servicio de Farmacia, no se han efectuado aún las demás peticiones que siguen vigentes en toda su perentoriedad.

En relación a los equipos especiales con que contamos se ha creído conveniente la formación de la Unidad de Electrónica, que será incluída en la próxima edición del Manual de Organización y Funciones y que está a cargo del Ingeniero Pedro Fujii, quien retornara a Lima el 15 de diciembre de 1982, después de cumplir

un período de adiestramiento en el Japón de nueve meses de duración, enviado por la entonces Comisión Organizadora del Instituto. Esta Unidad tiene a su cargo el registro, la revisión, el mantenimiento y la reparación de los equipos con que cuenta el Instituto.

En lo relativo a los Organismos Funcionales de Coordinación se está estructurando un Comité Asesor Internacional que hasta la fecha congrega a los doctores Juan E. Mezzich, Germán Berríos Marca, Moisés Gaviria y Renato Alarcón. Este Comité debe ser ampliado con la inclusión de figuras representativas de la Psiquiatría Internacional, representantes de organizaciones internacionales, Universidades y Centros Especializados del exterior. Se están dando los pasos para conformar el Comité Consultivo Nacional que ha de prestar asesoría a la Dirección del Instituto.

El Comité de Coordinación y las Comisiones de Coordinación funcionan activamente desde que el Instituto abrió sus puertas con reuniones generalmente semanales que permiten un positivo intercambio de opiniones, así como generar las disposiciones adecuadas para un funcionamiento articulado de la Institución. Nos es grato señalar que con fecha 27 de mayo del año que examinamos, se instaló la Primera Junta Directiva del Cuerpo Médico del Instituto, presidida por el doctor Dante Warthon.

Al término de la primera etapa, con la recepción de la parte central del edificio, se hicieron los estudios correspondientes para su funcionamiento y seguridad y los reparos y observaciones pertinentes fueron puestos en conocimiento de las Autoridades correspondientes. La Primera Etapa debió complementarse por parte del Ministerio de Salud, con la entrega del equipo y mobiliario que de acuerdo al Convenio suscrito con el Japón corresponde a la Contraparte Peruana. Esto lamentablemente no ha ocurrido y sólo tras reiteradas demandas la Dirección de Infraestructura del Ministerio ha proporcionado algún mobiliario, por lo que se ha retardado el funcionamiento de algunos ambientes y se ha imposibilitado la puesta en marcha de servicios como el de Radiología. Por esta misma carencia, no se ha podido instalar a plenitud la Biblioteca, pese a contar, además de los libros donados por Cooperación Técnica, con otros aportes graciosos de colecciones de revistas.

El 10 de febrero de 1983, la Firma Constructora Japonesa hizo entrega de la Segunda Etapa de la edificación que consta de los pabellones de hospitalización, comedores, laborterapia, auditorio

y ambientes externos de recreación. Esta entrega, que se realizó en una actuación solemne realizada en el Instituto, en la cual el señor Embajador del Japón hizo donación oficial del edificio y sus instalaciones al señor Ministro de Salud, la Firma Consultora Nihon y la Empresa Constructora Taisei, cumplieron con entregar oficialmente la obra, confeccionada de acuerdo a los criterios de la Comisión Doméstica de este Proyecto que preside en Tokio el doctor Maasaki Kato. De inmediato los expertos y técnicos del Instituto procedieron a la revisión de estas estructuras y elevaron al señor Ministro un conjunto de recomendaciones importantes para el adecuado funcionamiento de los servicios y para el cuidado de la seguridad del paciente, de la actitud del vecindario, en general de la mejor utilización de las instalaciones.

Lamentablemente pese al tiempo transcurrido y a la visita de los técnicos del Ministerio, no se han efectuado los arreglos sugeridos, algunos de ellos fundamentales para el funcionamiento de los servicios. Tampoco coincidió la entrega de esta Segunda Etapa con el cumplimiento, por la Contraparte Peruana, del mobiliario, equipos y recursos humanos para hacer viable la puesta en marcha de los servicios de hospitalización. Hemos sido informados que ya se está procediendo a cumplir con este compromiso que no sólo obliga a nuestro gobierno a través de un Convenio suscrito con el Japón sino a la demanda acuciante de la comunidad nacional. Cumplido el equipamiento y el adecuado adiestramiento del personal seleccionado de todos los niveles, podrá admitirse pacientes en la modalidad de internamiento completo y posteriormente en hospitalización parcial.

Comentario aparte merece el Servicio de Emergencia. Como se sabe un servicio de este tipo tiene que ser cuidadosamente organizado para prestar asistencia inmediata y efectiva, ágil, discriminatoria en el sentido de evitar que sus instalaciones se transformen en "sumidero" de la más variada patología social, además de la estrictamente psiquiátrica, que abunda en nuestro medio. Por esta razón y por no contar con recursos de personal, se ha diferido el funcionamiento de este servicio hasta la puesta en marcha de las unidades de hospitalización, que por razones obvias tendrá que hacerse en forma gradual, teniendo en cuenta que debe cumplirse al mismo tiempo una función formativa del personal y mantenerse el principio de la asistencia activa inspirada en una política de estancias cortas de hospitalización.

Desde los orígenes el Proyecto que ha culminado con el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", se ha mantenido una relación estrecha con la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) formalmente representada por la Misión Japonesa que tiene sede tanto en el local central del Ministerio de Salud como en el Instituto. Es imperativo mencionar nuestro reconocimiento al primer Jefe de esa Misión doctor Shunichiro Hayashi, a cuya esforzada tarea se debe mucho de lo logrado en los plazos establecidos. Lo ha sucedido en la Jefatura de la Misión el doctor Kimpei Minobe, de cuya calidad de Experto se espera una contribución importante durante el tiempo de vigencia del Convenio que este Instituto desea prorrogar por un lapso adicional en beneficio de la Salud Mental y de la asistencia psiquiátrica en nuestro país. Por períodos variables, generalmente cortos, hemos recibido la visita de los siguientes Expertos japoneses: Ken Ohira, Hiroshi Egawa, Syuichiro Takagi. En la actualidad permanece entre nosotros el doctor Tadahiko Sato, interesado en problemas de Psiquiatría Social y están por venir otros expertos para el desarrollo de áreas poco conocidas o insuficientemente desarrolladas de nuestra Psiquiatría, de acuerdo a un cronograma establecido.

En reciprocidad, se han beneficiado con becas otorgadas por el Gobierno del Japón los doctores Renato Castro de la Mata, Héctor Tovar Pacheco, Aitor Castillo Durante, el Ingeniero Pedro Fujii, la Psicóloga María Rosa Busse. Actualmente se encuentran en ese país la doctora Judith Cabeza Noriega, en adiestramiento en Neurología Infantil y la señorita enfermera María Mendoza Vilca en preparación en Psiquiatría Comunitaria. Están adelantadas las gestiones para la obtención de becas para dos expertos, uno en programación y otro en computación, tanto para cubrir los requerimientos del Instituto cuanto para cumplir con el encargo del Ministerio de elaborar un Sistema de Información a Nivel Nacional en materia de Salud Mental.

En la semana del 12 al 20 de marzo de 1983, se recibió la visita de la Misión Evaluadora del Convenio, presidida por el Profesor Masaaki Kato e integrada por los doctores Toshio Otsuka, Masahiro Asai y Eiji Terasawa. Esta Misión revisó minuciosamente la edificación, observando el funcionamiento de los Servicios y sostuvo extensas reuniones con el Comité de Coordinación Ampliado del Instituto, evaluando detenidamente las funciones de Investigación, Docencia, Asistencia y Proyección Social que viene cum-

pliendo la Institución. El trabajo de esta Misión, intenso y fructífero, tal como consta en las actas de las reuniones, se vio inicialmente dificultado por no haberse variado el contenido del Convenio al transformarse el proyectado Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco" en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", modificación que debe realizarse y que entendemos está ya en proceso a nivel de la Comisión Doméstica del Japón. Superada esta dificultad inicial, los integrantes de la Misión pudieron dialogar con todos los profesionales del Instituto y los Jefes de Servicio y Unidades de Apoyo y en general podemos decir, tal como lo expresara el doctor Kato en su discurso de despedida, que la imagen obtenida fue satisfactoria al nivel actual de funcionamiento del Instituto. Preocupación grande de la mencionada Misión fue la fecha de apertura total de los Servicios y otros problemas de la asistencia psiquiátrica nacional, que los llevó inclusive a hacer una visita al Centro de Rehabilitación de Barranca, proyecto inconcluso para el cual, casi coincidentemente con la organización del Instituto, se solicitó la colaboración del Gobierno del Japón para la atención de los enfermos mentales de permanencia prolongada.

* * *

Entre las metas señaladas por el Convenio y la excelente disposición de los profesionales y demás colaboradores del Instituto, y las tareas cumplidas que a grandes rasgos hemos pretendido esbozar, existe una diferencia significativa.

De haberse cumplido con el cronograma estricto el Instituto, a estas alturas, debería estar prestando al país todos los servicios para lo cual fue creado, respondiendo de este modo no sólo a acuerdos formales sino a la expectativa de la comunidad nacional. Diversos factores derivados principalmente de las limitaciones en recursos humanos calificados y la crisis económica que aflige al país y que repercute en todos los ámbitos de su desarrollo, no han consentido la cumplimentación plena del proyecto y sólo ha sido posible realizar las tareas señaladas. Dotado de un presupuesto austero pero que cubra las necesidades esenciales, el Instituto pondrá en marcha pronto, gradualmente, los servicios actualmente no activos, señaladamente la hospitalización. Una organización que intenta funcionar con criterios definidos, sin dejar margen a la improvisación, toma tiempo, máxime si se pretende realizar una atención eficaz en lapsos limitados que impidan, desde el comienzo, las deforma-

ciones del "institucionalismo" que suelen afectar a la asistencia psiquiátrica.

El personal de nuestra organización es conciente de sus responsabilidades y tratará de superar sus limitaciones. El Instituto Nacional de Salud Mental significa una nueva etapa en el desarrollo de la Psiquiatría Peruana. Enfrenta pues un desafío que es un compromiso con la historia. A nuestros mejores augurios agregamos nuestras más afinadas disposiciones para el cumplimiento de esta tarea.

II. *Las realizaciones del segundo año* (junio de 1983-junio de 1984).

Para exponer ordenadamente los aspectos más relevantes de la labor cumplida por el Instituto en su segundo año de funcionamiento, dividiremos esta exposición en los siguientes acápites:

— Actividades del Departamento de Investigación y Docencia.

— Actividades del Departamento de Epidemiología y Programación.

— Actividades Asistenciales cumplidas en Adultos y Geriatría, Niños y Adolescentes en la modalidad de Consulta Externa.

— Actividades del Departamento de Adultos con pacientes hospitalizados; y

— Actividades de Proyección Social.

Finalmente daremos cuenta de manera sucinta acerca de las actividades cumplidas por otros Servicios y Unidades especificos.

*Investigación y Docencia*

Función primordial del Instituto como lo define su Manual de Organización es la investigación de los diversos aspectos de la Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica, tanto en lo que atañe estrictamente a la realidad nacional, cuanto a lo que, partiendo de ella, trasciende en sus alcances la realidad del país. El Departamento en mención, dirigido por el doctor Alberto Perales, organizó, en primer término, cursillos de capacitación, uno de ellos dedicado a la "Metodología de la Investigación", dictado por el Profesor doctor José Gálvez Brandon, Sub-Director de Investigación del Instituto Peruano de Seguridad Social, del 15 al 18 de julio de 1983; otro cursillo fue el de "Desarrollo Estadístico de Investigación",

dictado con la colaboración de los profesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia doctores Jaime García y Miguel Campos, con la participación de nuestro Jefe de la Unidad de Cómputo señor Joaquín Novara, en diciembre de 1983. Los proyectos de investigación fueron revisados periódicamente y el Comité Interno del Departamento, con un total de 10 reuniones, evaluó los proyectos presentados y publicó las recomendaciones correspondientes. Se desarrollaron también un conjunto de "Conferencias de Investigación" iniciadas a fines del año pasado y que tienen como propósito presentar al plantel profesional del Instituto el nivel evolutivo en que se encuentran los proyectos de investigación para generar así la apreciación crítica y estimular, dentro del Instituto, una "atmósfera de ideas" que de un ambiente creativo a las tareas que cumple la Institución. Aparte de esta actividad el mencionado Departamento ofreció supervisión personal y apoyo metodológico a 22 profesionales con un total de 193 reuniones. Debemos recalcar que las mencionadas reuniones de apoyo investigativo no sólo se cumplieron con los profesionales del Instituto, sino también con colegas de otros centros psiquiátricos empeñados en sus propios diseños de investigación.

Las intenciones de investigación, en número de 23, se han evaluado en cada una de las instancias de su proceso. Así los pre-proyectos del año pasado, se transformaron en proyectos, proyectos en curso y proyectos en análisis; tres fueron terminados y dos publicados. El compromiso con la Comisión Evaluadora del Japón que preside el profesor Masaaki Kato fue el de presentar, a fines de 1984, un mínimo de 4 trabajos terminados y listos para su publicación. Nos es grato señalar que merced a la capacidad organizativa y al sentido de responsabilidad del Jefe del Departamento y de los profesionales encargados de las tareas correspondientes, a fines del año en revisión, cumpliremos con presentar, como elaboración terminada y lista para su publicación, hasta 10 de los trabajos inscritos, cifra que supera con largueza la meta trazada en febrero de 1983 ante la Comisión Evaluadora presidida por el citado doctor Masaaki Kato. Debemos destacar que uno de estos trabajos, de tipo epidemiológico, iniciado en mayo de 1982, ha sido ya publicado como monografía en inglés y en japonés por el autor principal, Dr. Shunichiro Hayashi, con el apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón. Se está trabajando actualmente en la versión española de ese trabajo cuyo resumen fue presentado en el VII Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en Viena en julio de 1983.

Es importante señalar que se viene cumpliendo en estricto cronograma los trabajos restantes, que serán discutidos primero y publicados después, preferentemente en el órgano oficial del Instituto en actual organización que se llamará *Anales de Salud Mental.* El Departamento ha establecido también importantes conexiones interinstitucionales con el propósito de constituir el sistema de investigación correspondiente. Contamos por ahora dentro del sistema con 10 instituciones de investigación y de asistencia, a nivel nacional, y tres instituciones extranjeras (Universidad de California en Los Angeles, Universidad de Illinois y Universidad de Pittsburgh).

El Departamento de Investigación, con el apoyo económico de la firma Rhône Poulenc, publicó en 1983, un "Sumario de Artículos sobre Salud Mental" que fue profusamente distribuído entre los profesionales del área. Está próximo a entregarse el segundo número que ofrece un resumen de las publicaciones más importantes de la psiquiatría mundial.

En lo que concierne a las actividades cumplidas por el Departamento de Docencia, el Instituto ha continuado prestando supervisión a los Residentes del Programa de Especialización en Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Asimismo, ha sido escenario para el dictado de clases en las asignaturas de "Entrevista Psiquiátrica" y "Psiquiatría Clínica" de la mencionada Universidad. Aunque el Instituto debería ocuparse sólo de actividades de docencia superior a nivel de postgrado, hemos creído conveniente realizar también la docencia con estudiantes de medicina de las Universidades de San Marcos y Cayetano Heredia, para incentivar las vocaciones en nuestra disciplina, al mostrar una nueva y estimulante imagen de la asistencia psiquiátrica en el Perú.

Además el Departamento de Docencia ha cumplido con las actividades formales, habiéndose realizado en el año transcurrido 67 reuniones bibliográficas, 50 conferencias y 43 presentaciones clínicas. El personal profesional ha dispuesto de las facilidades para asistir a las conferencias y cursos de la especialidad realizados en otras instituciones.

Quizá los programas de enseñanza de mayor aliento serán los que se cumplan en un futuro inmediato con el auspicio y la financiación de la Organización Mundial de la Salud. En la semana del 7 al 10 de noviembre visitaron el Instituto el doctor Norman Sartorius, Director de la Dirección de Salud Mental de la Organi-

zación Mundial de la Salud y el doctor René González Uzcátegui, Asesor en Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud. Las mencionadas autoridades limitaron al Instituto su programa de visitas. En las reuniones de trabajo que se realizaron en nuestra Institución, después de revisar una serie de proyectos, se logró el apoyo para la organización de dos actividades con el auspicio académico de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El primero de ellos se refiere al desarrollo, durante 1984, de un Curso de Psiquiatría Infantil, de seis semanas de duración, dirigido a Residentes de Tercer Año de los Programas de Especialización en Pediatría, a los Residentes recién egresados de esos programas y en general a los pediatras jóvenes. El proyecto elaborado por el Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes está ya aprobado por la Organización Panamericana de la Salud. Para esa oportunidad, con ocasión de la apertura del Curso, se recibirá la visita de un especialista en psiquiatría infantil y con esa actividad el Instituto solicitará su designación como Centro Nacional de Colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Como es sabido el perfil demográfico de nuestro país agrupa a la población por debajo de los 14 años en el 42% de la población general del país. Se requiere por lo tanto otorgar a los pediatras, que son los profesionales que tienen acceso directo y frecuente al niño y su familia, las posibilidades de aconsejamiento preventivo y diagnóstico precoz de desórdenes emocionales y mentales para disponer el tratamiento inmediato.

La carencia de psiquiatras infanto-juveniles en relación a la demanda, nos ha conducido a proponer a la Organización Mundial de la Salud el desarrollo de un Curso de Psiquiatría del Niño y del Adolescente que se dictaría durante un año a los médicos que, habiendo concluído su período formal de adiestramiento en psiquiatría, deseen una formación especial complementaria en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Este Curso, en actual proceso de organización, tendrá también el apoyo académico de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y se dictaría a lo largo de 1985, con los auspicios de la Organización Mundial de la Salud, que enviará a lo largo del año profesores e investigadores de reputación internacional para colaborar en la enseñanza de algunos aspectos específicos de la Psiquiatría Infantil y del Adolescente, en especial en aquellos temas que nuestro plantel profesional requiere de mayor apoyo. El Curso será financiado por la OMS/OPS y tendrá carácter internacional pues es deseo de los directivos de las Organizacio-

nes mencionadas, extender becas a psiquiatras jóvenes de otros países latinoamericanos interesados en el mencionado Curso.

En la primera quincena de enero de 1984, el Instituto organizó un Cursillo sobre "Diagnóstico en Psiquiatría y Empleo del DSM-III", dictado por el doctor Juan Enrique Mezzich, Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh y Experto en el campo de la Nomenclatura Psiquiátrica. Para este cursillo, que se desarrolló utilizando las modernas técnicas educativas de que dispone el Instituto, se invitó a psiquiatras que ejercen fuera de Lima, en 5 departamentos de la República, además de un número limitado de especialistas pertenecientes a los hospitales psiquiátricos, servicios de psiquiatría de hospitales generales y Departamentos Académicos de Psiquiatría de las Universidades de Lima.

*Programación y Documentación*

El Departamento de Epidemiología y Programación ha continuado desarrollando los Manuales que norman las actividades de las unidades funcionales del Instituto. La apertura de los Servicios de Hospitalización ha dado oportunidad para la preparación de formatos especiales que permiten una fluída circulación de los pacientes y la obtención de las autorizaciones que se requieren para el manejo clínico y la aplicación de tratamientos y en general la formulación de la documentación necesaria para facilitar la tarea asistencial en el mínimo tiempo, de acuerdo a los criterios actuales, en el campo de la administración psiquiátrica. El mencionado Departamento ha prestado apoyo al Organismo Central y específicamente a la Dirección de Salud Mental en el grupo que ha elaborado el proyecto de Normas de Salud Mental y en la Comisión nombrada con posterioridad para la preparación del Anteproyecto de Ley de Salud Mental.

Los últimos días del mismo año recibimos, por segunda vez, la visita del profesor Hiroshi Egawa, experto japonés en Programación y Computación. El Jefe del Departamento doctor Kenny Tejada y el Jefe de la Unidad de Cómputo, señor Joaquín Novara, tuvieron intensas jornadas de trabajo para obtener el máximo beneficio para la Institución de los pocos días que duró la visita del experto. Con el doctor Egawa se ha bosquejado el Sistema de Información en Salud Mental que ha de permitir la reunión de los datos a nivel nacional relacionados con las actividades de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. En esa ocasión fuimos informa-

dos de una donación aparte de la obtenida por Colaboración Técnica, de un equipo de cómputo IBM serie I 4956C. El equipo en mención fue elegido por considerarse que esa marca es la que ofrece el mejor servicio de mantenimiento, aspecto de la mayor importancia en el funcionamiento de una Unidad de Cómputo. Con el mencionado equipo, estaremos en condiciones no sólo de satisfacer las necesidades del Instituto, Centros Periféricos y las demás instituciones de Salud Mental de Lima y provincias, sino que también podremos ofrecer apoyo a otros programas del Organismo Central y de Instituciones Universitarias. Dentro de las actividades del Departamento debemos mencionar que de conformidad con la programación elaborada con la Misión Japonesa, viajaron al Japón el doctor Kenny Tejada y el señor Joaquín Novara en goce de becas por tiempo limitado. La extensión de las becas, de dos meses, hubo de limitarse a sólo cuatro semanas en el caso del doctor Kenny Tejada quien por motivos personales tuvo que retornar al país antes de lo previsto. De todos modos, se ha reunido el material necesario para organizar en nuestro medio el sistema de información en Salud Mental y el técnico peruano se ha adiestrado en el manejo de la mencionada computadora que llegara al país a fines de 1984. El Ministerio de Salud ha asumido formalmente los gastos de mantenimiento del equipo en cuestión.

*Actividades del Departamento de Adultos*

El Departamento de Adultos y Geriatría, encargado al doctor Ignacio López Merino, ha desarrollado en el lapso objeto de esta información una importante labor tanto en la atención del Servicio de Consulta Externa cuanto en la organización de los Servicios de Hospitalización. Desde el funcionamiento de estos últimos, se ha designado a un encargado de la Jefatura de Consulta Externa, el doctor Dante Warthon, habiéndose registrado la atención de 881 pacientes nuevos con un total de 6,408 consultas. Se han afinado los criterios para evitar la repetición de atención y así disminuir el costo que genera la admisión de un nuevo consultante. Por la naturaleza de su función, el Instituto debe llenar algunas formalidades que comienzan con la preparación de una historia clínica completa, narrativa en su parte inicial y semiestructurada en la parte restante, que permitirá en un futuro próximo su procesamiento mediante computadora. En la tarea asistencial se ha empleado procedimientos que van siendo cada vez más familiar a los médicos; asimismo, los equipos de tecnología educativa de los que está provisto el Instituto.

La apertura de las 50 primeras camas de hospitalización en el 1er. Piso del Pabellón "B" ha permitido ampliar y complementar los programas asistenciales y de investigación del Instituto. Del 7 de marzo al 31 de mayo se ha atendido 65 pacientes de los cuales son 31 hombres y 34 mujeres. La estancia promedial ha sido de 15 días; y los diagnósticos más frecuentes han sido las psicosis esquizofrénicas, los trastornos neuróticos y las psicosis afectivas.

El modo de acceder a la hospitalización ha sido tanto por la Consulta Externa ordinaria cuanto por la Emergencia que por ahora se cumple en el mismo ámbito de la Consulta Externa. En todos los casos se han aplicado tratamientos activos que han permitido la pronta recuperación de los pacientes y su vuelta al seno de la comunidad. Además de los pacientes agudos que son los que corresponden a una Institución como la nuestra, se han internado algunos enfermos crónicos con sintomatología reactivada para cumplir un tratamiento durante la hospitalización corta y después reanudar la asistencia en condiciones ambulatorias. Los pacientes cumplen un programa terapéutico durante el día y es nuestra intención lograr una programación estructurada de acciones terapéuticas durante 12 horas en forma contínua. Se trata de desarrollar una filosofía de hospitalización que trate, en primer lugar, de evitarla y cuando ella se produce, al tiempo que se formule el diagnóstico del paciente se establezca tentativamente el tiempo de internación y las medidas sociales que permitirán su rápida aceptación por la familia al producirse el alta. Ello supone una actividad que involucra a todos los miembros del equipo de salud mental, para movilizar y activar los recursos familiares y comunitarios, en beneficio de los programas de tratamiento estrictamente psiquiátricos en el sentido tradicional del término.

Se tiene previsto, para agosto del año que revisamos, la puesta en marcha de 50 camas más de hospitalización para adultos en el Pabellón "B". Para el efecto, se está preparando personal y se espera disponer de un número adicional de enfermeras y auxiliares de enfermería para la puesta en actividad de estos servicios. En esa forma, durante el año 1984, el Instituto habrá cumplido con poner en servicio 100 camas de las 200 con que cuenta. Este gradualismo en la apertura de los servicios obedece a dos razones, la una técnica y la otra administrativa: En lo que se refiere a la parte técnica creemos de importancia el adiestramiento del personal en servicio, lo que toma algo de tiempo. En lo que se refiere al aspecto admi-

nistrativo, carecemos aún de mobiliario y de equipo indispensables para la habilitación de algunos ambientes del segundo piso del pabellón "B". Apenas esté satisfecha esta última carencia, estaremos en condiciones de poner en función el número de camas señalado.

*Actividades del Departamento de Niños y Adolescentes*

El Departamento de Niños y Adolescentes, a cargo del doctor Jorge Castro Morales, ha realizado una importante labor en lo que se refiere a capacitación del personal y a la elaboración de la documentación indispensable y complementaria para las Historias Clínicas. En lo que concierne a docencia ha colaborado activamente en la enseñanza de pregrado y principalmente en la de postgrado del Programa Académico de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Para los fines de la enseñanza se han realizado video-grabaciones que ilustran, desde nuestra propia perspectiva, la casuística que se atiende en el mencionado Departamento. En el aspecto asistencial se ha registrado la atención de 637 pacientes nuevos y un total de 4,989 consultas, habiéndose realizado asimismo actividades de psicoterapia con un total de 834 atenciones.

Este Departamento ha organizado también grupos de pacientes con la modalidad de internación parcial, destinado a niños que permanecen toda la mañana en el pabellón de hospitalización cumpliendo un intenso programa terapéutico. El Departamento cuya actividad revisamos ha organizado además actividades de proyección a la comunidad a través de charlas de divulgación dadas diariamente a los padres de familia en la sala de espera del Servicio; existe, por otro lado, un programa de visitas domiciliarias a cargo de Enfermeras y Asistentes Sociales, dirigido a asegurar el seguimiento de los pacientes, la modificación del entorno familiar o la indagación de los motivos de ausentismo.

Como era de esperar, el Instituto ha tenido que atender la demanda de internación de pacientes adolescentes en las salas destinadas a los adultos. Los adolescentes disponen de dos salas con una capacidad de 50 camas ubicadas en el pabellón "A" del Instituto. Actualmente se está organizando las mencionadas salas que esperamos poner a disposición de la comunidad tan pronto como se cuente con los recursos humanos debidamente adiestrados y en número suficiente.

Mención especial merece el problema de la farmacodependencia que se da preferentemente en adolescentes y adultos jóvenes. El

Instituto debe dar una respuesta, a la vez científica y pragmática, a este severo problema de Salud Mental. Se proyecta crear una unidad especial para la atención de estos pacientes una vez que el Instituto haya diseñado una metodología de asistencia que comprenda la movilización activa de los sectores no médicos, sociales y familiares, tal como lo exige el afronte ecológico de esta problemática. El asunto de la farmacodependencia debe manejarse con sumo cuidado, analizando las alternativas a la hospitalización total y evitando el modelo estrictamente médico que, si bien es importante en una primera etapa, en las posteriores se requiere de actuaciones intrafamiliares y comunitarias que exigen un manejo especial.

*Actividades del Programa Comunitario*

Las actividades en el campo de la psiquiatría comunitaria se han continuado con todo vigor a pesar de las dificultades inherentes a la falta de personal tanto de enfermería como de psicología y servicio social. Las acciones llevadas a cabo por el personal del programa contribuyen abundantemente al número total de las atenciones del Instituto. Entre junio de 1983 y mayo de 1984 se han realizado 20,136 atenciones; 1,138 estrictamente médicas y el resto acciones de enfermería con el sistema de consultoría que permite la delegación de funciones con el consiguiente efecto multiplicador. Dentro de las acciones más genéricas de proyección a la comunidad, la sección de Psicología Comunitaria ha dictado un Curso de Capacitación en Problemas de Aprendizaje para Profesores de Primer Grado en coordinación con la Dirección Zonal 02 de Educación. Personal del programa interviene en tres proyectos de investigación del Instituto. El servicio de Centros Periféricos está ahora supervisado por una enfermera, María Mendoza, quien ha retornado recientemente del Japón, después de permanecer un año especializándose en enfermería psiquiátrica comunitaria.

*Laboratorio de Psiquiatría Biológica*

El Laboratorio de Psiquiatría Biológica ha atendido un número importante de pacientes (209 en el año 1983) y se ha realizado, en el mismo lapso, alrededor de medio millar de análisis de rutina. En la fecha se ha montado la técnica fluorométrica para dosaje de cortisol plasmático y se ha adelantado en los procedimientos para el dosaje de anticonvulsivos a través del método de cromatología líquida. Se ha recibido el equipo y material donados por el Japón consistente en espectrofotómetro de absorción atómica, colector de frac-

ciones, medida de pH, congeladora, lavadora automática de pipetas y centrífugas de micro-hematocrito. Con el material recibido se podrá dentro de poco medir los niveles plasmáticos de psicofármacos, antidepresivos y antipsicóticos, litio y otros minerales. Gracias a una invitación del Laboratorio Rhône Poulenc, el Jefe del Laboratorio asistió al Séptimo Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en Viena en el mes de julio de 1983, tomando contacto con algunos investigadores en el campo cada vez más diferenciado de la Psiquiatría Biológica. Asimismo, se ha seguido los cursos sobre "Técnicas de Laboratorio para identificación de drogas en seres humanos", organizado por la OPS en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y otro sobre "Monitoreo de drogas" organizado por el Colegio Médico del Perú.

*Medicina Interna y Cardiología*

El Servicio de Medicina Interna y Cardiología, además de su labor asistencial que en 1983 ha consistido en el examen de 264 pacientes con 566 atenciones, ha realizado la evaluación de los pacientes hospitalizados y señaladamente el riesgo cardiovascular de los enfermos seleccionados para terapéutica electroconvulsiva. Durante la aplicación de este tratamiento se ha contado con la colaboración del Servicio de Anestesiología del Hospital del Rímac, centro al que servimos con envió frecuente de uno de nuestros electroencefalógrafos portátiles de 8 canales. La neuróloga-asistente de ese Servicio, doctora Judith Cabeza Noriega, de retorno de una beca de postgrado en el Japón de seis meses de duración para el estudio de la Neurología Infantil, se ha reincorporado ya al servicio.

*Radiología*

El Servicio de Radiología ha empezado a funcionar desde el mes de abril contándose sólo con un técnico en radiología quien toma las placas, las mismas que son informadas por el Jefe del Servicio de Radiología del Hospital del Rímac, doctor Miguel Costa, en una muestra más de colaboración existente entre nuestra Institución y el mencionado Hospital. En los dos primeros meses se ha atendido 50 pacientes con un total de 53 exámenes radiológicos.

*Psicología*

El Servicio de Psicología sigue cumpliendo una labor eficiente tanto en la actividad asistencial cada día más recargada cuanto en los proyectos de investigación y docencia. El Jefe y fundador del

Servicio doctor José Cunny con fecha primero de abril se ha retirado del Instituto por las exigencias cada vez mayores de su trabajo universitario. En estos días debe designarse un sustituto; mientras tanto, asumió la Jefatura del mismo la señora Nelly Saavedra.

*Servicio Social*

Por las características demográficas y socio-económicas de la población asistida en el Instituto, la participación del Servicio Social es de singular importancia. Además del estudio social de los pacientes y sus grupos de pertenencia, el Servicio Social ha cumplido funciones relevantes en el programa comunitario con una serie de acciones de intervención y movilización de organizaciones sociales, además de tareas de apoyo a la investigación y a la docencia. Pese a la limitación de recursos humanos, la Unidad de Servicio Social ha realizado una tarea realmente significativa.

*Enfermería*

La Unidad de Enfermería ha orientado sus acciones hacia la formación de personal capacitado en el ordenamiento de las actividades específicas de la enfermería en Salud Mental. Se ha logrado así un personal competente, identificado con los fines de la Institución y participante activo en las diversas secciones del Instituto. La apertura de la hospitalización ha servido como una prueba de la calidad del personal de enfermería. Es de señalar que el personal de este Servicio se ha adecuado a las exigencias de los Programas de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica que exigen de la enfermería polivalencia de roles y sensibilidad social para su intervención en la comunidad.

*Farmacia*

El Servicio de Farmacia ha colaborado cabalmente con el Cuerpo Médico en la disponibilidad de los fármacos que requiere la atención de los pacientes sin recursos económicos y administrando con eficiencia el fondo de muestras médicas que una Fundación Alemana nos envía periódicamente merced a la generosa gestión del doctor Roberto Llanos, antiguo miembro del Núcleo Fundador del Instituto.

*Rehabilitación*

La Unidad de Rehabilitación, encargada al Jefe del Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, inicialmente fun-

cionó de manera provisional en un ambiente ubicado en una sala de Consulta Externa del Servicio de Adultos y Geriatría. En sus labores diarias desempeña funciones asistenciales, administrativas, docentes y de investigación. La acción principal está centrada en el Taller de Comunicación Grupal y en la consulta individual. El Taller de Comunicación Grupal, que funcionó una vez por semana en los tres primeros meses del año, a partir del cuarto lo hace dos días a la semana integrado con el grupo de actividades deportivas en las instalaciones del Instituto. El taller de Comunicación Grupal está conformado por un equipo multidisciplinario con la participación de médicos residentes del tercer año, dos terapistas físicos, un psicológo, un profesor de teatro, una enfermera, dos terapistas ocupacionales y una asistente social. Debemos señalar que de los once profesionales que integran el equipo, cinco de ellos ofrecen concurso *ad honorem*. El trabajo individual se realiza tres veces por semana atendiéndose a los pacientes derivados de los Departamentos de Adultos y Geriatría y de Niños y Adolescentes. Se han realizado un total de mil veinticuatro (1,024) atenciones hasta diciembre de 1983, con una asistencia promedial de ochentaicinco pacientes por mes y diez por sección grupal.

*Otras Unidades*

La Unidad de Electrónica ha cumplido un importante papel el último año en el mantenimiento de los equipos del Instituto, habiendo asumido la responsabilidad de su directo empleo principalmente de las instalaciones de tecnología educativa. Esta Unidad tiene un taller bien equipado y está dirigida por el Ingeniero Pedro Fujii, quien recibiera el adiestramiento correspondiente durante un año en el Japón.

Las Unidades Administrativas de Presupuesto y Contabilidad, de Personal, de Abastecimientos y Mantenimiento han desarrollado sus actividades en forma adecuada dentro de las limitaciones impuestas por la falta de manejo directo de Presupuesto y, en lo que se refiere a Abastecimientos, por la carencia de mobiliario y equipo que corresponde al compromiso del país conforme lo señala el Convenio de Colaboración Económica y Científica suscrito por el Perú con el Gobierno del Japón.

*Misión Japonesa*

En marzo de 1984 el Instituto recibió la visita de un equipo de evaluación integral de los proyectos de Cooperación Técnica Ja-

ponesa, presidida por el señor Yukio Harada, Coordinador Principal del Departamento de Planificación de la JICA y conformada por tres miembros más, Técnicos en áreas específicas como la coordinación económica y social y la evaluación del proyecto en general.

En lo que se refiere a la colaboración con la Misión Japonesa, podemos decir que se ha mantenido el mismo vínculo intenso de años anteriores. El doctor Kimpei Minobe, en su calidad de Jefe, ha asistido a todas nuestras reuniones de coordinación y está por dar término a la preparación de un folleto explicativo de las funciones del Instituto para el público en general y afiches que serán ubicados en diversas instituciones médicas de todo el país.

La Dirección de la *Revista de Neuro-Psiquiatría* obsequió al Instituto un número de ejemplares de la Separata de su sección Documenta que reseña las fases de desarrollo del proyecto que culminara con el funcionameinto del Instituto y presenta las actividades cumplidas en el primer año de su existencia. Además del doctor Tadahiko Sato, interesado en asuntos de Psiquiatría Social cuya permanencia entre nosotros ha sido extendida a su petición por un año más, el Instituto recibió la visita, en calidad de experto en la preparación de programas de salud mental mediante la televisión, del doctor Masaaki Murakami, quien durante los dos meses de su pasantía desarrolló una intensa labor, instruyó al personal nuestro en la adecuada utilización de los equipos y finalmente preparó un documental sobre el Instituto para ser exhibido por la televisora del estado peruano y en el Japón. El experto en Fisioterapia señor Hitoshi Sasakubo está desarrollando entre nosotros un interesante programa de rehabilitación y ha reforzado con su presencia nuestro equipo multidisciplinario.

*Biblioteca y anexos*

Desde que inició sus funciones el Instituto se ha contado con una Biblioteca que ha ido creciendo paulatinamente merced a los libros y revistas donados por la Misión Japonesa y por particulares. Esta Biblioteca dispone de algunas colecciones valiosas, entre ellas la colección de 20 años de la Excerpta Médica cedida en uso por el Colegio Médico del Perú. Tiene instalados equipos de lectura de microfilm y pronto contará con un importante donativo de libros que serán enviados por la Organización Panamericana de la Salud en atención a un listado preparado por el Departamento de Niños y Adolescentes. Estamos interesados en desarrollar un Centro de Información Científica que además de los tradicionales servicios de

biblioteca y hemeroteca, permita organizar otros recursos como la videoteca, filmoteca y colección de microfichas. El Instituto cuenta con un equipo de microfilmación que nos permitirá obtener material bibliográfico de difícil acceso, con el ahorro de espacio que significa la conservación de material científico en microfichas. El CONCYTEC nos ha ofrecido una de sus cinco terminales de información científica, lo que nos permitirá, de manera inmediata, obtener datos bibliográficos de los centros desarrollados de información científica en el mundo.

El Instituto ha recibido la petición de casi todos los establecimientos y servicios de psiquiatría del Sector Salud y de la Seguridad Social, encaminada a obtener nuestros Manuales de Organización y Funciones, tanto el general que involucra la función total del Instituto, cuanto los específicos que regulan el funcionamiento de Departamentos, Servicios y Unidades. Los hemos atendido con el mayor agrado y hemos puesto un especial interés en el apoyo documentario de los servicios que operan en otros Departamentos del país, los más necesitados de aliento y ayuda técnica.

Nuestro formulario de historia clínica, mejorado en su última versión, ha sido objeto de interés preferente por varias instituciones. Por lo pronto hemos recibido la petición formal del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" del Instituto Peruano de Seguridad Social para utilizarlo.

El Instituto ofrece toda la información y documentación que se le solicita, en particular la que ha sido probada en la práctica como eficaz. En lo que concierne a la elaboración de normas de Salud Mental, el Instituto ha colaborado con la Dirección de Salud Mental y esperamos en el futuro hacer más asídua nuestra asistencia.

Durante el año que reseñamos el Comité Asesor Internacional del Instituto ha ampliado su conformación con el agregado de nombres de distinguidas personalidades del campo de la Psiquiatría. Nos es grato anunciar que existe ya un apreciable número de psiquiatras del exterior dispuestos a colaborar con nosotros en tareas específicas.

*Comité Nacional Consultivo*

El 8 de junio del año reseñado, 1984, hemos instalado el Comité Nacional Consultivo que preside el Profesor Carlos Alberto Seguín e integran distinguidos psiquiatras y otros profesionales que conforman las ciencias de la conducta humana.

Se reunirá cada mes ordinariamente y puede ser convocado en forma extraordinaria a petición de la Dirección. El primer asunto a analizar en la sesión del mes de julio es el Programa de Investigación del Instituto.

El 5 de junio se firmó un Convenio entre nuestro Instituto y el Instituto de Investigación Nutricional para indagar conjuntamente los problemas nutricionales del país y su repercusión en el desarrollo psicológico y en la salud mental en general.

* * *

La creación y puesta en marcha del Instituto Nacional de Salud Mental, expresión de la liberalidad generosa del Gobierno del Japón y de la acertada iniciativa de la Alta Dirección del Ministerio de Salud, fue y sigue siendo un desafío a la capacidad de realización de nuestra gente. A la distancia de su Núcleo Fundador, lo que fue un ambicioso proyecto nos enfrenta ahora con la realidad de la tarea cumplida, quizá la más modesta o de menor lucimiento, de una obra de gran aliento cuya real perspectiva apenas si alcanzamos a apreciar.

Una memoria formal, necesariamente enumerativa y densa en información de distinto interés, difícilmente permite ofrecer la esencia misma o el mensaje fundamental que traduce la labor cumplida en una Institución como la nuestra, en permanente proceso de crecimiento, animada de una afirmativa voluntad de trabajo al servicio de la comunidad. En último análisis la síntesis cabal de la labor cumplida es más una experiencia emocional que una intelección de fácil formulación verbal. Creemos que en este caso como en otros, lo sustantivo rebasa la capacidad expresiva del adjetivo.

Las cifras de logros, la medida de los avances, son solo fríos ejercicios estadísticos si no abarcan la amplia gama de las experiencias humanas traducidas en todos los instantes y en todas las instancias de la vida institucional. Ocurre que, en el campo de la salud mental, todas la acciones del personal a su servicio tienen un aliento terapéutico, desde el gesto de cortesía del más humilde servidor hasta la más lograda formulación facultativa. Crear una atmósfera favorable al desarrollo de una disposición presente en cualquiera de nosotros es el sentido auténtico, la filosofía en que se inscribe nuestro quehacer.

Si algo personal hemos impreso a esta tarea ha sido la de animar el trabajo cotidiano, en estos tiempos difíciles, de una norma valorativa, o para decirlo en términos de la sociología moderna, de

una elevada moral de productores. Sabemos que el Instituto señala una nueva y fecunda etapa en la investigación de la salud mental, en la enseñanza y en la asistencia psiquiátrica en nuestro país. Todos nos hemos empeñado en ser dignos protagonistas de esta tarea histórica.

III. *Las realizaciones del tercer año* (junio de 1984-junio de 1985).

*Introducción*

El Convenio de Cooperación Técnica y Económica para el desarrollo de un Proyecto de Salud Mental suscrito entre nuestro país y el Gobierno del Japón el 20 de mayo de 1980, culminó en la fecha correspondiente de 1985. Desde 1983 la Alta Dirección del Ministerio inició las gestiones encaminadas a extender, por dos años más, el Acuerdo Básico sobre Cooperación Técnica, para contribuir al desarrollo pleno de los términos del mencionado Convenio, que dio origen al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Con este propósito, el objetivo esencial de nuestra visita al Japón en septiembre de 1984, fue presentar, a los representativos de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y a los directivos del Ministerio de Salud de ese país, los elementos de juicio para la evaluación de las actividades cumplidas por el Instituto, requisito insoslayable para darle curso formal a la ampliación solicitada. Asimismo, del 29 de enero al 10 de febrero de 1985, recibimos la visita de la Comisión Evaluadora Final del Convenio, presidida por el Dr. Takeo Doi. Después de un intenso trabajo de evaluación documentaria, operativa y sobre la realidad, la mencionada Comisión concluyó en el sentido de recomendar la petición de ampliación en atención a que los desarrollos logrados por el Instituto hasta esa fecha rebasaban la expectativa inicial, encomiándose "el singular esfuerzo creativo del personal del Instituto que cumple paralelamente funciones de investigación, docencia y asistencia de alta calidad", además del Programa de Psiquiatría Comunitaria, objetivo central del Proyecto original.

Finalmente el 20 de mayo, como resultado de las recomendaciones de la Comisión Evaluadora Final, se suscribió el Acuerdo de Ampliación, por un período de dos años adicionales, del Programa de Cooperación Técnica mediante la firma de un documento suscrito a nombre del Representante Residente de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón señor Yashuhiro Omine, del señor Vice-Ministro de Salud Dr. Luis Trelles Montero y el Direc-

tor del Instituto. Con el mencionado Acuerdo se abre para nuestra Institución un panorama promisor en el corto plazo, que permitirá el desarrollo total de las aetividades programadas y el afianzamiento de la posición rectora del Instituto, a nivel nacional, en la investigación, la docencia superior, la asistencia especializada y la proyección social en el campo de la salud mental.

Con este auspicioso exordio, nos es grato revisar de modo sucinto las tareas desarrolladas por el Instituto al cumplirse el tercer aniversario de su fundación.

*Investigación*

La investigación, primera prioridad del Instituto, se ha consolidado en el año transcurrido tanto en lo que se refiere a sus labores concretas cuanto en lo atañedero al perfeccionamiento de su estructura interna. Sobre esto último se han introducido cambios en el procedimiento de evaluación de los proyectos con la utilización de consultores expertos en la materia y la realización de las llamadas "Conferencias de Investigación", encaminadas a la presentación interna de los proyectos en desarrollo, en variado nivel de su curso evolutivo, al plantel del Instituto, con la finalidad de mejorarlos con las críticas y sugerencias enderezadas a lograr lo que el Jefe de este Departamento, Dr. Alberto Perales, ha llamado acertadamente "atmósfera terapéutica de investigación". Las reuniones de supervisión, mediante las cuales se ofrece apoyo metodológico a los profesionales en sus respectivos pre-proyectos y proyectos, en 1984 alcanzaron un total de 202 sesiones. De los 23 proyectos iniciales se han terminado 12 y con excepción de 2, interrumpidos definitivamente por causas no superables, los demás se encuentran en la última etapa de su culminación.

El Departamento ha elaborado, como conceptualización de su experiencia administrativa, el correspondiente Manual de Procedimientos que establece conexiones interinstitucionales tanto a nivel nacional cuanto a nivel internacional. Las conexiones nacionales incluyen entidades como el CONCYTEC, el AMIDEP, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el Instituto Nacional de Estadística, el Instituto de Investigación Nutricional, el Hospital Hermilio Valdizán, el Centro de Salud Mental del Cuzco, la Escuela Nacional de Salud Pública, el Hospital de Chulec en La Oroya, la Sanidad de las Fuerzas Policiales y la Clínica Psiquiátrica de Vitarte. Entre los vínculos con

el exterior se señalan los contactos con la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS), la Universidad de Los Angeles en California (UCLA), la Universidad y el Instituto Psiquiátrico de Illinois, la Universidad de Pittsburgh, la Universidad de Alabama en Birmingham y la American Society of Hispanic Psychiatry.

El Departamento de Investigación ha continuado publicando, con el auspicio de Rhône Poulenc, los "Sumarios de Artículos sobre Salud Mental", habiendo aparecido recientemente el último número (3-4) del volumen I que completa el año de 1983. Está en prensa un número único correspondiente a 1984 y a partir del próximo esta publicación, a la que se ha dispensado una acogida tan favorable entre los psiquiatras nacionales, tendrá un alcance latinoamericano, esto es, un amplio tiraje que ha de extender este singular esfuerzo de calificados miembros del Instituto a los colegas de esta parte de nuestro Hemisferio. Debemos recalcar que el éxito de esta publicación, es una expresión más del trabajo de su Director y su cuerpo de redacción, lo que explica el interés de la importante firma francesa que lo auspicia de extender el campo de su lectoría al ámbito hispano-parlante, para lo cual hemos solicitado, a las revistas que constituyen las fuentes de estos sumarios, la autorización correspondiente.

Un aspecto del mayor interés es la organización del Seminario de Priorización de la Investigación en el campo de la Salud Mental. La idea de realizar este Seminario nació de una sesión del Comité Consultivo Nacional, después de revisarse la labor cumplida por el Departamento de Investigación. Entonces resultó imperativa la necesidad de la priorización de las áreas de investigación de interés nacional y como el complemento insoslayable del Primer Seminario Nacional organizado por el CONCYTEC y el INSM en diciembre de 1982. El Comité encargado de su organización, presidido por el Profesor Carlos Alberto Seguín, Presidente del Comité Consultivo Nacional del Instituto, está trabajando activamente y con los resultados del Seminario se ha de detectar finalmente, en estricto orden de prelación, las áreas específicas de la Salud Mental en nuestro país que requieren nuestra indagación. Se trata del primer intento serio en este sentido en nuestro medio, lo que permitirá al Instituto responder a la pregunta de qué es lo que la realidad nacional exige esclarecer, para lograr, de este modo, la calendarización de la investigación de conformidad con las áreas sensibles detectadas y ofrecer así una contribución sustantiva a las demandas

acuciantes del país. Se sabe que la investigación, como actividad individual, es un esfuerzo creativo que debe ser estimulado plenamente; pero es indispensable, sobre todo en estos tiempos, propender a la planeación de la misma, que incuestionablemente ha de ordenarse de conformidad a las prioridades que la realidad nacional demanda. La Comisión Organizadora viene trabajando desde enero, se ha estructurado el programa preliminar y se ha realizado una encuesta entre los investigadores asistentes al Primer Seminario con el fin de evaluar el grado de influencia ejercido por dicho evento sobre los participantes. La fecha tentativa de la reunión está señalada entre la última semana de noviembre y la primera de diciembre del año 1985.

*Docencia*

Las actividades docentes durante el año transcurrido han estado a cargo, hasta septiembre de 1984, del Departamento de Investigación. Sólo a partir de entonces asumió la encargatura del mismo el Dr. Hugo Chávez Ortiz. Las actividades de este Departamento pueden dividirse en dos órdenes mayores:

1) Actividades docentes en general, y

2) Actividades de la Unidad de Capacitación.

Las actividades docentes en general comprenden las reuniones bibliográficas, las presentaciones clínicas, las conferencias regulares, los cursos y cursillos de postgrado y la docencia de pregrado. De enero a diciembre de 1984, se realizaron 23 reuniones bibliográficas, habiéndose encargado tanto a residentes del Programa de Segunda Especialización cuanto a psiquiatras de planta la preparación de las mismas; un resumen distribuido con anticipación facilitaba la más activa discusión del tema expuesto. Las presentaciones clínicas, durante el mismo lapso, en número de 40, estuvieron a cargo de los residentes del Programa de Formación de Psiquiatras de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El 75% de la casuística correspondió a adultos y el 25% a niños; también en este caso, para facilitar y enriquecer la discusión diagnóstica y la orientación terapéutica, se repartieron anteladamente los resúmenes de las historias clínicas. En lo que se refiere a las conferencias, 37 se realizaron en el año calendario, 16 por especialistas psiquiatras, psicólogos y neurólogos nacionales provenientes de otras instituciones, 16 por especialistas del Instituto y 5 por invitados extranjeros. Del 5 al 9

de noviembre de 1984 se dictó un Curso de Psicofarmacología Avanzada, animado por el Dr. John Davis, Director de Investigación del Instituto de Psiquiatría de Illinois y psicofarmacólogo de reputación mundial; además de las exposiciones formales se realizaron grupos de discusión y talleres específicos examinaron algunos proyectos de investigación psicofarmacológica. Participaron del Seminario psiquiatras invitados de otros servicios especializados de Lima y de algunos otros lugares de la República. Como una preparación anticipada, de julio a octubre del mismo año, se realizó un Cursillo de Psicofarmacología Clínica, destinado a los profesionales del Instituto y a los médicos residentes, con el método de conferencias y mesas redondas. En esta actividad, además del Departamento de Docencia, participó el Laboratorio de Psiquiatría Biológica y el Comité de Acción Científica del Cuerpo Médico del Instituto.

Organizado por el Departamento de Niños y Adolescentes, se realizó un Curso de Psiquiatría Infantil para Pediatras que se extendió del 5 de noviembre al 15 de diciembre de 1984. Contó con los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Sociedad Peruana de Pediatría. Este Curso, que fue de organización muy cuidadosa, fue seguido por 37 médicos, 16 de ellos residentes de pediatría y se revisó de modo sistemático la actualización de los contenidos más importantes de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Para un Curso de esta extensión, la mayor dificultad estuvo en el tiempo que tenían que dedicar los médicos-alumnos para su atención plena y ello explica la razón por la que habiendo sido previsto para 60 médicos sólo se contara con la asistencia regular de 37. Para la última semana del mencionado curso se contó con la presencia del psicológo clínico de la Universidad de Temple, Filadelfia, Dr. Philip Kendall, quien fuera distinguido como Profesor Visitante por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El Dr. Kendall concurrió como experto de la OMS/OPS, entidad auspiciadora que contribuyera con una suma de alrededor de 2,500 dólares para los gastos de material fungible del citado curso.

El Instituto pudo presentar un Segundo Curso Teórico-Práctico sobre Diagnóstico Psiquiátrico y empleo del DSM-III, por segundo año consecutivo, animado por el Dr. Juan Enrique Mezzich, Consultor de la Organización Panamericana de la Salud. Este curso que se realizó del 2 al 17 de enero de 1985, estuvo enderezado a cumplir las siguientes metas: discutir los aspectos esenciales de la

evaluación diagnóstica y los componentes mayores de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) y Tercera Revisión de la Clasificación de Desórdenes Mentales de la APA (DSM-III); familiarizar a los participantes con la correcta utilización del Formato de Evaluación Inicial, esto es, el instrumento esencial de la Historia Clínica del Instituto; incrementar la experiencia y destreza de los participantes en el empleo del Sistema de Diagnóstico DSM-III; y proveer la oportunidad para el intercambio de ideas acerca de las necesidades y problemas de evaluación diagnóstica en instituciones varias y en situaciones especiales. Lo siguieron alrededor de 70 profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicológos, asistentes sociales, enfermeras) tanto del Instituto cuanto profesionales invitados de otras instituciones especializadas del país. Presentado con ágil metodología, además de las exposiciones de estilo y las discusiones clínicas, el componente experiencial estuvo dado por varias sesiones prácticas en las que los participantes pudieron ejercitar sus habilidades diagnósticas con historias clínicas seleccionadas. El empleo de la video-grabación y otros recursos de tecnología educativa, facilitó grandemente el desarrollo de este curso que desearíamos repetir, también con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, en 1986, esta vez con la concurrencia de algunos colegas latinoamericanos becados con este propósito.

Finalmente, del 9 al 15 de abril de 1985 se desarrolló el Curso de Psiquiatría Comunitaria, dictado por el Asesor Temporal de la OPS Dr. José Arana Gallegos, quien además del curso formal, que contó con una asistencia que superó todas las previsiones (más de 150 concurrentes), con un número apreciable de psiquiatras de Lima y de otros Departamentos de la República, realizó una evaluación de nuestro Programa de Psiquiatría Comunitaria, con repetidas visitas de trabajo a los Centros Periféricos, y contribuyó a la preparación de un instrumento para la evaluación permanente de este tipo de trabajo. Debemos señalar que la evaluación del trabajo que cumple el Instituto en la periferia del Cono Norte de Lima Metropolitana, por un experto en el área, es altamente positiva y estimulante para los profesionales que cumplen esta labor, desde luego perfectible en varios aspectos de su *praxis*.

Con ocasión de la visita de la Comisión Evaluadora del Convenio, el Departamento de Docencia programó dos interesantes actividades con los psiquiatras japoneses visitantes. Así, el doctor Takeo Doi, disertó sobre el concepto de "amae" y su importancia en

la psicología y psiquiatría japonesa, y el doctor Masahiro Asai actualizó el tema de la problemática de la memoria y sus perturbaciones psicopatológicas.

En lo que se refiere a la docencia de postgrado, el Instituto ha realizado tareas con los residentes del Programa de Segunda Especialización de las Universidades Peruana Cayetano Heredia y Nacional Mayor de San Marcos. El Instituto es una de las sedes para el desarrollo del Programa de Formación de Psiquiatras de la UPCH, contando en su presupuesto con seis plazas para residentes a las que se agregan siete pertenecientes al mismo Programa cuyo presupuesto corresponde al Hospital Víctor Larco Herrera. El incremento notorio de interés por nuestra especialidad, que ha obligado a más que duplicar el número de plazas, es también expresión del prestigio creciente de este Programa para los médicos recién graduados. En este sentido, nos es grato señalar el apoyo comprensivo de las altas autoridades del Ministerio, en acatamiento de la actual política que hace de la psiquiatría una de las especialidades que requiere mayor desarrollo para atender los servicios existentes en el país y los que pronto entrarán en actividad.

La docencia de pregrado también se realiza en el Instituto con la totalidad de los alumnos de la UPCH y algunos grupos de estudiantes de San Marcos. El Instituto es un escenario novedoso en la formación del estudiante de medicina y ofrece una imagen radicalmente distinta de la tradicional con respecto a la psiquiatría. El modo como esta nueva imagen ha de gravitar en la mejor formación psiquiátrica del médico en general y en el fomento de las vocaciones por la especialidad, es asunto que esclareceremos en un plazo corto.

El Departamento de Docencia tiene programadas para 1985 varias visitas de importancia. Sólo mencionaremos dos significativas: la visita del Profesor Pierre Pichot, ex Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, prevista para septiembre de este año, y la del doctor Zbignew Lipowski, experto en Medicina Psicosomática del Clarke Institute de Ontario, Canadá. Asimismo, en el segundo semestre, se desarrollará un Curso de Psiquiatría para médicos generales de conformidad a un proyecto preparado en nuestro Instituto por el doctor Ignacio López-Merino.

Dependencia del Departamento de Docencia es la biblioteca y la hemeroteca del Instituto, incrementadas en los últimos meses por discretos pero significativos donativos. Desde principios de año se

cuenta ya con la videoteca, que reune, al lado de la videograbación de material clínico, el registro en imagen de los eventos más relevantes de la psiquiatría peruana de nuestros días. El Instituto, en acatamiento de la Resolución Ministerial Nº 0326-84-SA-DVM del 12 de diciembre de 1984, ha creado el Centro Nacional de Documentación Histórica de Psiquiatría y Disciplinas Conexas, como programa dependiente directamente de la Dirección. Una de las actividades del mencionado Centro es la formación de la videoteca de la especialidad. Asimismo, nos es grato informar que en la fecha y gracias a nuestro equipo de microfilmación, se tienen las microfichas de todas las Revistas Psiquiátricas y de Disciplinas Conexas aparecidas en el Perú en lo que va corrido del presente siglo. Como complemento de esta tarea, cumplimos con informar que el Centro de Cómputo, tiene desde hoy en la computadora todos los datos contenidos en la segunda edición de la *Bibliografía Psiquiátrica Peruana*, publicada en enero de 1982 por el doctor Oscar Valdivia Ponce. A partir de ahora podemos ofrecer a todos los estudiosos del país y del exterior, la información atañedera a la producción psiquiátrica peruana en los diferentes aspectos o capítulos en que ella se divide.

*Epidemiología y Programación*

El Departamento de Epidemiología y Programación, cuya Jefatura ejerce el doctor Kenny Tejada, ha tenido en el año que se revisa una actividad importante tanto en lo que concierne a tareas dentro del Instituto cuanto a obligaciones cumplidas fuera de él. En lo que se refiere a este último aspecto el mencionado Departamento participa en la Comisión Encargada de la Organización del II Seminario de Priorización en Salud Mental y tiene una destacada actuación en los trabajos encaminados hacia la formulación de un proyecto del Sub-Sistema Nacional de Información en Salud Mental. Por sugerencia de nuestro Instituto, la Resolución Ministerial Nº 0220-84-SA-DVM de fecha 21 de agosto de 1984 y su sustitutoria, la Resolución Ministerial Nº 0293-84-SA, la Alta Dirección del Ministerio encargó la formación del mencionado proyecto que debe realizarse en tres etapas: en una primera, comprenderá el acopio de la información producida en los Centros Especializados de Lima Metropolitana; en una segunda, ha de cubrir la información de la producción en el campo de la Salud Mental en todo el país; y, en una tercera, con la utilización de formularios únicos, de eficacia previamente comprobada en estudios piloto sobre aspectos estadísticos, permitirá obtener, ade-

más de los datos demográficos y diagnósticos indispensables, toda la información pertinente para conocer la realidad psiquiátrica de las diversas regiones del país, evaluar la cantidad y calidad de su producción y sobre esta base, proyectar su desarrollo futuro. No es necesario enfatizar la importancia que tendrá en la futura programación en el campo de la Salud Mental y de la asistencia psiquiátrica, el establecimiento del Sub-Sistema Nacional mencionado, que ha de integrarse al Sistema Nacional de Información en Salud en el que viene trabajando el Ministerio desde hace algún tiempo, bajo la conducción de la Oficina General de Informática y Estadística.

Finalmente, en octubre de 1984, el Departamento de Epidemiología y Programación terminó su participación en la elaboración de las "Normas de Atención en Salud Mental según Niveles de Complejidad" y de las "Normas de Rehabilitación en Salud Mental".

Del 15 al 29 de mayo de 1985 el Instituto ha recibido la visita del doctor Hiroshi Egawa, destacado experto japonés en programación y administración hospitalaria, quien cumplió un intenso programa de trabajo, con la participación de este Departamento, encaminado tanto a establecer los criterios para la organización y sistematización de la información producida en el Instituto, cuanto la derivada del Programa de Psiquiatría Comunitaria. La presencia del Dr. Egawa en Lima, por tercera vez, ha permitido también que tome conocimiento de las tareas que cumple la Comisión encargada del Sub-Sistema Nacional Información en Salud Mental.

Este Departamento, por otro lado, ha continuado prestando asesoría y revisando los Manuales de Procedimientos de los Departamentos, Servicios y Unidades del Instituto y actualmente se encuentra revisando el Manual General de Organización y Funciones que, después de estos años de experiencia sensibilizante, requiere revisión y complementación. Es de destacar también el apoyo brindado por este Departamento en el Proyecto de la Asociación Civil de apoyo al Instituto que, con el anagrama de PROMESA (Pro Salud Mental), estará destinado a colaborar con diversas actividades del mismo, principalmente a través de la captación de fondos del sector privado destinado mayormente al Programa de Psiquiatría Comunitaria y como una contribución efectiva para el tratamiento de los pacientes indigentes. Finalmente, cabe mencionar la colaboración que brinda este Departamento en la organización del Programa Académico de Administración en Salud (PROASA) de la UPCH.

*Departamento de Adultos y Geriatría*

El Departamento de Adultos y Geriatría, jefaturado por el doctor Ignacio López Merino, ha tenido una intensa tarea asistencial en las diversas modalidades de la atención psiquiátrica, labor que cada día resulta más copiosa y diversificada. En lo que atañe a la Consulta Externa, Servicio encargado al doctor César Sotillo, en el año calendario de 1984 se atendieron 1,071 pacientes nuevos y 417 reingresantes, lo que hace un total de 1,488 atendidos; y desde que el volumen de pacientes continuadores fue de 5,992, el total de consultas se elevó a 7,440. Se atendió pues, casi un centenar de pacientes nuevos al mes y, como suele registrarse en la asistencia psiquiátrica ambulatoria, en nuestro medio, predominaron los pacientes del sexo femenino sobre los varones (59.9% versus 40.1%). Si se compara estos datos con los de 1983 se aprecia un aumento del 19.1% en lo que se refiere a pacientes nuevos (172), con un incremento en el volumen total de consultas del 23.9% (2,544). Este aumento es significativo desde que el Instituto no ha variado su política de estudio intensivo del caso, y por otro lado, con la apertura de nuevos servicios de hospitalización, se ha producido una disminución de médicos en el Servicio de Consulta Externa. La afluencia creciente y la exigencia mantenida en el estudio y manejo terapéutico cuidadoso de los pacientes, se refleja en una "lista de espera" que ya resulta preocupante pues el consultante que no presenta sintomatología de emergencia, debe esperar a veces hasta tres semanas para ser atendido. Este fenómeno, que se registra a nivel mundial en los centros calificados de atención psiquiátrica, de algún modo se atenúa con el funcionamiento del Servicio de Emergencia, desde el mes de febrero de 1985, a cargo del doctor Dante Warthon. Se trata solo de la emergencia que se registra en las seis horas de la mañana y que por razones de limitación de recursos no puede aún convertirse en un servicio continuado de 24 horas. Considerando que el Instituto es un centro de investigación y de asistencia activa, no puede desvirtuarse su finalidad aceptando una atención plena, que en poco tiempo sobrecolmaría sus instalaciones, deformando así los criterios que han presidido su organización y funcionamiento.

Como se ha expresado en oportunidades anteriores, una parte considerable de los solicitantes de atención que habitan en el Cono Norte son derivados a los Centros Periféricos ligados al Instituto, lo que facilita la atención y evita la deserción del paciente que requiere continuar un tratamiento, propiciándose así la llamada asis-

tencia intracomunitaria. Sobre el particular, existe en el distrito de Independencia un programa de seguimiento de cerca de 50 pacientes esquizofrénicos, que se asisten en sus domicilios y son atendidos de manera continua a través de las visitas domiciliarias de enfermería, que supervisa y ejecuta la administración por vía parenteral de psicofármacos de liberación retardada.

En lo que atañe a los diagnósticos, los más frecuentes en la Consulta Externa de Adultos y Geriatría han sido los trastornos neuróticos (29.4%), las psicosis esquizofrénicas (12.9%), las reacciones de adaptación (7%), las psicosis afectivas (4%), los desórdenes de la personalidad (3.4%) y una miscelánea de otros cuadros.

El 7 de marzo de 1984 se abrió el Pabellón de Hospitalización de Adultos con 50 camas, la mitad para cada sexo, y desde el 15 de enero del año 1985 se pusieron en servicio otras 50 camas para adultos, con lo que se ha completado la capacidad total del Pabellón B. De marzo a diciembre de 1984 ingresaron 243 pacientes, en su gran mayoría adultos jóvenes (86.8%); 24 adolescentes, entre 15 y 17 años (9.9%), fueron internados en los servicios de adultos y 8 niños (3.3%) también fueron acomodados en el mencionado pabellón. La edad promedio de la población hospitalaria ha sido de 28 años, lo que expresa que estamos actuando sobre una población joven y económicamente activa. Para el lapso mencionado la estancia promedial fue de 42 días y el giro-cama de 3 pacientes. Si anualizamos la producción de marzo de 1984 a marzo de 1985 obtenemos una estancia promedial de 44 días. Es principio en el Instituto no extender las internaciones más allá de los 45 días.

En lo concerniente a los diagnósticos de los pacientes hospitalizados, los más frecuentes corresponden a la psicosis esquizofrénica (36.6%), a otras psicosis no orgánicas (22.6%), a los desórdenes y a las psicosis afectivas (21.8%) y a los trastornos neurológicos (6.6%). Las modalidades terapéuticas empleadas se ajustan a esta política de estancias breves, esto es, se trata de procedimientos activos, dirigido a producir rápidos cambios en las condiciones mentales y emocionales de las personas asistidas.

Al lado de la atención psicosocial, en la que interviene todo el equipo de Salud Mental (Psiquiatra, Psicólogo, Asistenta Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional) y que utiliza técnicas psicoterápicas varias (de apoyo, de grupo, familiar, conductual, etc.), se

emplean los recursos farmacológicos de los que dispone hoy la psiquiatría moderna y que tanto han variado el pronóstico de la enfermedades mentales en nuestro tiempo.

Para esta atención numéricamente expresiva de actividad y fluidez en las acciones terapéuticas, se ha contado con una excepcional dedicación del personal profesional y auxiliar, habiéndose logrado una asistencia psiquiátrica de buen nivel para la población usuaria de nuestros servicios. Los pacientes que por algún motivo reingresan a la hospitalización, son objeto de un estudio especial, para investigar las razones de las recaídas, mediante el análisis del paciente y de su entorno familiar. Sobre el particular, estaremos pronto en condición de ofrecer una experiencia debidamente elaborada.

*Niños y Adolescentes*

Este Departamento, a cargo del doctor Jorge Castro Morales, ha desarrollado un conjunto de actividades tanto en las áreas de implementación física y capacitación de personal, cuanto en la docencia, investigación y la elaboración de documentos instructivos para funciones específicas. En 1984 hubo un total de 1,085 atendidos, niños y adolescentes, lo que hizo un total de 5,768 atenciones, habiendo requerido hospitalización los pacientes señalados en líneas arriba. En lo que a sexo atañe se atendieron más niños que niñas (57.3% vs. 42.7%) y más adolescentes de sexo masculino que de sexo femenino (15.6% vs. 15.4%).

El Departamento de Niños y Adolescentes tiene, como es natural, un vínculo más activo con la familia de los consultantes y se realizan una serie de actividades de intención terapéutica que involucran necesariamente a todo el grupo familiar. Mención especial merece el Programa de Entrenamiento Terapéutico Grupal que, con la asesoría del doctor Castro Morales, conduce de modo directo el doctor Héctor Tovar. Se trata de un programa integral de actividades de grupo de menores de 12 años que requieren hospitalización parcial, la que se realiza en el Pabellón "A" de internación de Niños. El equipo terapéutico está integrado por psicológos, enfermeras y trabajadoras sociales con el apoyo de consultores, colaboradores, voluntarios y auxiliares de enfermería. Las sesiones duran de dos a tres horas y pueden darse de una a tres veces por semana de lunes a viernes y con un número no mayor de 10 niños. Existe un instructivo que permite la programación de las variadas actividades que se realizan, en procura mayormente de fomentar la

sociabilidad, y efectuar la observación de la conducta, el contacto físico, el autovalimiento, el juego, la psicomotricidad, la nivelación escolar, la estimulación del lenguaje, las manualidades y el apresta-miento. Cada bimestre se evalúa individual y grupalmente el programa y los resultados son muy alentadores.

El Departamento de Niños y Adolescentes ha elaborado el Programa de Farmacodependencia que se desarrollará asociado a un proyecto de investigación que intentará el estudio constelacional de la dependencia a drogas y el manejo de su circunstancia conforme al modelo ecológico. La unión del programa con el proyecto de investigación ha de garantizar el cabal cumplimiento de los fines y generar los mismos criterios de inclusión y exclusión. De conformidad con el diseño de investigación, está previsto un Programa de Prevención de Consumo de Drogas en colegios, con capacitación de los maestros y líderes de la comunidad, el estudio epidemiológico en tres niveles socio-económicos de los alumnos de los dos últimos años de la instrucción media, la investigación social y nutricional en general y en particular en los consumidores de drogas, el establecimiento de un consultorio externo independiente del área correspondiente al Departamento de Niños y Adolescentes y 25 camas de hospitalización para personas entre 13 y 25 años para someterlos a un programa de desintoxicación y rehabilitación integral.

El problema de la farmacodependencia en el Perú ocupa uno de los primeros lugares en el orden de prelación estricta de las necesidades de Salud Mental en el país. La falta de una actividad evaluada y consistente, la escasa participación de los grupos sociales comprendidos, la habilidad del narcotráfico para corromper al personal auxiliar, fomentar el consumo y desestabilizar los programas de recuperación, son los factores más importantes que explican los resultados discretos de las actividades emprendidas por el Sector Salud en este terreno. Como es sabido, en los últimos años, gran parte de los escasos recursos del Sector para la asistencia psiquiátrica, han estado destinados a la población involucrada en farmacodependencia, ocupando inclusive el espacio asistencial que requieren los pacientes psiquiátricos con diagnóstico distinto. El fenómeno de la "puerta giratoria", esto es, el reingreso frecuente de farmacodependientes y la utilización de los recursos públicos y privados que no cuentan con Programas de consistencia evaluada en la atención de esta compleja problemática, exige del Instituto un tipo de respuesta de mejores resultados en el corto y el mediano pla-

zo. En el segundo semestre de este año, con personal actualmente en capacitación y con el personal adicional que confiamos se nos conceda para este programa específico, estaremos en condiciones de dar comienzo a un programa en el que tenemos cifradas muchas expectativas.

El Jefe del Departamento de Niños y Adolescentes fue invitado en el mes de marzo de 1984 a participar, durante un mes, en un Seminario de Farmacodependencia organizado por el Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, en el que se estudiaron los aspectos principalmente relacionados con la prevención en la comunidad.

*Laboratorio de Psiquiatría Biológica*

El Laboratorio de Psiquiatría Biológica cumple tres órdenes de funciones: análisis de rutina, análisis de alta rutina y análisis de investigación. Los análisis de rutina comprenden todas las posibilidades de un Laboratorio clínico completo y atiende tanto a los pacientes de la Consulta Externa cuanto a los pacientes hospitalizados. La apertura del Pabellón de hospitalización ha significado un incremento notorio en número y tipo de análisis solicitado. En 1984 fueron atendidos 495 pacientes de la consulta externa y 356 de hospitalización. En lo que se refiere a alta rutina, se ha puesto en funcionamiento el espectrofotómetro de absorción atómica que permite el adecuado dosaje de niveles plasmáticos de litio, sal mineral de amplia utilización en nuestro medio para el tratamiento y prevención de los desórdenes afectivos, tratamiento que requiere de la evaluación frecuente de sus niveles plasmáticos. También está ya en condiciones de operabilidad el analizador de isotacoforesis y hace pocos meses recibimos el equipo EMITT 5000 Syba-Ca, compuesto por tres unidades: un autocarrousel, un fotocolorímetro y un procesador-analizador, equipo de fácil operabilidad que permite la detección plasmática de sustancias psicotrópicas y tóxicas. El problema principal para el funcionamiento de equipos de este tipo está dado por el elevado costo de los reactivos, que de ser transferido directamente al usuario sería un gasto desmesurado. Por la población que atiende el Instituto, de escasos recursos económicos, se impone pues la necesidad de una tarifa diferencial para que, aquellas personas en condiciones de sufragar costos reales, subvencionen de modo indirecto a quienes reciben estos servicios de modo gratuito. En este aspecto, para hacerlo realmente funcional, será necesaria la ayuda de la Asociación Civil que, a la manera de Patronato, ha

de acopiar recursos para que nuestro Instituto pueda cumplir a cabalidad con su trabajo con la población económicamente deprimida.

En el año transcurrido se han instalado, en un ambiente aparte, los equipos de alta rutina y de investigación en psiquiatría biológica, ambiente que está conectado directamente con la oficina-consultorio del Jefe del Servicio. Está por concretarse una beca a través de la JICA para el médico asistente de este Servicio, doctor Alejandro Miyahira, quien permanecerá un año en el Japón, familiarizándose con las técnicas específicas del campo cada día más importante y al mismo tiempo complejo de la psiquiatría biológica*.

El Labortario de Psiquiatría Biológica presta un decidido apoyo a la docencia universitaria y a las actividades que realiza el Departamento pertinente en el campo de la psicofarmacología. Está en trámite la oficialización para que este Servicio sea designado como una de las sedes de internado del Programa de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

*Neurología y Electroencefalografía*

El Servicio de Neurología, a cargo del doctor Alberto Arregui, cumple una importante función en la cada vez más necesaria complementación del estudio del paciente psiquiátrico en los aspectos somáticos. El funcionamiento del Servicio de Hospitalización ha hecho más asidua esta colaboración y ha facilitado un contacto más frecuente y estimulante con los cultivadores de las neurociencias. El número de pacientes atendidos en Consulta Externa ha sido de 229 y los diagnósticos más frecuentes han sido las epilepsias, las cefaleas y los problemas de retardo psicomotor en niños. Las atenciones por interconsulta han alcanzado el número de 196, correspondiendo 105 a hombres y 91 a mujeres.

El Servicio de Electroencefalografía ha experimentado una demanda muy activa, realizándose un promedio de 12 a 14 registros electroencefalográficos diarios, habiéndose efectuado en 1984 un número total de 2,545 exámenes. La demanda ha sido de tal naturaleza que han debido funcionar, simultáneamente, el equipo grande

* El desempeño de los becarios peruanos fue objeto de evaluación por la contraparte japonesa e informado regularmente a la Dirección del Instituto de manera reservada. En este sentido se atendió una sugerencia, derivada de evaluación, de solicitar una beca adicional para el área de Psiquiatría Biológica, de conformidad con la recomendación del Dr. Moroyi, del Instituto Psiquiátrico Metropolitano de Tokio. Es por esta razón que el Laboratorio, que tiene el más elevado costo de inversión por unidad de superficie en el Instituto, se benefició con facilidades para el adiestramiento de los dos profesionales que lo integran.

de 17 canales y los equipos portátiles de 8 canales. Pese a este esfuerzo la lista de espera para obtener electroencefalogramas es extensa, mayormente por la demanda del Hospital Base Cayetano Heredia, Centro Hospitalario que hace años carece de este servicio y al cual con alguna frecuencia apoyamos enviando un equipo portátil para la toma de trazados en los casos de pacientes que no pueden desplazarse a nuestro Instituto.

*Medicina Interna y Cardiología*

El número de atenciones de este Servicio ha crecido de manera consistente habiendo accedido a él, en 1984, 288 consultantes. En este mismo año se han tomado un total de 336 electrocardiogramas y se han realizado 1,103 atenciones en el Servicio de Hospitalización. El Servicio presta apoyo principalmente a los pacientes hospitalizados a todos los cuales se les hace reconocimiento clínico, con la participación de los dos internistas en las discusiones clínicas de casos que ameritan una mayor atención sea a la condición física asociada o a la intercurrencia somática. A través de este Servicio se ha canalizado también la transferencia de pacientes al Hospital General Base Cayetano Heredia, principalmente en aquellos que requerían atención médica urgente.

Está por llegar algunos equipos complementarios que ha de permitir un estudio más exhaustivo de los aspectos somáticos de nuestros pacientes.

*Radiología*

El Servicio de Radiología, existente desde la fundación del Instituto, dispone de especialista radiólogo recién desde el 16 de julio de 1984 en que asumió la Jefatura el doctor Carlos Aguilar. Se ha prestado atención radiológica a enfermos del Instituto procedente de la Consulta Externa y de Hospitalización, habiéndose realizado de abril a diciembre de 1984, 381 estudios radiológicos, la mayor parte de ellos destinados al estudio de cráneo, tórax y los diversos segmentos de la columna vertebral. Estamos por recibir un revelador automático de radiografía, lo que agilizará la expedición de los informes radiológicos. Conviene señalar que el Servicio presta atención a pacientes procedentes de otros hospitales y centros de salud que no disponen de facilidades o tienen una sobrecarga de pedidos para este tipo de examen.

*Psicología*

En junio de 1984 asumió la Jefatura de este Servicio el doctor Ramón León. Con su presencia se ha logrado darle una mayor estructura orgánica a este importante Servicio. Asimismo, se ha ampliado los ambientes físicos para realizar estudios psicológicos con la nota de privacía correspondiente. Además de las tareas asistenciales, de docencia y de investigación, el Servicio ha trabajado activamente en los programas de extensión social. Con la apertura del pabellón de hospitalización, se ha establecido los consultorios necesarios para el trabajo en psicología clínica. En goce de una beca concedida por la JICA, ha permanecido 6 meses en el Japón la Psicóloga Yolanda Robles, quien ha cumplido en ese país un programa de capacitación en el área de la neuropsicología. Los objetivos planteados en la actualidad se centran en los siguientes aspectos: el empleo pleno de los actuales recursos asistenciales para favorecer una acción rápida y eficaz, correspondiente a la demanda creciente de pacientes; la participación activa en los Programas Docentes del Instituto; y la apertura de nuevas líneas de investigación en las diversas áreas de la psicología.

*Farmacia*

El Servicio de Farmacia en nuestro Instituto está mayormente especializado en el expendio de psicofármacos y su trabajo se realiza ininterrumpidamente de 8 de la mañana a 8 de la noche. Se trabaja en base a un petitorio farmacológico elaborado por el Comité de Farmacia del Cuerpo Médico del Instituto, dándose prioridad a los medicamentos esenciales. Por el elevado costo de los psicofármacos, se tiene a veces problemas en lo que se refiere a abastecimientos, lo que genera incomodidad en los médicos tratantes. En un Instituto como el nuestro, donde el estudio exhaustivo del caso debe ser seguido por el tratamiento más apropiado al diagnóstico, es imprescindible contar con todos los recursos farmacológicos que permitan la rápida evolución favorable de los pacientes y su pronta reinserción en las actividades de los grupos humanos de referencia si se trata de pacientes hospitalizados. Para superar estas deficiencias, derivadas de limitaciones económicas, también se hace necesaria la participación de la Asociación Civil de ayuda al Instituto.

*Enfermería*

Durante el año 1984 el personal de enfermería, compuesto por 58 enfermeras y 86 auxiliares, desarrolló importantes actividades

en las áreas pertinentes del trabajo del Instituto. La apertura de los servicios de hospitalización hizo necesaria la selección del personal idóneo para este tipo de atención a través de una comisión *ad-hoc*, lo que ha permitido contar con personal competente para la asistencia directa de los pacientes en el delicado proceso de la hospitalización. Se ha trabajado activamente en la capacitación del personal auxiliar y en el adiestramiento en áreas específicas, verbigracia el entrenamiento grupal de niños. El Instituto, por otro lado, ha sido solicitado como campo clínico por las más importantes escuelas de enfermería de universidades e instituciones calificadas. La Unidad de Enfermería, que ahora por disposición superior se ha transformado en Departamento, está adecuando su Manual de Organización y Funciones en relación a esta nueva situación. Por renuncia de la Jefe del Departamento, señora Gloria García, desde el 1º de abril del año en revisión ha asumido la Jefatura Interina la señora Olivia Rodríguez. Se está reactualizando el proyecto de realizar, por este Departamento, un Curso Anual de Especialización en Salud Mental para Enfermeras, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Houston.

*Rehabilitación*

El Servicio de Rehabilitación, cuya encargatura desempeña el doctor Jorge Castro Morales, con la inmediata colaboración del doctor Julio Huamán, desde febrero de 1984 se instaló en los ambientes de Laborterapia y ha ampliado sus actividades principalmente a partir de la presencia del señor Hitoshi Sasakubo, terapeuta físico japonés, quien durante un año ha asesorado al mencionado Servicio y a los equipos terapéuticos que ahí funcionan. Se han beneficiado del Servicio de Rehabilitación pacientes provenientes tanto de la Consulta Externa del Instituto cuanto de Hospitalización. Los procedimientos utilizados abarcan diferentes modalidades terapéuticas, con énfasis en las actividades grupales y con un desarrollo quizá privilegiado para las técnicas de análisis transaccional. En el mes de octubre se solicitó formalmente a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la implementación de cuatro talleres, gestión que sigue su proceso regular y que debe concretarse en un futuro próximo. En relación a los tratamientos, además de los señalados, los pacientes se beneficiaron tanto del denominado tratamiento integral en rehabilitación, cuanto de las modalidades de tratamiento parcial. Además de la psicoterapia individual y de grupo se han ensayado

la biodanza, las técnicas grupales de relajación, la recreación y los deportes, la videoterapia y el cine fórum, el tratamiento físico especializado, la terapéutica ocupacional y otras técnicas específicas. En 1984 se realizaron 2,018 intervenciones en pacientes de sexo masculino y 512 en las de sexo femenino.

El Servicio ha cumplido también diversas actividades docentes y de investigación, aunque lo central durante el año transcurrido se reflejara principalmente en tareas de organización. Además de las actividades intramurales, esto es, dentro de los ambientes del Instituto, se ha cumplido actividades externas, mayormente visitas a centros culturales y paseos. El Servicio de Rehabilitación es quizá el único en el Instituto que no tiene aún equipos, talleres y mobiliario completo, de ahí que en los últimos tiempos esté en el centro de nuestra atención para lograr un desarrollo consistente en base a los recursos materiales indispensables. En lo que atañe a recursos humanos, el Servicio tiene el personal mínimo requerido, el que ha sido permanentemente objeto de adiestramiento y formación continuada.

*Servicio Social*

Como se ha expresado en otras oportunidades el Servicio Social, de conformidad con un afronte ecológico que sitúa a la familia como unidad epidemiológica, cumple una importante función tanto en las actividades de la asistencia psiquiátrica tradicional, cuanto en el funcionamiento del Programa de Psiquiatría Comunitaria. Las actividades de Servicio Social se organizan de conformidad con un programa que toma en consideración la demanda del año anterior, la cobertura alcanzada, la concentración de las atenciones y el rendimiento logrado tanto en los aspectos cuantitativos como en los cualitativos. Se incorporaron seis nuevas profesionales mediante un procedimiento estricto de selección. Por las características del trabajo en comunidad, la relación que se establece con el paciente y su grupo familiar se realiza en el mismo *habitat*, lo que favorece la frecuencia y espontaneidad de la intervención profesional. Con la apertura de los Servicios de Hospitalización se ha priorizado la actividad de Servicio Social con los pacientes internados, procurando mantener en todo momento un activo vínculo entre el paciente y su grupo social de referencia. De este modo se ha logrado tanto la motivación de los familiares para el manejo ulterior del paciente a su regreso a la comunidad, cuanto el fomento de una nue-

va actitud en los grupos de procedencia, lo que facilita la continuidad del tratamiento y la pronta reinserción del paciente a sus actividades habituales.

*Cómputo*

La Unidad de Cómputo ha sido ampliada y equipada con una nueva computadora, de marca IBM serie I modelo 4956C, instalada en un nuevo ambiente especialmente acondicionado. El 7 de febrero de 1985, coincidente con la visita de la Misión Evaluadora Final presidida por el Dr. Doi, con la asistencia del Ministro de Salud, el Vice-Ministro de Salud, un Representante del Embajador del Japón, del Jefe de la Misión Japonesa y de personalidades representativas de la vida académica y universitaria del país, se inauguró oficialmente el ahora denominado Centro de Cómputo que cuenta, además de la computadora, con todo los equipos destinados a complementar el trabajo de esta nueva e indispensable extensión del Instituto. La computadora y el equipo adicional es producto de un donativo especial del Gobierno del Japón, habiéndole correspondido al Ministerio aportar las instalaciones y adecuar los ambientes para su funcionamiento. En la tarea compleja de organizar, instalar y poner en funcionamiento el Centro, ha intervenido de manera decisiva el señor Joaquín Novara, quien ha dedicado todo su esfuerzo creativo a una tarea que tenía que estar a la altura de las circunstancias. La demora de la puesta en marcha de nuestro programa se ha debido al retraso en la llegada desde los Estados Unidos de Norteamérica del *software* de base que, preparado con el lenguaje Pascal, va a programar nuestro sistema. El Centro de Cómputo se ha de ocupar inicialmente, con el sistema interno del Instituto, como base de datos de las historias clínicas, de los datos procedentes de los servicios auxiliares de diagnóstico (Laboratorio, Neurología, Farmacia, etc.), de la producción administrativa y demás información generada por el Instituto.

El Centro de Cómputo permitirá además organizar el Sistema Nacional de Información en Salud Mental en sus tres etapas. El Centro dispone en la actualidad de un procesador de textos que ha de facilitar los trabajos de secretariado electrónico de apoyo a las actividades de investigación, docencia y administración. Se ha realizado ya un cursillo para la utilización de este procesador y se está preparando un segundo ciclo, dado el interés mostrado por el personal del Instituto en esta nueva actividad. Asimismo se ha efec-

tuado un curso sobre Sistemas Administrativos Automatizados aplicados a la Salud y destinado a los Jefes de las Unidades Administrativas (Contabilidad, Abastecimientos, Personal y Estadística) para facilitar la obtención y el procesamiento de los datos que han de permitir el manejo computarizado total de las actividades del Instituto.

Las reuniones de trabajo realizadas en el Instituto con motivo de la última visita del Dr. Hiroshi Egawa tuvieron como propósito definir los detalles finales del modelo de Sistema Total de Información del Instituto así como la complementación de recursos humanos de asesoramiento y capacitación, los programas *(software)* y el mantenimiento necesario. La contraparte peruana estuvo formada por el Dr. Kenny Tejada y el Sr. Joaquín Novara y el asesoramiento por toda la planta directiva del Instituto. En lo que atañe a la producción y flujo de la información, se puso especial énfasis en el Programa de Psiquiatría Comunitaria. Se recomendó sectorizar la comunidad cuya atención debe cubrir el Instituto, perfeccionar el organigrama estructural, crear una unidad de informática, teniendo como referencia nuclear el Centro de Cómputo, afirmar las actividades de evaluación para un mejor conocimiento de su eficiencia y producir información costo-beneficio para cada unidad del Instituto. Además de establecerse el fluxograma del Sistema Total de Información del Instituto, se esclarecieron aspectos conceptuales y operativos sobre organización, funcionamiento, producción de datos e indicadores socioculturales.

*Misión Japonesa*

Las relaciones con la Misión Japonesa durante el año materia de la presente revisión, se han mantenido de modo asiduo y productivo. El Dr. Kimpei Minobe ha asistido todas las semanas a las reuniones del Comité de Coordinación y por lo menos una vez por semana se ha reunido con la Dirección Asociada para coordinar los aspectos relacionados tanto al Programa de Becarios y Expertos, cuanto al equipo y apoyo técnico. Como es sabido, el Jefe de la Misión Japonesa es además experto especialista en neurofisiología. Nos es grato señalar que en todas las actividades desarrolladas por las Sociedades Psiquiátricas del país han participado activamente tanto el Jefe de la Misión, cuanto los Expertos presentes en nuestro medio. Como una actividad ilustrativa, la Misión ha editado un documental en medio metraje sobre las actividades que se desarrollan

en el Instituto, con la colaboración del Instituto Nacional de Tele-Educación.

Durante el año 1984, los Miembros de la Misión Japonesa han visitado otros Departamentos de la República, interviniendo en actividades científicas en el Hospital Regional de Pucallpa, en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Regional de Jauja y en el Centro de Salud Mental del Cuzco. Finalmente, ha continuado activamente su trabajo de epidemiología psiquiátrica en el Perú y el Estudio Piloto de la Depresión en una muestra de población del Cono Norte.

Para el año en curso se está trabajando en un proyecto epidemiológico y clínico sobre la presencia del Síndrome Orgánico Cerebral en una muestra de la población del Cono Norte, con el uso de instrumentos neurológicos, psiquiátricos y psicológicos.

Finalmente el Dr. Minobe está empeñado en iniciar la Investigación Neurofisiológica, principalmente la indagación acerca del sueño, desde que nuestro Instituto cuenta con un laboratorio y los ambientes necesarios para su realización.

Las otras Unidades del Instituto han cumplido, en la medida de sus posibilidades, las tareas asignadas. Se ha organizado el área de Abastecimientos y las Unidades de Presupuesto, Contabilidad, Personal y Abastecimientos disponen de nuevos ambientes en el edificio central, lo que ha permitido un trabajo más coordinado y confortable. En lo que se refiere a Mantenimiento, es grato relevar la tarea realizada por esta Unidad clave desde que el Instituto comenzó a dar servicios. Utilizando los criterios del llamado "mantenimiento preventivo", se ha logrado conservar el Instituto en óptimas condiciones de funcionamiento, decoro y limpieza. Es obligación señalar, en homenaje a los trabajadores en general del Instituto, desde los que cumplen tareas diferenciadas hasta las aparentemente simples, la grata impresión que produjo a la Comisión Evaluadora Final del Convenio, la manera como se conserva el local y las instalaciones, el ornato de los jardines, en general la imagen que ofrece el local central del Instituto en activo funcionamiento, para esos visitantes acuciosos, observadores de todos los detalles.

Para dar la seguridad necesaria al Instituto y sus Pabellones, se ha enrejado las ventanas con perfiles de aluminio que, lejos de distorsionar la presentación de las edificaciones, ha mejorado su

aspecto. Asimismo, y después de reiteradas gestiones ante el Concejo de Lima Metropolitana, hemos logrado por INVERMET la construcción de la vereda frontal del Instituto. Estamos ahora empeñados en la construcción de la segunda pista y la berma central. El terreno adyacente, de propiedad del Ministerio de Salud, ha sido cercado totalmente, cerrando la manzana donde se encuentra el Instituto y evitándose que, como baldío, fuera objeto de depósito de escombros, desperdicios y eventuales "invasiones".

*Psiquiatría Comunitaria*

Para destacar su importancia, hemos dejado para el final la referencia al Programa de Psiquiatría Comunitaria.

Durante el año 1984 los equipos de salud mental han continuado su trabajo en los 7 Centros de Salud cercanos al Instituto. El número de enfermeras se ha incrementado a 17, el de psicólogos a 3 licenciados con 2 internos de Psicología, que permanecieron todo el año con nosotros, y el número de asistentas sociales ha aumentado a 5. Durante el año pasado se han llevado a cabo 14,830 intervenciones a pacientes o a sus familiares, distribuidos entre los 4 estamentos: médicos, enfermeras, asistentas sociales y psicólogos; en esa cifra no se incluyen las actividades de docencia, reuniones de coordinación, investigación y otras.

Durante el año 1984 nuestro Programa ha servido como campo clínico para el entrenamiento de enfermeras de 3 Escuelas de diferentes Hospitales y Clínicas, del Seguro Social y de 3 Universidades.

Aproximadamente en el mes de junio de 1984, y después de discusiones con todo el grupo, se inició un proyecto de investigación referente al seguimiento de pacientes esquizofrénicos que habían acudido a los Centros o habían sido dados de alta del Instituto y que vivían en el Distrito de Independencia. Se elaboró una ficha en la que se anotan cuidadosamente las visitas del paciente al Centro de Salud para su control, las medicinas que utiliza, su frecuencia y su dosis, las visitas por parte de Enfermería o de Servicio Social, etc. En el Distrito de Independencia se localizaron 43 pacientes, de los cuales 39 siguen bajo nuestra vigilancia y los 4 restantes se han mudado a otros lugares de Lima o al interior del país. A estos pacientes se los ve una vez al mes por la enfermera y cada dos meses por el psiquiatra, o con mayor frecuencia si se conside-

ra necesario, con el fin de supervisar la medicación y el progreso del paciente, prevenir una recaída, etc. A fines de 1984, este Programa con pacientes esquizofrénicos se extendió al Distrito de San Martín de Porras, donde está en la etapa de identificación y búsqueda de los pacientes. Consideramos este Programa de la mayor importancia pues se inscribe dentro de una política muy definida del Instituto encaminada a evitar la recaída del paciente y la posibilidad de que se transforme en una persona deteriorada, abandonada por su familia y errática por la Ciudad. Como ya se señaló, este Programa ha sido objeto de evaluación en abril de 1985 por el experto en este campo Dr. José Arana, Consultor de OPS.

*Comité Consultivo Nacional*

Este importante Comité Consultor de la Dirección, presidido por el Profesor Carlos Alberto Seguín, se ha reunido mensualmente con la finalidad de conocer las tareas cumplidas por el Instituto y efectuar los comentarios y críticas correspondientes. Este año hemos incorporado al Comité Consultivo al historiador Pablo Macera, pues es nuestro afán contribuir a la constitución de un grupo asesor interesado no solamente en las ciencias de la conducta sino en las ciencias humanas en general.

*Comité Consultivo Internacional*

En el Comité Consultivo Internacional del Instituto, conformado por destacados representativos de la Psiquiatría Mundial, durante 1984 y 1985 se ha incorporado como miembros a los Profesores Pierre Pichot, Eugene Brody, Joseph D. Noshpitz y Juan Carlos Negrete.

*Cuerpo Médico*

Las relaciones con el Cuerpo Médico del Instituto, que preside el Dr. Dante Warthon, han permanecido como era de esperar, en excelente nivel, programándose y concretándose actividades de alcance preciso, en especial las relacionadas con la formación continuada. Por otro lado, la Dirección promueve cada cierto tiempo, los Plenarios Médicos, reuniones informativas del estado actual de las tareas que cumple el Instituto y planes de desarrollo futuro.

*Asociación Civil*

Con la animación de la Dra. María Antonieta Silva de Castro de la Mata, la colaboración inmediata del Sr. Rafael Fernández

Stoll y la asesoría del Dr. Kenny Tejada, está por adquirir contornos definidos el Patronato Pro-Salud Mental (PROMESA) en el que nuestro Instituto tiene cifrada tantas esperanzas.

*Asociación Conmemorativa "Hideyo Noguchi" de Tokio*

Con ocasión de nuestro viaje al Japón nos fue grato visitar, el 13 de septiembre de 1984, el local de la mencionada Asociación Conmemorativa, siendo recibidos por su Director, el Sr. Hide Sekiyama. Para señalar la presencia del INSM en la Asociación, hemos enviado recientemente, en un álbum profusamente ilustrado, una visión histórica de las tareas que cumple el Instituto. En la preparación del álbum contamos con el decidido apoyo de la Unidad de Relaciones Públicas. También hemos enviado a la Asociación Conmemorativa algunos ejemplares del opúsculo *Hideyo Noguchi, la Psiquiatría y el Perú* que, en edición bilingüe, distribuyéramos con ocasión de la visita a Lima de la Comisión Evaluadora Final del Convenio, en febrero de 1985.

*Aniversario del Instituto*

El Tercer Aniversario del Instituto se conmemora, dentro de un Programa especial, con las Primeras Jornadas Psiquiátricas, organizadas por un Comité *ad-hoc* presidido por el Dr. Alberto Perales e integrado por los Drs. Hugo Chávez, Ignacio López Merino y César Sotillo.

* * *

La memoria del tercer año de fundación del Instituto exige una apreciación global de los objetivos programados y de las metas logradas en el mediano y largo plazo. Además de esbozarlas de manera muy esquemática, como lo hemos hecho, conviene recordar, en perspectiva histórica, el desarrollo de un Instituto, cuyos orígenes jalonan la obra de su epónimo el Profesor Honorio Delgado y que se remonta a la década del 30.

Honorio Delgado no pudo ver siquiera esbozado su proyecto de Instituto. Pero a quienes nos formábamos cerca de él nos comprometió sin ser muy conciente de ello a su posibilidad de desarrollo en el futuro. Cuando, en 1981, asumimos el encargo de diseñar el proyecto y ponerlo en marcha sobre la realidad concreta, el pensamiento delgadiano fue el permanente estímulo y el acicateante reto. Un grupo de calificados profesionales nos acompañaron en la aventura en estos difíciles años iniciales, cuando todo es-

taba por hacer. Pero el solo concurso de recursos humanos valiosos no hubiese consentido la plasmación del proyecto. Era necesaria una mística confundida con la sensibilidad social y una decantada vocación de peruanidad. Gracias a aportes tan significativos como anónimos, representados hoy por cualquier trabajador de nuestra Institución, estamos troquelando una obra que no admite mediocridad ni improvisación, que no cede a la fácil tentación del arribismo exhibicionista. El Instituto no es reducto, parcela ni canonjía: es esfuerzo creativo que exige de todos lo mejor de nosotros mismos. Venimos a servir, no a servirnos de la Institución. A todo nivel de nuestra conciencia gravita un anhelo colectivo; crear el instrumento que permita a la psiquiatría peruana, digna de benemerencias en el pasado, retomar el liderazgo que ejerciera, con autenticidad, en Latinoamérica.

Cuando se examina en conjunto, en un ejercicio de autocrítica, las realizaciones logradas en los tres años de funcionamiento del Instituto, aparece la perspectiva inabarcable de las responsabilidades mayores. Recién estamos desbastando el camino en cuyo horizonte, ilimitado, podemos vislumbrar los logros reales de esfuerzos colectivos. Jugando a la ucronía, queremos situarnos al filo del Siglo XXI, con la utopía entrevista por Honorio Delgado en trance de realización, comprometidos, en el vertiginoso curso de la historia contemporánea, con el desarrollo pleno de la comunidad peruana y el fomento, la prevención y el cuidado de su Salud Mental.

En el año centenario del sacrificio de Daniel Alcides Carrión, figura representativa del perfil heroico de la investigación médica, y en el año centenario del nacimiento de Hermilio Valdizán, fundador de la psiquiatría peruana, debemos rescatar lo que nos parece esencial en el mensaje de estos prohombres de nuestra historia, la afirmación de la peruanidad. Que este mensaje presida nuestro trabajo de hoy e ilumine nuestra fe en un futuro mejor.

## IV. *Las realizaciones del cuarto año* (junio de 1985 - junio de 1986).

### *Introducción*

A diferencia de los recuentos anteriores, que ofrecían una síntesis comentada de los logros del Instituto, en las diversas áreas de su actividad, el presente queremos dedicarlo a revisar algunos aspectos generales de la marcha institucional en el Sector Salud, en sus relaciones con los lineamientos de política vigentes y de conformidad

con la reorganización del Ministerio, con las nuevas perspectivas que se abren adunadas a las responsabilidades que es mandatorio asumir. En esta forma nos disciplinamos a la "conciencia crítica" que es una de las funciones esenciales de los Institutos, de conformidad con lo expuesto por el Ministro en la reunión del 8 de marzo, con la singularidad que esta vez intentaremos un ejercicio de conciencia reflexiva, vale decir, de autocrítica.

La Salud Mental, como es ampliamente conocido, no se había integrado nunca cabalmente a la Salud Pública en nuestro medio, pese a la presencia, en el organismo central, de un Departamento, Asesoría o Dirección de Salud Mental —según la época que se considere—. Esfuerzos aislados en esta orientación, pocos pero relevantes, no lograron sin embargo un amplexo eficaz que nos permitiera hablar, con propiedad, de medicina integrada en el estricto sentido antropológico del término. En 1972, el Programa de Medicina Comunitaria puesto en marcha por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, no obstante alcanzar solo la etapa exploratoria de campo, fue el primer intento serio orientado a la formación de médicos en íntimo contacto con el entorno e identificados con la realidad socioeconómica y cultural de las poblaciones urbano-marginales que en Lima Metropolitana superan ya el 40% de su cifra total. En la forja del tipo profesional que la realidad nacional exige, fue insoslayable el complemento de los aspectos psicológicos y espirituales que son la esencia misma del ser del hombre, Por otro lado, la medicina institucional, de corte personalista, que aislaba a la manera artesanal al médico y a su "usuario", el paciente fuera de su *habitat* natural, ha tramontado definitivamente: la medicina de hoy es eminentemente social, su objeto es el *hombre entre otros hombres*, rebasa el horizonte curativo y rehabilitador para hacerse fundamentalmente promotora de la salud y preventiva de su eventual pérdida.

Si lo señalado es realidad en todos los campos de la medicina de hoy, lo es más en el de la Psiquiatría o en la más vasta transdisciplina que llamamos Salud Mental. En las ciencias del comportamiento lo social tiene importancia mayor desde que la vida en comunidad exige un intercambio permanente y dinámico del hombre con el ambiente, del yo con su circunstancia para decirlo con la difundida expresión de Ortega.

El psiquiatra peruano fue sensible, desde que se estableció entre nosotros la Psiquiatría como especialidad, a los factores sociales y culturales que no solo se encuentran entre los eventos precipitantes de los desórdenes mentales sino que explican la textura del síntoma abstracto con la dinámica, o mejor dicho, con la dialéctica del enfermar psiquiátrico. Valdizán, fundador de la especialidad en nuestro país, destacó una y otra vez la gravitación de los factores socioculturales en la génesis, la eclosión y el desarrollo de las desviaciones psíquicas; describió la "tolerancia social" de nuestros nativos para con el enfermo mental y recalcó la necesidad de conocer a fondo la realidad peruana para permitir no solo mejorar la calidad de vida, sino para evitar las enfermedades y atenderlas a tiempo para lograr la pronta reintegración del paciente al seno familiar y comunal. Honorio Delgado se asoció desde temprano al maestro en esta tarea, poniendo en movimiento las orientaciones modernas de la higiene mental, con especial énfasis en el niño y con particular atención en el maestro como agente no solo de conocimiento sino de formación espiritual del ser en desarrollo. No fue otra la orientación de Baltazar Caravedo, propulsor de la Liga Peruana de Higiene Mental y adelantado en nuestro subcontinente en la reforma permanente de la institución hospitalaria. Carlos Gutiérrez-Noriega, Federico Sal y Rosas y Humberto Rotondo, para citar solo tres nombres de maestros desaparecidos, fueron atentos a la aplicación de los principios rectores de una psiquiatría antropológica o social, esto es, al desarrollo de una psiquiatría comprometida con la realidad social y con el reclamo acuciante de un país complejo como el nuestro, de "geografía vertical" (Monge) con una franja litoral mestizada en lo étnico, poderosamente influída por el intercambio que permite el mar; con un mundo andino cuya íntima realidad apenas si se atisba por estudios etnográficos y antropológicos, con un clima espiritual y una concepción de la vida en un marco espacio-temporal al que aún no hemos accedido plenamente. Conocida el área andina como "mancha india" o como "trapecio andino", lo esencial de su fisonomía espiritual finca en la contradicción de lo indígena y lo alienígena (Matos Mar): los aborígenes se sienten como extraños en su propio país que les resulta ancho y ajeno. Finalmente se ofrece una amplia región amazónica a la que llega, junto con la llamada influencia civilizadora, el riesgo de la modificación peligrosa del equilibrio ecológico. Es claro comprobar entonces cómo la nacionalidad es un concepto ambigüo y hasta vacío en la medida que la población se aleja de los centros urba-

nos y se hunde más en los que fueron escenarios naturales de los peruanos prehispánicos, sorprendidos por la conquista en el tramo de su expansión imperial, reacios a modificar, malgrado el pretendido celo civilizador, los valores esenciales de su mundo emocional y mágico, de su vínculo indisoluble con la tierra. La nuestra no es, pues, una nacionalidad integrada sino un mosaico de nacionalidades defensoras de sus propios fueros porque es la única manera de defender su identidad.

El Instituto, no solo por su carácter nacional sino por vocación de investigación y servicio, se sintió comprometido con la abrumadora realidad social y cultural: la conciencia de la limitación, la actitud realista, hacía de esta difícil tarea un desafío casi inabarcable. Así se expresa en sus documentos fundamentales, la Exposición de Motivos y el Manual de Organización y Funciones con que se presentó al país en junio de 1982. Recogiendo la tradición auténtica de la Psiquiatría Peruana, señaló que eran los principios rectores de la Psiquiatría Social los que orientaban su existencia y posibilitaban sus desarrollos. De esta manera asimiló como propia la experiencia de Psiquiatría Comunitaria iniciada por la Universidad Peruana Cayetano Heredia y se volcó a conocer la realidad del país, tanto de su área geográfica de influencia específica, el Cono Norte de la Gran Lima, cuanto en discretos pero sentidos enlaces con otras áreas de desarrollo del país, con aliento especial al profesional y al conjunto de servidores de la Salud Mental que trabajan, sin apoyo ni reconocimiento, en el interior, en un intento de descentralizar y desconcentrar la atención especializada.

Con el cambio de gobierno en julio de 1985, los Lineamientos de Política de Salud que presiden el nuevo orden de cosas en el Sector, encuentra a nuestro Instituto en el despliegue por una senda coincidente. Sin desdeñar el acopio de la experiencia y las grandes conquistas de la ciencia de nuestro tiempo, antes bien favoreciendo su difusión y las posibilidades de su aplicación al verdadero "laboratorio natural" que es la comunidad nacional, sin renunciar los legítimos fueros académicos de la Psiquiatría Biológica o Dinámica, el Instituto alzaprimó el compromiso social. Nada de ello es por supuesto descubrimiento de alguien en singular: es, hay que reconocerlo con sencillez, la tendencia natural de la Psiquiatría Peruana que hace ya varias décadas partió en búsqueda de su identidad, esto es, de los elementos sustantivos que caracteri-

za lo peruano esencial, de aquello que se intenta comprender con la concepción de peruanidad.

La frustración experimentada por varias generaciones de psiquiatras creó el clima adecuado para el sensato encauzamiento de la cooperación externa para el desarrollo de un programa de Salud Mental, logrado merced al Convenio de Colaboración Técnica y Económica. Terminado el Convenio en mayo de 1985, el Gobierno del Japón, tras las evaluaciones correspondientes, reiteró su vocación de ayuda con un Acuerdo de Ampliación del Convenio, por dos años más, con especial énfasis en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria.

El Instituto, no hay que olvidarlo, fue concebido inicialmente como Centro de Salud Mental Comunitaria y que solo la audacia de un Ministro de Salud, con la franca anuencia de la Comisión Organizadora, pudo cambiar el nombre de lo fundado, sin detenerse a examinar las posibilidades de existencia real de un Instituto, por esencia ente investigador.

Nació el Instituto con servicios intramurales completos: consultorios externos, pabellones de internación plena en número de 200 camas, ambientes para hospital de día, servicios auxiliares y, en el extramuro, siete equipos en igual número de Centros de Salud, que realizan obra preventiva y asistencial al tiempo que se integran con la salud en general.

Concebida con fines mayormente asistenciales, la planta física no parecía contener los ambientes necesarios para la investigación. Así nació el Instituto con el mencionado Programa Comunitario y con una expectativa de la comunidad por la satisfacción de necesidades apremiantes. Pronto la consulta externa se atosigó de pacientes, las listas de espera se ampliaron de modo desmedido y el servicio de emergencia se vió cubriendo, además de la emergencia real, la creada por el afán de los concurrentes de obtener una atención inmediata, por apresurada e incompleta que fuera.

La apertura gradual de los servicios de hospitalización, con el recomendado "funcionamiento en vacío" para la formación de personal idóneo, exigió un esfuerzo adicional para el diseño de la política de estancias cortas, que no debía sobrepasar los 45 días de hospitalización plena. Este es el panorama actual cuando quedan por abrir 50 camas destinadas a adolescentes de ambos sexos y un

servicio de niños que hoy ofrece sus ambientes a una suerte de clínica diurna donde se cumple, por iniciativa de su propulsor, un interesante programa de adiestramiento terapéutico grupal, que involucra a los pequeños pacientes y sus progenitores, mayormente sus madres. La estancia promedial es de 46 días, lo que indica que la presencia del paciente internado se dilata más de lo previsto. Por otro lado, el elevado porcentaje de reingresos es clara señal de un seguimiento insuficiente. La investigación, razón de ser del Instituto, pieza mayor de su diseño fundador, ha mantenido un escaso aliento y un ritmo individualista. Las áreas sensibles, aunque perfiladas, no han sido ordenadas de conformidad con prioridades que la realidad nacional hace mandatorias, con la participación transdisciplinaria de los estudiosos de la conducta humana como ser real en un tiempo histórico concreto.

El Segundo Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental— que debía precisamente extraer de la vasta problemática los campos relevantes de la investigación aplicada, en relación con el desarrollo social y económico—, ha sido diferido varias veces por deficiencias del organismo de soporte. Este Seminario, que confiamos se realice en la nueva fecha señalada, debe ser el testimonio de nuestra responsabilidad compartida con disciplinas afines, dirigido al deslinde de los campos en que la indagación no es regodeo intelectual sino compromiso con la realidad profunda del Perú. Somos un país andino no solo por geografía sino, y principalmente, por mentalidad. Un conocimiento ligero de la realidad no dará pie a las transformaciones que impone la hora presente, en que el estallido de la violencia, que supera cualquier ficción, nos indica que los relojes de la historia son isócronos en todas las latitudes del mundo.

*Investigación*

La investigación ha tenido, en este orden de cosas, que supeditarse a tareas asistenciales prioritarias, pese a otorgar, cuando así se justificaba, una mañana destinada al desarrollo de esta tarea, día que unido a la aligerada labor sabatina, da un respiro, al indagador auténticamente motivado, para ser algo más que un "investigador de fin de semana".

Con un Jefe y un asistente psiquiatra, el Departamento de Investigación solo dispone además de dos psicólogos clínicos y un discretísimo apoyo administrativo; para solo mencionar un aspecto in-

soslayable en la investigación aplicada, no tenemos plaza para sociólogo o antropólogo en un país y en un Instituto como el nuestro enfrentado a una realidad que reclama la tarea interdisciplinaria. Ello explica por qué un nuevo compromiso —el año pasado, la preparación de *Anales de Salud Mental*—, consumió parte de tiempo del personal directamente ligado a ese Departamento y el apoyo horario de otros servicios.

Es interesante comparar nuestra situación con lo acontecido con una Institución similar, creada esencialmente para investigar, el Instituto Mexicano de Salud Mental, donde el personal y la infraestructura están destinados específicamente, desde su creación, a ese fin, utilizando como campo clínico otras organizaciones o servicios asistenciales. Ya consolidado su desarrollo, el Instituto Mexicano está por crear su propio campo clínico, con miras a optimizar el estudio integral de la patología mental.

En nuestro Instituto, por las circunstancias mencionadas, ha ocurrido lo contrario: un vasto campo clínico prontamente reclamado por la población usuaria, y pocos recursos para la investigación formal. No se puede forzar la situación existente. La recuperación del área para la investigación debe someterse necesariamente a un proceso gradual y lento. Esta es una realidad que no podemos inadvertir por más fuerza que tenga nuestro afán de rescatar para el Instituto la función esencial que le dio nacimiento, dentro del marco de una actividad menos ortodoxa. El Instituto no es la Arcadia idílica, la ínsula privilegiada como creen nuestros ligeros impugnadores desde fuera: está por el contrario sujeto a las contradicciones y tensiones de un grupo humano afanoso de realizaciones tangibles en el corto plazo.

El Manual de Procedimientos del Departamento de Investigación, oficializado en junio de 1985, fue presentado con charlas expositivas dirigidas al personal procedentes de todos los Departamentos, Unidades y Servicios del Instituto con el fin no solo de revisarlo de manera gráfica sino también para discutirlo y recoger sugerencias; en todo caso, para asegurar su correcta interpretación y operatividad ante la imperativa necesidad de contar con el apoyo de organismos nacionales e internacionales y el apoyo de expertos de diversas disciplinas. Se ha constituído un grupo de colaboradores conformado por psicólogos, sociólogos, epidemiólogos y otros expertos

calificados. Asimismo, se han designado dos consultores *ad honorem:* el doctor Emilio Majluf para Psiquiatría Infantil y el doctor Agustín Montoya de la Cadena para Sociología.

Atendiendo una petición de las Enfermeras del grupo de Salud Mental Comunitaria, la Asistente de Investigación doctora Cecilia Sogi, desarrolló con ellas un Seminario Taller sobre "Uso del DSM-III" durante el período comprendido entre noviembre y diciembre de 1985, con el fin de adiestrar a estas profesionales en el conocimiento de las líneas actuales de diagnóstico y de la nomenclatura psiquiátrica.

La evaluación de los proyectos ha merecido durante el año transcurrido un procedimiento de examen con la participación de dos consultores expertos en la materia, lo que ha permitido mejorar el desarrollo de los mismos.

Las Primeras Jornadas Psiquiátricas, celebradas en homenaje al Tercer Aniversario del Instituto, fueron organizadas por una Comisión presidida por el Jefe del Departamento de Investigación quien asumió la responsabilidad de ese certamen que se realizó con el más cumplido de los éxitos. Al término del mismo, a través de un cuestionario distribuído a todos los asistentes, se hizo una evaluación de estas Jornadas, lo que ha permitido recoger sugerencias importantes para su aprovechamiento en el futuro. Se ha realizado, en el año 1985, 133 reuniones de supervisión de temas de investigación. El Jefe del Departamento doctor Alberto Perales, participó en el Seminario auspiciado por el AMIDEP en el que se presentó el libro *Perinatalidad, Crecimiento y Desarrollo en el Perú,* del que es co-autor.

Actividad relevante de ese Departamento fue la publicación de *Anales de Salud Mental,* presentada públicamente el 7 de marzo de 1986 a la comunidad nacional. A través de *Anales* el Instituto ampliará sus contactos con personas y centros calificados del Perú y del mundo. La publicación de *Anales de Salud Mental,* aunque texto probatorio de la capacidad creativa de los profesionales de nuestro Instituto y en parte expresión de la posibilidad del trabajo concertado, es expresión también de las frágiles estructuras en las que se afirma el trabajo intelectual en nuestro medio. A números sucesivos de la revista deberíamos agregar varios títulos de una serie monográfica que recoja y estimule la investigación en nuestro campo.

Además de los trabajos de investigación publicados en *Anales* y en el libro mencionado del AMIDEP, se ha publicado trabajos del Instituto en la *Revista del Hospital Hermilio Valdizán,* en las *Actas del VIII Congreso Nacional de Psiquiatría,* en la revista *Socialismo y Participación* y está por aparecer en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* la traducción y adaptación a la lengua española del Formato de Evaluación Inicial, que es el documento de exploración semiológica del Instituto, con el correspondiente Manual para su uso. Finalmente, está también por publicarse en inglés el trabajo presentado en el Seminario sobre "Clasificación Universal en Psiquiatría: Unidad y Diversidad", auspiciado por la Organización Mundial de la Salud y que se realizó a finales de junio del año pasado en Montreal, Canadá, con la presencia de los doctores Dante Warthon y Cecilia Sogi.

Un buen número de trabajos se encuentran en diversas etapas del proceso de investigación: hasta diciembre de 1985 se examinaron hasta 36 proyectos, el 42% de los cuales cursaron sin interferencia y el 58% restante con algún grado de dificultad debido a problemas financieros, técnicos, sucesos no controlables (huelgas) lo que ha determinado que seis trabajos se hayan retirado de modo definitivo.

El Instituto ha continuado publicando, con los auspicios de Rhône Poulenc, los "Sumarios de Artículos sobre Salud Mental", habiéndose presentado en el lapso sujeto a esta revisión el número único correspondiente a 1984, esto es con mucho retraso por razones que escapan a nuestro control.

El Departamento de Investigación ha trabajado activamente en la organización del "Seminario Taller de Priorización de Investigación en Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú" el que después de una serie de postergaciones se realizó finalmente el mes de julio de 1986, con el objetivo de identificar el área-problema en Salud Mental y Desarrollo Humano, recoger las necesidades, deseos y aspiraciones de los diferentes representantes de los sectores, así como de sus organismos de base, y ejecutar programas de acuerdo a la situación real, social y cultural de los grupos humanos a los que están destinados. El área priorizada para el mencionado Seminario es el Departamento de Puno que es también el área favorecida del Trapecio Andino, para una serie de acciones de desarrollo del actual Gobierno. Con el objeto de coordinar el tra-

bajo y dejar establecido un Comité Representativo y Multisectorial en la ciudad de Puno, viajaron los doctores Alberto Perales, encargado de la organización y el doctor Agustín Montoya de la Cadena, Asesor de Ciencias Sociales, del 29 de noviembre al 4 de diciembre de 1985. Los resultados de esta primera visita exploratoria han cumplido su objetivo lo que permite predecir que el mencionado Seminario ha de realizarse de modo satisfactorio y logrará las metas propuestas. Sobre este particular queremos destacar el importante trabajo de los dos profesionales mencionados, quienes durante su permanencia estudiaron la temática de la Salud Mental y los estilos de vida del puneño, analizándose los problemas de conformidad con el trabajo y la educación, los ciclos vitales y las prácticas tradicionales de curanderismo.

Con el propósito de que jóvenes investigadores puedan beneficiarse a nivel básico, se realizó un Seminario Taller sobre "Metodología de la Investigación en Salud Mental", con los auspicios del CONCYTEC y en el local del Instituto durante el período comprendido entre el 21 y 23 de febrero de 1986. Se limitó la asistencia por la técnica adoptada por el doctor Jorge Alarcón Villarreal, Metodólogo de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien dividió a sus 31 participantes en 4 sub-grupos multidisciplinarios. La exposición teórica fue paralela con la redacción de un protocolo de investigación.

Finalmente el Departamento de Investigación organizó las actividades que cumplió en nuestro Instituto el doctor Germán E. Berríos, Profesor de la Universidad de Cambridge, quien nos visitara el 16 de marzo al 10 de abril con los auspicios del Consejo Británico. En el Instituto el Profesor Berríos desarrolló un Seminario de nivel avanzado de Metodología de la Investigación, Conferencias de Actualización en Psiquiatría y Consultoría con los Departamentos, Unidades y Servicios. Otras actividades importantes fueron cumplidas con los Residentes de Psiquiatría y Neurología de las Universidades de San Marcos y Cayetano Heredia, así como un conjunto de Conferencias Magistrales desarrolladas en cinco escenarios distintos, además de visitas a hospitales psiquiátricos, servicios de psiquiatría de hospitales generales y el Centro de Rehabilitación de enfermos mentales de Barranca. Además de las actividades señaladas el doctor Berríos observó el desarrollo de algunas áreas de funcionamiento del Instituto, cuyo resultado debió ser complementado, a nuestra petición, con un informe escrito*.

* Ver Addendum III.

Las múltiples actividades cumplidas por el doctor Berríos, de un alto nivel científico, produjo tanto una reactivación en nuestro medio del espíritu inquisitivo cuanto un modelo de comportamiento científico de elevado nivel académico. Los seminarios y las conferencias fueron seguidos por una concurrencia numerosísima que excedió las instalaciones del Auditorio, ofreciendo un hermoso espectáculo solo comparable a un Congreso Psiquiátrico o una reunión de alto nivel en Salud Mental.

*Programación*

El Instituto tiene personal y equipos como para cumplir, en el plano de la información, con su extensión nacional. Aunque existe una serie de causas, fundamentada razonablemente, para postergar de modo indefinido esta tarea, lo cierto es que no hemos propulsado, de modo efectivo, la creación del Sistema Nacional de Información en Salud Mental, pese a las excelencias de nuestros profesionales. Por falta de realismo, por tendencia al perfectismo, aún no se ha puesto en marcha el Sistema, ni siquiera en su primer tramo experimental, cual es la uniformación de los instrumentos de información para Lima Metropolitana, con datos recogidos de modo tal que permitan su procesamiento computarizado. Tenemos el mejor Centro de Cómputo del Sector Salud, y no obstante las deficiencias en los programas de base *(software)* servimos de una manera visible pero discreta tanto las necesidades del Instituto cuanto las del Sector y algunas instituciones universitarias. Carecemos de la información básica, no obstante los recursos señalados, para delinear, de modo realista, el perfil de la asistencia psiquiátrica y la salud mental en el país, dando pie así a que prolifere el charlatanismo y la "información desinformada" que campea en los medios masivos de comunicación. En este aspecto, es imperativo reconocerlo, el Instituto no está al nivel de la expectativa de la comunidad nacional, expectativa ni descabalada ni excesiva.

Se tiene organizado, para la segunda mitad del año, el Primer Seminario Taller sobre Sistema Nacional de Información en Salud Mental, que se programa con el apoyo entusiasta de la Dirección Técnica de Logística, Informática y Documentación del Ministerio de Salud y contará con especialistas y estadígrafos representativos de las instituciones de Lima y de otros departamentos de la República.

Con el propósito de preparar al lenguaje COBOL el sistema de información, viajará el Japón por seis meses el Sr. Joaquín Novara con una beca de JICA, en atención a las recomendaciones de la Misión Japonesa y la opinión del experto en el campo Hiroshi Egawa.

El Centro de Documentación del Instituto ha recibido el importante encargo de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), de constituirse también en el Centro de Documentación de esa importante entidad que agrupa a los psiquiatras de América Latina. Mediante el proceso de microfilmación todo el archivo de APAL está ahora a disposición de los directivos de esa entidad y de los Centros de Investigación Especializada del país y del exterior.

*Psiquiatría Comunitaria*

En lo que concierne al Programa Comunitario, líder de la labor del Instituto —y hasta considerado modelo por colegas de otros países que nos han visitado deseosos de compartir experiencias con nosotros— ha mantenido el ritmo inicial, sin incrementar los nexos de la colectividad organizada con nuestro quehacer por lazos visibles e invisibles. Esto quiere decir, en pocas palabras, que, detenidos en logros —por otra parte encomiables—, corremos el riesgo de aislarnos de esa fuerza extraordinaria que es la masa organizada con poderoso impulso vital, que debe ser conciente de su papel protagónico en el fomento de su bienestar y salud emocional. Los modelos innovadores como el de asistencia intra-comunitaria ("hospital invisible") que es un logro digno de ser registrado, no tienen aún nuevos desarrollos coincidentes con el mejor conocimiento y la mayor afirmación en poblaciones urbano-marginales situadas en nuestro sector geográfico de influencia.

Las actividades del Programa de Salud Mental Comunitario se han seguido llevando a cabo en los siete Centros de Salud en que se desarrollan desde su incorporación al Instituto. Como se señaló, quizá el aspecto que más sabe destacar, es el programa de seguimiento de pacientes esquizofrénicos crónicos. Este programa se disciplina a la nueva actitud sobre la cronicidad de algunas enfermedades mentales, tal como lo ha enfatizado el doctor Adeoye Lambo, uno de los Sub-Directores de la Organización Mundial de la Salud, quien ha señalado que se debe "relegar al pasado la corrupta imagen de la

salud mental como eufemismo de incapacidad permanente, estigma social y reclusión con la consiguiente dependencia".

Durante el año pasado, este Programa que se inició el año anrior, llegó a su pleno desarrollo. Se refiere al seguimiento de los pacientes esquizofrénicos crónicos habitantes en los Distritos de San Martín de Porras e Independencia, que han sido dados de alta por los servicios de hospitalización del Instituto o que han sido captados directamente en los Centros Periféricos. Mediante este Programa, como se ha señalado en páginas anteriores, el paciente es controlado mensualmente por la enfermera y cada dos meses por el psiquiatra del área, utilizando como medicación de preferencia antipsicóticos de depósito. Esta acción medicamentosa se complementa con la de las enfermeras que llevan a cabo reuniones de grupo con los pacientes (dinámica grupal, gimnasia, juegos de conjunto, paseos y otras actividades sociales y recreacionales) y de servicio social con las familias. En cada uno de los siete centros se han formado "Comités de familiares de pacientes crónicos", que se reunen con la enfermera o con la asistenta social para discutir sus problemas, reforzarse mutuamente y, en muchos casos, proporcionar ayuda económica para la compra de medicamentos para aquellos pacientes que no cuentan con medios económicos suficientes. Además de este tratamiento medicamentoso y social se insiste en el laboral, propiciando desde la ayuda en tareas domésticas hasta el apoyo a los pacientes que han logrado obtener trabajo en la empresa privada o pública. En la actualidad el Programa cuenta con 200 pacientes que se controlan a intervalos variables.

Durante el año 1985, en total, se llevaron a cabo 14,810 intervenciones en pacientes. El Programa de Psicología Comunitaria ha llevado a cabo dos cursos de capacitación para maestros de las escuelas situadas en su ámbito geográfico.

El Servicio de Enfermería Comunitaria ha participado en tres cursos de capacitación a Promotores de Salud, organizado por el Area de Salud Nº 25, en aspectos de Salud Mental.

A partir de 1986 la enseñanza práctica a alumnos de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, tanto de los Departamentos de Psiquiatría como de Salud Pública, se llevó a cabo, también, en los Centros Periféricos del Instituto.

*Docencia*

Las actividades docentes durante el año transcurrido se han diversificado en contenidos y en métodos de exposición. A nivel pro-

fesional del Programa de Formación de Psiquiatras se han realizado 29 reuniones de revisión bibliográfica, 27 presentaciones clínicas y 29 conferencias dictadas por especialistas de nuestro medio y distinguidos visitantes del exterior. En septiembre de 1985, del 12 al 16, nos fue grato recibir la visita del Profesor Pierre Pichot, Profesor Principal de la Universidad René Descartes de París. El Profesor Pichot es Miembro del Consejo Consultivo Internacional del Instituto y su visita a Lima respondió a una invitación nuestra apoyada en los aspectos económicos por los representantes en el Perú de los Laboratorios Rhône Poulenc. El Profesor Pichot, luego de recorrer las diversas instalaciones del Instituto, que las comparó con las más desarrolladas organizaciones psiquiátricas del exterior, ofreció una conferencia sobre la "Identidad de la Psiquiatría" en nuestro Auditorio Central y recibió de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a petición nuestra, el nombramiento de Profesor Honorario, otorgado en ceremonia especial a la que concurrió el Rector y altas autoridades de ese Centro de estudios.

Asimismo, se ha dictado dos importantes cursos: el Tercer Curso de "Diagnóstico Psiquiátrico y Perspectivas en la Clasificación" a cargo del doctor Juan Enrique Mezzich, Profesor de la Universidad de Pittsburgh y un Programa de Conferencias sobre Adolescencia, la Crisis de Nuestro Tiempo y Aspectos Psiquiátricos de las Catástrofes Naturales, dictado por la doctora Raquel Cohen, Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Miami.

El Instituto es escenario del Programa de Formación de Psiquiatras de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. También en sus instalaciones se han cumplido algunas actividades de postgrado con Residentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Es interesante señalar el interés creciente de los médicos recién egresados de las facultades de medicina por su adiestramiento en psiquiatría y en este incremento creemos importante el papel que desempeñan los ambientes en que se da la formación y supervisión de los residentes, principalmente los del Instituto, que ofrecen al joven profesional una realidad más adecuada al desarrollo de la Psiquiatría de nuestro tiempo, desposeyéndola de la imagen tradicional de los establecimientos psiquiátricos, con población predominantemente de enfermos crónicos en los que, a la patología esencial, se une la patología institucional generada por las insuficiencias que, tanto en infraestructura física cuanto en recursos humanos, tienen los dos únicos hospitales psiquiátricos existentes en nuestro medio.

Estamos persuadidos que ha de ocurrir un cambio sustantivo de la imagen tradicional generada por la pobreza y la limitación de recursos que ha sido un disuasivo permanente en la preferencia vocacional del médico joven por la psiquiatría y las ciencias del comportamiento humano.

La docencia de pregrado se cumple en nuestro Instituto para todas las asignaturas que desarrolla el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; y algunas actividades de este nivel se efectúan al servicio de alumnos de San Marcos.

Durante el año examinado en esta relación se ha dado un mayor impulso a la Unidad de Capacitación que consta de cinco sub-unidades, las mismas que abarcan todos los Departamentos, Servicios y Unidades, en procura de la capacitación del personal en general. La Sub-Unidad de Enfermería ha realizado 10 reuniones con enfermeras y 20 con auxiliares de enfermería tendientes a la actualización del conocimiento y a la orientación en el manejo de los pacientes. La Sub-Unidad de Servicio Social ha organizado actividades de su área, con cursos centrados en la intervención en familia, reuniones técnicas para discusión de casos y "ateneos" bibliográficos. La Sub-Unidad de Estadística ha efectuado actividades integradas al Plan de Trabajo en Salud Mental Comunitaria mediante sesiones con los integrantes de los equipos de Salud Mental; también se dictó un curso para auxiliares de estadística de septiembre a octubre de 1985 durante 36 horas. Es de relevar que esta última Sub-Unidad organizó en el Servicio la Primera Semana de Información Estadística de Salud para todo el personal del Instituto e invitados especiales, con el auspicio de la Dirección Técnica de Logística, Informática y Documentación cuyo Director, el doctor Raúl Vargas, tuviera a su cargo la Ceremonia de Apertura de la mencionada semana.

La participación del Instituto en la formación de alumnas de Enfermería se ha dado en los diferentes programas de las Escuelas de Lima y también en la Escuela respectiva de la Universidad Daniel A. Carrión del Departamento de Pasco. Enfermeras graduadas procedentes de diferentes Universidades del interior del país se han beneficiado con pasantías de diversas extensiones en nuestro Instituto.

La Biblioteca y Hemeroteca del Instituto, por carecer de presupuesto, sólo se ha incrementado por donativos recibidos de diver-

sas personas e instituciones. Es de señalar la colaboración prestada por el Consejo Británico a través de la suscripción gratuita y continuada de la sobresaliente revista *Psychological Medicine.* Es pertinente recordar que la biblioteca recibe, también a título gratuito y con toda regularidad, la importante revista *L'Encephale,* publicación especializada en Psiquiatría Biológica y Terapéutica, por gentil colaboración de sus editores.

Durante el año transcurrido el Centro Nacional de Documentación Histórica ha continuado registrando la producción psiquiátrica existente en las revistas médicas generales, habiéndose centrado a la reproducción de todo el material pertinente publicado en *La Reforma Médica,* desde su fundación y estando por terminar el fotocopiado de los artículos de la especialidad publicados en *La Crónica Médica* desde su aparición a fines del siglo pasado.

Como lo indica esta sección de la memoria formal, es en este plano donde se ha realizado una importante tarea, principalmente en la formación continuada de psiquiatras, y que es juicio de propios y ajenos que, merced al Instituto, otra vez el Perú está en el itinerario de las personalidades relevantes en nuestro campo. Es también llamativo, por decir lo menos, que, en los cuatro años de existencia del Instituto, se hayan realizado tres Cursos de Actualización en Diagnóstico y Clasificación en Psiquiatría, con asistencia masiva de profesionales deseosos de ponerse al día en el dinámico proceso de la psiquiatría actual.

Se ha recibido como becarios a varios jóvenes psiquiatras y otros profesionales de la Salud Mental, ofreciéndoles alojamiento y otras facilidades. Asimismo, hemos tenido tres becarios extranjeros, dos psiquiatras y un neurólogo, procedentes de Ecuador y Venezuela. El colega de Ecuador permaneció 6 meses, enviado por la Dirección de Salud Mental de su país. Los profesionales venezolanos, por un mes, becados por la Organización Mundial de la Salud.

Pero es igualmente cierto que poco a nada hemos realizado con las disciplinas conexas. Para solo poner un ejemplo, no hemos plasmado un programa para la formación de enfermería con un postgrado en Salud Mental, de extensión anual, que permita especializar a las enfermeras recién egresadas, en psiquiatría y salud mental, y para enmendar el craso error cometido, hace ya mucho tiempo, de suprimir la Escuela especializada en Psiquiatría existente en el Hospital "Víctor Larco Herrera", creada por Hermilio Valdizán

y organizada y sistematizada por Baltazar Caravedo Prado. La ausencia del Programa de adiestramiento de enfermeras en salud mental, planeado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y en estrecha colaboración con la Facultad de Enfermería de la Universidad de Houston (Texas), es una de las frustraciones que esta Dirección carga sobre su conciencia, en el tramo final de su gestión, tanto y más cuanto que no se tropezaba con dificultades mayores fuera de la inercia y el conformismo propios de la faz negativa del espíritu criollo.

*Asistencia*

1. *Departamento de Adultos y Geriatría*

El Departamento de Adultos y Geriatría ha logrado niveles elevados de trabajo tanto en el área geográfica de influencia inmediata, esto es el Cono Norte, como a nivel nacional. La presión de la demanda efectiva es cada vez mayor para tareas estrictamente asistenciales. La Consulta Externa asistió a 878 pacientes nuevos y 7,321 atenciones que corresponden al 61.5% del total de atenciones que se brinda en el Instituto y 1,642 atendidos que corresponde al 63.4% del total de atendidos en nuestro Servicio. Si se comparan estas cifras con las de 1984 se aprecia que el número de pacientes nuevos ha disminuido al tiempo de verificarse un volumen importante de atendidos, esto es que un número significativo de pacientes reingresados a Consulta Externa limita la consulta de nuevos casos. Se sabe que una proporción elevada de pacientes psiquiátricos requiere de una asistencia sostenida durante un tiempo no precisable. Esto explica por qué el total de consultas fuera mayor en el año 85. El promedio de pacientes nuevos al mes ha sido de 76 y los cuadros más frecuentes los trastornos neuróticos (37%), los trastornos esquizofrénicos (25.7%), los trastornos afectivos (8%) y las reacciones de adaptación (7%).

El Servicio de Hospitalización, que cuenta con dos secciones en el pabellón "B" (41 para damas y 41 para caballeros), sin contar con los ocho ambientes de aislamiento, ha permitido atender un total de 585 pacientes, 271 varones y 314 mujeres. Los diagnósticos más frecuentes en hospitalización han sido los trastornos esquizofrénicos (65.5%), los desórdenes afectivos (11.7%), los trastornos neurológicos (5.9%), otras psicosis no orgánicas (4%), trastornos de la personali-

dad (3.4%), reacción de adaptación (1.9%), con una estancia promedial de 46 días, esto es 2 más de la señalada para el año anterior. Es bueno recordar que es política del Instituto el tratamiento intensivo de los pacientes hospitalizados para no extender el internamiento más allá de los 45 días.

2. *Niños y Adolescentes*

Para analizar los datos correspondientes a este Departamento nos referimos al período de junio de 1985 a mayo de 1986. En ese lapso se atendieron 213 casos nuevos de los cuales 15 adolescentes requirieron hospitalización total y 16 hospitalización parcial (niños menores de 12 años). Si agregamos el reingreso para internación de 18 pacientes adicionales se obtiene 33 casos de hospitalización total en pacientes mayores de 12 años. Es de señalar que este Departamento ha efectuado un "triaje"* sistemático que pudo derivar a más de la mitad de los pacientes que solicitaron su atención para favorecer de este modo la asistencia en los centros periféricos principalmente y unos pocos a centros de salud cercanos a su lugar de residencia, porque es sabido que las deserciones de pacientes está en relación directa con la distancia del centro asistencial.

Es de destacar que por cuarto año consecutivo se ha desarrollado la modalidad de hospitalización parcial para niños menores de 12 años en el llamado Entrenamiento Terapéutico Grupal conducido por el Encargado de la Jefatura del Departamento y un grupo terapéutico constituído por psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y auxiliares de enfermería. Se han beneficiado mediante este sistema de tratamiento 149 niños, evitándose de esta manera la hospitalización completa, modalidad compleja y cuestionada en la asistencia de los infantes.

En general puede decirse que, en lo asistencial, tanto la actividad intramural cuanto la extramural, ha crecido de modo significativo, independientemente de las cifras, que no reflejan sino la demanda espontánea y no la consistencia o la calidad del servicio ofrecido. La Consulta Externa tanto de los Servicios de Niños y Adolescentes cuanto de los de Adultos y

* Castellanización del término francés *triage,* que quiere decir criba o escogimiento. Equivale al *screen* inglés y se emplea en los procesos de admisión de nuevos pacientes, para evitar la duplicación de la atención, el uso simultáneo de más de un servicio psiquiátrico u orientar al consultante sobre la existencia de un centro próximo a su domicilio donde se le puede brindar atención adecuada con menos riesgo de discontinuidad del tratamiento.

Geriatría, está saturada en lo que a presión de usuarios concierne. Ya hemos mencionado que una lista de espera, cada vez mayor, incomoda a los consultantes que, como lo expresara poéticamente alguna vez sobre Valdizán y su Consultorio en el Hospital Dos de Mayo un testigo excepcional, tienen "la vehemencia que presta la salud perdida y la esperanza tenaz de recobrarla" (L. D. Espejo, 1929).

Aunque la calidad del servicio ofrecido tiene la vigilancia permanente de la docencia que exige la supervisión de la labor encomendada a residentes en adiestramiento en Psiquiatría, la modalidad de nuestro trabajo sigue siendo artesanal, fijada en el modelo del médico y el paciente, en la privacía de un ambiente que solo comparten informantes y otros profesionales de la salud mental. Para solo ceñirnos a lo formal, ya a esta altura de su existencia, el Instituto debería contar con unidades especializadas que, al lado de sistematizar la atención, faciliten el seguimiento, problema nuclear de la asistencia psiquiátrica. Para solo poner un ejemplo, una unidad de desórdenes afectivos, debidamente establecida, permitiría el control de los pacientes que reciben el mismo tratamiento, sales de litio verbigracia, en reuniones de conjunto que consienten atender en el tiempo que usualmente se dedica a un paciente a una docena de continuadores. Además de aligerar la asistencia, este sistema permite algún grado de interacción grupal, favorable a la evolución de los trastornos de base y la participación de elementos claves, la enfermera psiquiátrica por ejemplo, en una delegación supervisada de responsabilidades. Solo así se logra un efecto multiplicador sin agregar nuevas fatigas al personal profesional que, en nuestra especialidad, conviene evitar.

Pero en esto como en aquello, hay que recordar que es principio elemental de higiene mental cuidar de la salud mental de los encargados de atenderla, conservar sanos a los que sanan, para no menoscabar la capacidad del hombre, en este caso del médico y el personal de asistencia directa, en su servicio a otros hombres, los enfermos. En esta dirección hemos hecho poco, por no decir nada, por el bienestar del personal de todos los niveles.

Lo dicho para desórdenes afectivos se aplica a los desórdenes esquizofrénicos, en los que solo en la continuidad del tratamiento y en la observación prolongada finca el mantenimiento de los nive-

les de remisión alcanzados. Una Unidad destinada al seguimiento de estos enfermos permitirá, al lado de simplificar la forma sin modificar la calidad del fondo, alcanzar una adecuada integración de éstos, con una inserción adecuada en la vida familiar y en la comunidad en general.

*Santoral de la Psiquiatría Peruana*

En el año conmemorativo del cuarto centenario del nacimiento de Santa Rosa de Lima, patrona de los enfermos mentales, inauguramos, coincidente con el Acto Central de Celebración del IV Aniversario del Instituto, la gliptoteca del Santoral de la Psiquiatría Peruana, en las hornacinas ubicadas en el comedor central. A las imágenes de Santa Rosa, San Juan de Dios, San Martín de Porras y San Juan Bosco, agregamos en esa ocasión las de San Andrés y de Santa Dymphna. Nos honró con el madrinazgo de la efigie de la Santa europea la Sra. Pilar Nores de García, esposa del Presidente de la República, quien asistió a la ceremonia inaugural. El padrinazgo de San Andrés correspondió a nuestro dilecto amigo el señor Rafael Fernández Stoll, por tantas razones vinculado al quehacer de los médicos y de los psiquiatras en particular. También nos acompañaron en esa ocasión el General EP. Francisco Morales Bermudez, ex-Presidente de la República y su esposa, la señora Rosa Pedraglio de Morales Bermudez, cuyo nombre se encuentra en el origen mismo de la existencia del Instituto, como lo destacamos en el correspondiente *addendum* histórico. En su oportunidad, la Sra. Morales Bermudez nos honró con el madrinazgo de la efigie de San Juan Bosco.

*Misión Japonesa*

La Misión Japonesa, presidida desde el mes de febrero por el doctor Tadahiko Sato e integrada por el doctor Masaru Mimura y el señor Shunichi Murata, ha desarrollado una actividad profícua en beneficio del Instituto, contribuyendo así en el último año de funcionamiento del Convenio, a la mejor cumplimentación de los objetivos propuestos al suscribir, en mayo de 1980, el primer acuerdo de colaboración técnica y económica, ampliado posteriormente a dos años más. La Misión funciona en relación inmediata con la Dirección y se realiza una labor en estrecha y cordial colaboración. Además del apoyo económico, a través de la JICA, se logra para el Instituto equipos adicionales y el mantenimiento de los ya existentes. Los miembros de la Misión participan en tareas de investigación y se mantienen estrechamente ligados a la llamada Comisión Doméstica,

con residencia en Tokio, presidida por el doctor Hideyo Hosaki, Jefe del Departamento de Psiquiatría y Director del Hospital de la Universidad de Keio.

De conformidad con los términos de la Ampliación del Convenio, se ha puesto preferente atención al Programa de Psiquiatría Comunitaria, mejorándose los ambientes que compartimos en siete Centros de Salud dependientes del Hospital Base "Cayetano Heredia". Además de mobiliario, se ha dotado a esos servicios de material de exploración médica y psicológica, así como de elementos para la terapéutica por la actividad (laborterapia) y el juego (ludoterapia).

* * *

Si extendemos nuestra visión no solo al año transcurrido sino a los cuatro de existencia del Instituto, ya no operan los juicios lenitivos de los años de organización; se exige logros de aliento, el cumplimiento de un cronograma estricto de realizaciones. No basta explicar lo que somos sino lo que deberíamos ser. El argumento de la crisis y sus efectos empobrecedores en todos los aspectos de la vida del hombre puede y debe, por estímulo de ella misma, generar creación extrayendo fuerza de flaqueza. Así como en la biografía personal una infancia pobre es el mejor acicate para madurar aunque sea en el dolor, en el plano social la crisis puede ser asimilada como posibilidad de crecimiento, de desarrollo forzado, pero desarrollado al fin de cuenta. En todo caso, la conciencia del deber y el nivel tecnológico no pueden ser reemplazados por la improvisación audaz y la capacidad de maniobra propias de la "cundería criolla", dimensión negativa, a veces la más saltante, del "carácter nacional".

El Instituto pretende ser la concreción de un ideal largamente anhelado por las figuras representativas de la Psiquiatría Peruana. Correspondió a nuestra generación el privilegio de fundarlo y poner en marcha la etapa inicial de su desarrollo que ha de permitir el despliegue del potencial creativo de los profesionales peruanos que cultivan la compleja y apasionante interdisciplina llamada Salud Mental.

Su existencia como proyecto vigente, sus realizaciones actuales y su proyección futura constituyen un desafío a la imaginación y una puesta a prueba de la responsabilidad de sus dirigentes.

Para esta difícil tarea se requiere de una decisión política consistente y mantenida, interesada en poner al servicio del pueblo los progresos de la Psiquiatría y disciplinas afines.

El Instituto, repetimos como en ocasión anterior, no es reducto, sinecura ni prebenda de individuos o grupos circunstancialmente actuantes. Es compromiso histórico que obliga a todos nosotros y que exige de todos sus miembros conciencia plena de la responsabilidad que se asume ante el país.

V. *Las realizaciones del quinto año* (junio de 1986 - junio de 1987). *Visión global del quinquenio.*

*Introducción*

En esta ocasión presentamos, más que el relato formal del ejercicio anual, tal como lo dispone las reglamentaciones vigentes, una visión panorámica o una valoración global de las tareas cumplidas por el Instituto en el primer quinquenio de su existencia. Es imperativo comenzar este recuento mencionando los antecedentes, esto es, las peticiones reiteradas por figuras representativas de nuestra Psiquiatría en el sentido de disponer de Instituciones de esta naturaleza para la investigación y la docencia. Sólo recordaremos una vez más que desde 1935 el maestro por antonomasia de la Psiquiatría Peruana, Honorio Delgado, hizo pública su demanda de un "Instituto de Psiquiatría" o de "Neuro-Psiquiatría e Higiene Mental". Desde el ámbito de la psiquiatría universitaria y académica, el Instituto que Delgado propugnaba tenía como prototipo el de Münich, fundado por Kraepelin.

A los logros realizados por el Instituto, en medida importante, merced a la ayuda material del Convenio con el Japón que culminó en mayo de 1987, el Instituto debe establecer, tras la aprobación de su *base teórica* que lo concibe como Sistema, la correspondiente *base programática* realista, estrechamente ligada a los programas nacionales de desarrollo humano y planeación económica.

Las bases programáticas tienen como objetivo central la descentralización de la asistencia y se basan insoslayablemente en un Sistema Nacional de Información en Salud Mental (SINASAM). No se concibe una programación sensata en materia de recursos humanos y físicos sin un conocimiento directo y oportuno de datos esenciales en estrecha relación con la política del Sector en materia de información general, que debe incluir la producida por el Instituto Peruano de Seguridad Social, las Beneficencias, las Fuerzas Armadas y los servicios privados de internación total.

*Programación*

Desde que el Instituto comenzó a perfilar sus objetivos fue prioritario el establecimiento de un registro que no sólo compren-

diera las actividades del Instituto sino el ámbito nacional en el campo de la Salud Mental. Para el efecto se pusieron en marcha dos órdenes de acciones: 1º A nivel internacional, se solicitó la colaboración de expertos japoneses mediante los recursos ofrecidos por el Convenio y hasta 1986, la participación de expertos de OPS/OMS; y 2º la realización de seminarios de sensibilización, aprovechándose también de las visitas programadas a los establecimientos de salud, para estimular a los psiquiatras y demás integrantes de los equipos de Salud Mental en la importancia de la recolección sistemática y cuidadosa de la información con miras a integrarla en el Sistema Nacional.

En el plano internacional es relevante mencionar que hemos contado con la asesoría del doctor Hiroshi Egawa, experto japonés de primera línea en el campo de la información. La visita del señor Hiroshi Takase, también dedicado a este campo, y dos becas proporcionadas al señor Joaquín Novara, la primera de dos meses y la segunda de seis, para trabajar en los escenarios adecuados y preparar las bases de los sistemas que deben ponerse en funcionamiento, tanto en el Instituto como programa interno, cuanto en el ámbito nacional para el Sistema Nacional de Información en Salud Mental.

Así, reunimos, con el apoyo de la Dirección Técnica de Logística, Informática y Documentación del Ministerio de Salud, el Primer Seminario-Taller sobre SINASAM el que, lamentablemente, por falta de recursos, se redujo al personal interesado en demografía, estadística y diagnóstico y en general manejo de documentos, residentes en Lima. Esta actividad se llevó a cabo del 25 al 27 de septiembre de 1986, en el local del Instituto y se logró un primer avance en el trabajo coordinado.

El Segundo Seminario-Taller, cuidadosamente organizado por nuestro Departamento de Epidemiología y Programación, esta vez con la concurrencia de delegados de los servicios existentes en todo el país, se realizó entre el 22 y el 24 de abril de 1987, con la organización de la Dirección Técnica de Logística, Informática y Documentación del Ministerio de Salud y con los auspicios de la OPS/OMS. Este Segundo Seminario-Taller permitió dar comienzo al Sistema de Información a partir de un primer estudio piloto que se realizará en la Ciudad de Lima. Es particularmente halagador señalar que en este último encuentro participaron 39 de los 40 invitados y un número apreciable de observadores admitidos, previa evaluación de sus intereses auténticos. Un Sistema Nacional de esta na-

turaleza no existe en países del Tercer Mundo y sólo lo poseen algunos países altamente desarrollados. De modo que nuestro SINASAM es una tarea pionera y original y permitirá que otros países puedan beneficiarse de nuestra experiencia. Sigue muy de cerca su desarrollo la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y el Convenio Simón Bolívar a cargo de la Sociedad de Psiquiatras Hispanoamericanos residentes en Estados Unidos de Norte América. Recordemos sobre el particular que la APAL ha designado al Instituto como Centro de documentación general mediante el microfilmado de sus archivos.

El Instituto fue objeto de una detallada evaluación de su funcionamiento, utilización de recursos y rendimientos por una comisión especial designada por el Gobierno del Japón a través de la JICA, al término del Convenio que concluyó el 19 de mayo de 1987. La Comisión Evaluadora Final estuvo presidida por el doctor Toshio Otsuka y conformada por el Dr. Masahiro Asai y la Sra. Jumi Horikane. Como se sabe, el Convenio se suscribió con una duración de 5 años debiendo haber concluído, por tanto, en 1985. Gracias a una gestión realizada por el Ministerio de Salud y fundamentada por el Director del Instituto en su visita a la Ciudad de Tokio en septiembre de 1984, se amplió el Convenio por dos años más, dándosele a esta extensión un énfasis especial al Programa de Psiquiatría Comunitaria.

Después de las visitas de protocolo al señor Ministro de Salud, los integrantes de la Comisión de Evaluación y los expertos permanentes de la Misión Japonesa, Dr. Tadahiko Sato y Sr. Shunichi Murata, se dio comienzo a un análisis detenido de las tareas cumplidas por el Instituto el último año.

*Asistencia*

Se examinó, en primer término, la tarea propiamente asistencial, examinándose el Compendio Estadístico de 1986 con el agregado de las cifras correspondientes a los dos primeros meses del año 1987. El resultado de este análisis censal, detallado en otro documento, puso en evidencia las diversas actividades asistenciales que presta el Instituto a su zona de influencia geográfica y a la comunidad nacional en general.

La Comisión Evaluadora relevó la elocuencia de estas cifras que demuestran una demanda creciente en materia de servicios y la necesidad de crear técnica innovadora para una mayor cobertura.

Dentro del Instituto es importante un más cercano seguimiento de los pacientes egresados, particularmente de aquellos que, por la índole de sus perturbaciones, presentan tendencia a la recidiva cuando no se sigue por tiempo prudencial una cura farmacológica consistente. La consulta externa, por otro lado, está dando los primeros pasos para el funcionamiento de técnicas grupales en el seguimiento de pacientes de análogo diagnóstico para conseguir efecto amplificador e innovar el modelo tradicional de la entrevista personal que limita en el tiempo el número de pacientes citados, lo que entorpece, asimismo, la utilización plena del formato de Historia Clínica y la supervisión de los médicos residentes en su rotación.

La visita de la Comisión dio marco apropiado a la inauguración del Servicio de Adolescentes, para 44 pacientes de ambos sexos, con el Pabellón de Hospitalización, además de los consultorios externos.

Ese servicio será el principal instrumento para el funcionamiento del Programa de Farmacodependencia que viene preparando, de manera cuidadosa, el Jefe de ese Programa, doctor Jorge Castro Morales y un grupo de entusiastas colaboradores. La apertura de este Programa se hizo en ceremonia especial, con asistencia del señor Ministro de Salud, los Miembros de la Misión Japonesa, funcionarios del Sector y miembros de la Embajada del Japón.

*Psiquiatría Comunitaria*

Quizá lo más destacable del Programa de Psiquiatría Comunitaria —al cual se ha reincorporado con gran entusiasmo el doctor José López Rodas, después de permanecer en el Japón un año, especializándose en ese campo de la atención psiquiátrica—, al lado del incremento de sus actividades preventivo-asistenciales y a una relación más asídua con los líderes de las comunidades que asiste el Programa, sea el seguimiento en la comunidad de pacientes esquizofrénicos, constituyendo lo que hemos llamado "hospital invisible". Pasa de los 260 la cifra de pacientes que se asisten bajo esta modalidad, lográndose que alrededor del 80% de ellos, tras el adecuado control farmacológico, permanezcan en su comunidad y participen en la producción familiar o grupal, evitando de este modo no solo la ocupación de más de 200 camas de un Hospital Psiquiátrico, sino promoviendo los factores activos de producción en apoyo de la familia y la comunidad a la que pertenecen. Como es sabido estos pacientes reciben tratamiento contínuo mayormente con fenotiacínicos y con-

curren cada 3 semanas para el control terapéutico a cargo de enfermería y a la evaluación clínica que se realiza cada dos meses por los psiquiatras que trabajan en este Programa.

*Investigación*

La actividad realizada en el campo de la investigación, a cargo del doctor Alberto Perales, se ha caracterizado por dos notas singulares: de un lado, el estímulo renovado a la tarea indagatoria, lo que se deduce del amplio listado de proyectos de investigación en diverso grado de evolución; de otro lado por el permanente interés en la formación de profesionales capacitados en la metodología de la investigación en Salud Mental. De particular importancia fue la realización de un Taller de Priorización de la Investigación de la Salud Mental y Desarrollo Humano que se realizó del 17 al 21 de junio de 1986 en la ciudad de Puno y que fue precedido de un cuidadoso trabajo de preparación. Los diversos temas debatidos en esa Ciudad por grupos de profesionales de diversos sectores interesados en la Salud Mental y Desarrollo Humano han sido debidamente analizados y sus conclusiones fueron objeto de un segundo debate en una reunión en Lima, lo que ha permitido tener una visión aproximada de los problemas referidos a esta amplia y compleja zona del país, en donde se confunden problemas de salud con estilos de vida y de desarrollo socio-cultural.

Queremos destacar de modo especial, la permanente actitud de reflexión autocrítica y el meditado análisis de las vicisitudes en nuestro medio de la investigación en Psiquiatría y Salud Mental, haciendo un deslinde entre ambas áreas, el insuficiente reconocimiento de este problema por la política de los diferentes Sectores, el escaso apoyo y las limitaciones en la capacitación metodológica, la reducida infraestructura y el casi inexistente apoyo administrativo, la situación emocional del profesional ahíto de tareas asistenciales que se complementa con la falta de apoyo para la conceptualización de la experiencia para el trabajo multidisciplinario, en fin "la ausencia del ambiente terapéutico de investigación", espacio humano insoslayable para la realización sistemática de investigación original .

En abril del año que analizamos, nos fue grato presentar el II volumen de *Anales de Salud Mental,* publicación oficial del Instituto que es editado, con gran esfuerzo y dedicación, por el Jefe del Departamento de Investigación. No podemos detenernos en el exa-

men de su contenido sino en señalar que, como en el primer número, se presentan los trabajos originales producidos en nuęstro Instituto y por colegas del exterior, en especial por los pertenecientes al Comité Consultivo Internacional. El Dr. Norman Sartorius colabora en este II Volumen con un texto fundamental: "El Programa de Salud Mental de la OMS". Otra actividad importante desarrollada por el Departamento de Investigación fue la preparación de sus utilísimos "Sumarios de Artículos sobre Salud Mental", de gran acogida entre los colegas, pero de irregular aparición por razones de la entidad que apoya desde el comienzo los gastos de estos fascículos.

La presencia del Instituto, en texto impreso, en el panorama de la Psiquiatría en el Perú, se marcó también con la publicación de dos opúsculos necesarios. El primero, *Hideyo Noguchi, la Psiquiatría y el Perú,* impreso a comienzo de 1985, se presentó con motivo de la presencia de la Comisión Evaluadora Final del Convenio (29 de enero al 10 de febrero de 1985), presidida por el Profesor Takeo Doi, como un homenaje a la misma. Ofrecía, al lado de la relevancia de la figura de Noguchi en un momento importante de la evolución de la psiquiatría y las relaciones del sabio japonés con el Perú, en especial su contribución al estudio de la Enfermedad de Carrión, con confirmación experimental de los postulados del mártir de la medicina peruana. En suma, pretendía informar a los médicos sobre la importancia histórica de Noguchi y lo congruente de su elección como uno de los epónimos del Instituto.

El segundo de estos opúsculos de la "serie histórica" del fondo editorial del Instituto, intitulado *La Psiquiatría Peruana en sus Figuras Representativas,* se imprimió a mediados del mismo año y fue presentado durante la semana conmemorativa del Tercer Aniversario. Su objetivo fue presentar, de manera sucinta, pequeños esbozos biográficos de las personalidades de mayor significación en el proceso de deslinde de identidad de la Psiquiatría en el Perú, como expresión que el Instituto —convertido por Resolución Ministerial Nº 0326-84-SA-DVM del 12 de diciembre de 1984 en Centro Nacional de Documentación Histórica de la Psiquiatría y Disciplinas Conexas— asumía, con "conciencia histórica", su responsabilidad actual y proyección en el futuro, recogiendo lo mejor de su tradición.

Ambas publicaciones, "no venales", bilingües (español-inglés), fueron distribuídas en las oportunidades señaladas, sin irrogar gasto a la Institución gracias al apoyo de una empresa editora que aún mantiene esta colaboración y gracias a la cual se han dado a la estampa algunas publicaciones del Instituto.

Queda pendiente de publicación el tercer y último opúsculo de la serie: *Hideyo Noguchi, Honorio Delgado y la Fiebre Amarilla,* pequeña investigación que vincula la labor de Noguchi y la única actividad extrapsiquiátrica cumplida por Honorio Delgado en 1920, durante la epidemia de esa enfermedad en el Norte del país. La reconstrucción de este interesante episodio es posible gracias a la importante colaboración de nuestro dilecto amigo, el neuro-psiquiatra y escritor piurano doctor Luis Ginocchio Feijó, quien hurgó en la prensa escrita de entonces los elementos indispensables para su elaboración.

En colaboración con la recién fundada Cátedra Honorio Delgado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, iniciamos en julio de 1987 una serie de coediciones. La primera *La Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas (1918-1924). Presencia, Significado e Index,* fue presentada en la Feria del Libro de Miraflores en el "stand" de la Universidad. Corresponde a la serie de "Cuadernos Bibliográficos", a la que agregará pronto *El Index de los Archivos Peruanos de Higiene Mental.* En otra serie, de "Cuadernos Historiográficos", se ha publicado el fascículo primero de *Historia Societaria de la Psiquiatría en el Perú.* En esta tarea ha sido de importancia decisoria la colaboración del doctor Ramón León, Jefe de nuestro Departamento de Psicología y devoto cultivador de las disciplinas historiográficas referidas a las ciencias de la conducta humana.

Finalmente queremos agregar que, en homenaje a las Enfermeras del Instituto y, en extensión, a todas las que laboran en el campo psiquiátrico, nos fue grato presentar, el 30 de agosto de 1985, una "plaquette" con el *Himno del Enfermero Mental* del eximio músico peruano Alfonso de Silva. Y con el mismo alcance de homenaje, la reproducción de la nota publicada en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (Vol. 33, Nº 3, 1987), *La Psiquiatría Peruana y su Santoral,* distribuída el 30 de agosto de 1987.

*Docencia*

La tarea docente del Instituto ha mantenido no solo la estructura de su calendarización anual sino que se ha expresado en diversas actividades de enseñanza utilizando al máximo la participación de profesionales de Salud Mental de nuestro país y del exterior. Como nos fue grato señalar en otra ocasión, el Perú, merced

al Instituto, está ubicado nuevamente en el itinerario de distinguidas personalidades del mundo científico, quienes en visita a países hermanos de Latinoamérica, extienden su recorrido hasta nuestro país.

*Misión Japonesa*

Es importante señalar que la Comisión Evaluadora Final dedicó una parte de su trabajo al examen global del programa de intercambio científico a través del sistema de expertos japoneses y becarios peruanos. Desde el comienzo del programa, hemos recibido diecisiete expertos japoneses por diversos períodos de tiempo, para disertar y participar en la discusión de variados aspectos del conocimiento psiquiátrico. Como de costumbre, por la política de aporte total del Instituto a los profesionales interesados, las actividades de estos expertos han coincidido con las de Instituciones y Hospitales: la Asociación Psiquiátrica Peruana, la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, el Programa Extracurricular del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Amplio y fecundo ha sido este programa que esperamos se mantenga en el futuro inmediato a través de la Sociedad Peruano-Japonesa de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta y su filial en el Japón, representada por la Comisión Doméstica que tiene sede en Tokio. En relación a las becas, 16 profesionales peruanos durante los siete años de duración del Convenio han viajado al Japón: 9 psiquiatras, un miembro de la Alta Dirección del Ministerio, 2 psicólogos, una enfermera, una asistenta social, un técnico en sistemas de información y un técnico en sistemas electrónicos.

Queremos agregar que, con la visita del Dr. Morishiro Takase, se ha logrado poner en marcha, en el Servicio de Neurología, los equipos para Potenciales Evocados. Es también importante señalar que además de los dos neurólogos de planta, asistieron al curso de adiestramiento un número, necesariamente limitado, de profesionales de diferentes Instituciones Públicas.

En la reunión del Comité de Coordinación de la Alta Dirección del Ministerio, el Presidente de la Comisión Evaluadora, Dr. Toshio Otsuka, después de revisar someramente el resultado de las evaluaciones, afirmó que tanto en los objetivos generales cuanto los específicos del Plan Maestro del Convenio suscrito en 1980, se habían cumplido por la contraparte peruana, pese a las limitaciones de recursos humanos y materiales.

El Profesor Otsuka señaló, que después de estos logros, el Instituto, por la amplitud de las funciones que le otorga la nueva estructuración del Ministerio, ha realizado importantes actividades no previstas en 1980 y que hacen que los representantes del Japón se lleven la impresión de haber colaborado con una tarea cuyos resultados han rebasado las expectativas iniciales. Se recalcó en esa ocasión la imperativa necesidad de apoyar con recursos de personal y de presupuestos al Pabellón de Adolescentes, en realidad la única área pendiente del Convenio. La inauguración del Servicio permite augurar un pronto y efectivo funcionamiento de un programa que reclama la comunidad, tanto y más cuanto que será el primer Servicio específicamente dedicado a adolescentes que funcione en nuestro país.

*Término formal del Convenio*

El 20 de mayo de 1987 se realizó el Acto Celebratorio del término del Convenio, con la participación de la Misión Japonesa, representantes de la Embajada de ese país y un delegado de la Alta Dirección del Ministerio de Salud. En esa oportunidad se develaron la Columna Recordatoria, en lugar preferente de los jardines interiores del Instituto, y el busto de Honorio Delgado, donado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en significativo testimonio de la creación de la Cátedra que lleva el nombre de nuestro epónimo, "reactualizando en esta forma una tradición institucional universitaria", en el año conmemorativo del XXV Aniversario de la Fundación del Claustro herediano (Resolución Rectoral del 22 de mayo de 1986). Queda pendiente el busto de Hideyo Noguchi, solicitado por nosotros al Gobierno del Japón a través de su Embajada. Ambicionamos una réplica del existente en el local de la "Asociación Conmemorativa Hideyo Noguchi" de Tokio, obra del escultor Konenkov para quien posó el científico japonés: lo espera un lugar especial en el Instituto.

No encontramos mejor manera de hacer la crónica de esa Ceremonia que reproduciendo las palabras dichas en esa oportunidad:

"Hace 7 años, esto es, ayer, merced a la generosa liberalidad del pueblo japonés y a través de un Convenio formal —sujeto al Derecho Internacional como todos los Acuerdos entre Estados—, se dio comienzo, tras un período exploratorio de dos años, a una aventura humana que el devenir transformó, por imperativo histórico, de un modesto Centro de Salud Mental Comunitario, destinado a

servir a la población del Cono Norte de la Gran Lima, desprovista de atención especializada, a un Instituto Nacional llamado a convertirse en ente rector normativo de los programas de salud mental con alcance a toda la comunidad que conforma este país, o mejor expresado, el conjunto de nacionalidades que por cursos tortuosos pero confluentes intentan integrarse en el concepto de peruanidad.

"El Proyecto se cumplió con estricto cronograma por parte del donante, con curso menos sincrónico por el nuestro, pues el Sector, abrumado de problemas de mayor prioridad estadística, con cifras tan contundentes que nos hacen olvidar que por encima de todas las expresiones de salud y bienestar, de medicina preventiva y reparativa, está lo que podríamos llamar un imperativo categórico —para emplear una expresión kantiana—, que es la observancia, expresa o tácita, de los postulados esenciales de la estabilidad del sentir y la claridad del pensar, esto es, esa compleja transdisciplina que, a falta de mejor denominación, llamamos salud mental.

"Un Instituto de Salud Mental, es por esencia una organización de alto nivel destinada a la investigación de los problemas de su campo de conformidad a un orden de prioridades, sin descuidar la creatividad individual y de grupo, enderezada a aspectos específicos de la indagación y al esclarecimiento de la función y conducta del ser humano. Por la complejidad en la selección de personal idóneo, penetrado de rigor metodológico, y por los recursos económicos necesarios, todo pareciera expresar que un Instituto de esta clase es patrimonio solo de países ricos que, creyendo superados los males controlables, dirigen su atención hacia el fomento del estilo de vida o el proyecto vital que permita, al lado de sosiego emocional, una permanente actitud creativa y de servicio. Por ello no sorprende que en estos años de gestación y de desarrollos no siempre regulares, nuestra Institución establezca recién la base teórica y el sustento programático que ha de definir su destino.

"Cinco años puede comprometer lo mejor del ciclo vital de una persona pero es corto lapso para desarrollos de aliento. Estos cinco años de funcionamiento real están jalonados por logros discretos frente a penosas frustraciones. Y no podría ser de otra manera, si pensamos que es así, en nuestra realidad, el doloroso proceso de darle vida, con nuestra propia sustancia, a un Sistema comprensivo de nuestra realidad como habitantes de un territorio diverso, donde coexisten por lo menos dos mentalidades o dos formas esenciales de

concebir el significado del hombre sobre la tierra. Recién en los últimos años, frente al sangriento reclamo de los hechos, estamos cobrando conciencia de nuestro heterogéneo conglomerado humano y de la larga marcha que supone un destino confluente que abarque integral e igualitariamente nuestra comunidad nacional.

"A los que nos correspondió el desafío de estos difíciles años fundacionales sólo se nos ha permitido abrir la trocha, desbrozar el camino que deben transitar profesionales con realizaciones tangibles en el futuro próximo, con una espera esperanzada y no con impaciencia nihilista, que se transforma a veces en una actitud escéptica, contemplativa y hasta de crítica corrosiva. Otra tiene que ser nuestra disposición para acceder, a cabalidad, a la sentencia de Heráclito: "Si no se espera, no se alcanza lo inesperado".

"Resulta redundante expresar nuestro reconocimiento al Gobierno y pueblo japonés, representado por la Misión, por la efectiva y permanente disposición de ayuda material y espiritual, tanto durante el ejercicio del Convenio en que fue expresión de su duración inicial de cinco años, cuanto en la prórroga por dos años más, excepcional muestra de interés del país donante, por el Proyecto de Salud Mental que ha hecho realidad este Instituto. En los nombres del Fundador del Proyecto, Profesor Masaaki Kato, del Primer Jefe de la Misión, doctor Shunichiro Hayashi y de su último representante, doctor Tadahiko Sato, queremos renovar nuestra gratitud a los expertos que nos han brindado, por períodos diferentes, conocimiento y amistad. Queda, como testimonio de ello, la Sociedad Peruano-Japonesa de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, de reciente creación, que debe mantener siempre activos los vínculos establecidos, a nivel académico y amical, entre la Psiquiatría Japonesa y la Peruana.

"El tiempo suele tener un curso peculiar, con un fondo irracional que está siempre permanente en la parte primitiva de nuestra naturaleza. Me refiero al "mito del eterno retorno", que es una constante en la historia. Por ello estamos persuadidos que, en otro contexto, se mantenga, como lo recomienda el informe de la Comisión Evaluadora Final, la colaboración iniciada y que en plazo, que no tiene por qué ser necesariamente largo, tengamos otra vez entre nosotros al doctor Tadahiko Sato y a sus colegas, pertenecientes a una cultura milenaria que tiene tanto de común con nuestra cultura prehispánica en lo que a espiritualidad y mundo emocional concierne".

*Expectativas del país al término del Convenio*

Por convenir a los intereses del Instituto y pensando en su futuro, esta Dirección formuló primero ante la Misión Japonesa y después ante la Comisión Evaluadora Final, las expectativas de nuestra Institución al término del Convenio. Estas son:

1. La continuidad del lazo de amistad y de colaboración científica desarrollada en los últimos siete años entre el Japón y el Perú, facilitando información, viaje de conferencistas, apoyo a las Jornadas Psiquiátricas del Instituto y en general a la actividad académica y societaria peruana. El instrumento indispensable sería el mantenimiento, sin límite de tiempo, de la Comisión Doméstica Japonesa, con sede en Tokio, en contacto con la Dirección del Instituto y la participación de la JICA y la Embajada del Japón en el Perú, a la manera de un Patronato; y la presencia, de modo indefinido, de un experto japonés en el campo psiquiátrico, como medio de enlace y apoyo de los programas que cumple el Instituto. Sobre el particular la Dirección General del Instituto elevó formalmente al señor Ministro de Salud la solicitud correspondiente (OF. Nº 2379-INSM-HD-HN-87) y éste hizo suya nuestra petición solicitando "se examine la factibilidad de obtener el asesoramiento mencionado —la asignación de un experto del Gobierno Japonés en el área de la Psiquiatría Comunitaria por un período de dos años renovables en razón del logro de los objetivos propuestos— en el contexto de la futura cooperación para el bienio 1987-1989".

2. El apoyo especial a dos Programas del Instituto: el de Psiquiatría Comunitaria y el de Psiquiatría Biológica. El Programa de Psiquiatría Comunitaria, que se enlaza con los lineamientos actuales de política en salud, debe generar "modelos" alternativos e innovadores en el campo de la salud mental, tanto en su aspecto positivo (fomento del desarrollo humano armonioso, de la eupsiquia), cuanto del asistencial (tratamiento precoz, modalidades de asistencia centradas en la comunidad, seguimiento de enfermos crónicos con evitación del "deterioro social", etc.).

   El Programa de Psiquiatría Biológica requiere conservación y mantenimiento adecuados, suministros y reactivos, con miras a la pronta atención en materia de "marcadores biológicos" de

los desórdenes mentales, niveles plasmáticos de psicofármacos y sustancias tóxicas, etc.

3. La obtención, a través de JICA, de un pequeño presupuesto para el mantenimiento de los equipos donados al Instituto, principalmente mediante el suministro de repuestos y demás elementos indispensables para la adecuada utilización de los recursos técnicos, con especial énfasis en los equipos de laboratorio que no tienen representación en el Perú.

4. La formalización de los vínculos científicos a través de la creación de la Sociedad Peruano-Japonesa de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, con sede en el Instituto. Sobre el particular cabe señalar que ya se ha fundado la mencionada Sociedad habiendo asumido la presidencia de su primera Junta Directiva el Dr. Renato Castro de la Mata.

5. Haciendo un considerable esfuerzo económico la Misión Japonesa ha financiado la erección, en lugar preferente del Instituto, de una columna recordatoria de la Misión Japonesa de Salud Mental en el Perú, con mención de sus mentores y expertos.

* * *

Estamos persuadidos de las imperfecciones y limitaciones de nuestra *praxis*. Convencidos de la vigencia de los principios rectores de la *ortopraxis* pinealiana, quizá no hemos llegado aún a la realización del proyecto que dio nacimiento al Instituto.

A nuestra generación le tocó la posibilidad de proponer un Instituto y a nosotros la responsabilidad de poner en marcha un ambicioso proyecto del que apenas hemos abierto trocha y desbrozado la ruta, resignándonos, como alguien tenía que hacerlo, a conformarnos con ser semilla de futuras cosechas.

A los colegas que nos acompañaron lealmente en este tramo de la ruta, el texto bien glosado de Antonio Machado: "Caminante, son tus huellas/ el camino y nada más;/ caminante no hay camino:/ se hace camino al andar./ Al andar se hace camino,/ y al volver la vista atrás/ se ve la senda que nunca/ se ha de volver a pisar./ Caminante no hay camino,/ sino estelas en el mar".

A lo que queremos agregar otro verso del mismo Machado: "Romero para ir a Roma,/ lo que importa es caminar;/ a Roma por todas partes,/ por todas partes se va".

# PLAN NACIONAL DE PREVENCION DE LA FARMACODEPENDENCIA

# EL PLAN NACIONAL DE PREVENCION DE LA FARMACODEPENDENCIA

Por Jorge Castro Morales *

En octubre de 1985 un equipo de trabajo del Instituto, encabezado por el autor de este capítulo, entregó al Ministerio de Salud un documento que, con los auspicios de la Organización Panamericana de Salud, habría de ser publicado por la Dirección General de Formulación y Normación de Programas de Salud del Ministerio. En septiembre de 1986, por disposición del Ministro de Salud de entonces, se encarga al Instituto la Coordinación de las actividades enunciadas en ese Plan y la gestión y ejecución de donaciones de Organismos Internacionales en esta área, razón por la cual se implementa la Oficina de Coordinación Sectorial de Programas de Prevención de la Farmacodependencia a nivel de Instituto Nacional de Salud Mental. En octubre de 1987, con el cambio producido en la Dirección del Instituto, se interrumpe el Plan y se modifica el Programa del Instituto.

La simple exposición de estos hechos ilustra las vicisitudes que tiene que seguir un Proyecto de esta envergadura, no obstante contar con apoyo y reconocimiento internacional, como habremos de ver más adelante.

El Plan Nacional de Prevención de la Farmacodependencia tiene su base legal en el D.L. 22095 y sus modificatorias (D.L. 22926, D.L. 22927, D. Legislativo Nº 122, D.S. Nº 040-83-AG Ley 23430, D.S. 456-84-EFC, Ley 23956), tomando como premisa que uno de los objetivos del mencionado D.L. 22095 es la rehabilitación biopsicosocial del farmacodependiente y la noción que toda sociedad tiene como objetivo permanente maximizar el flujo de bienes y servicios (eficiencia) y mejorar la distribución del ingreso (equidad), se formuló un Plan en el que se daba énfasis a la evaluación de los beneficios netos sociales, entendiéndose por estos a la suma de los beneficios netos de eficiencia económica adicionados al efecto neto distributivo (impacto), de forma tal que al estrecho concepto de gasto se anteponía el cálculo de inversión.

Todo ello tomando en cuenta que la medición de las diferentes variables del problema tropezaba con la carencia de estadísticas

* Jefe del Departamento de Niños y Adolescentes y Encargado del Programa de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental.

confiables a todo nivel. No se contaba con datos de producción, distribución ni consumo de drogas, ni existían estimados de tipo epidemiológico a nivel nacional. Las cifras de decomisos o atención de pacientes eran contradictorias, cuando no inexistentes. De otro lado, la diversidad cultural del país, establecía tendencias de uso y abuso que persisten y cuya sola definición entraña enfoques antropológicos controvertidos.

Ante tal complejidad, se priorizaron las siguientes ideas centrales:

— Implementación de un Sistema Nacional de Información sobre Uso y Abuso de Drogas que permitiera la recolección de datos confiables.

— Coordinación con el Sector Educación para las actividades de Prevención Primaria.

— Cobertura Asistencial de grupos en riesgo (críticos) con formulación de un modelo de tipo experimental en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

— Reforzamiento del Centro de Rehabilitación de Ñaña como exponente de la Prevención Terciaria.

— Desarrollo secuencial de todas las actividades, con Programas-Piloto que luego de implantarse en Lima Metropolitana pudieran ser adaptados a las necesidades de alcance nacional.

— Investigación en tres niveles:

  1. Investigación epidemiológica de campo.
  2. Investigaciones clínicas.
  3. Investigaciones experimentales.

— Evaluación periódica de las acciones emprendidas para apreciar:

  1. El impacto de las medidas preventivas primarias.
  2. El efecto de los métodos de tratamiento dentro de los programas de prevención secundaria.
  3. El seguimiento de los pacientes rehabilitados como parte de las medidas de prevención terciaria.

— Capacitación del personal en una serie de establecimientos nacionales y extranjeros de reconocido prestigio, tales como el Hospital Mental de Antioquia (Colombia) o el Instituto Mexicano de Psiquiatría, por mencionar los del ámbito Latinoamericano.

— Captación de recursos internacionales provenientes de fuentes como la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia para el Desarrollo Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas y otras.

— Participación comunitaria, utilizando las organizaciones ya existentes y no buscando paralelismos que promovieran enfrentamientos o duplicación de esfuerzos. Se planteaba una estrategia que estimulara la formación de patronatos locales que actúen como gestores y coordinadores de grupos de autoayuda (ex-pacientes, familiares).

A continuación reseñamos las acciones propuestas en el Plan dentro de los diferentes niveles de prevención; para luego hacer algunas apreciaciones críticas de los logros y las limitaciones observadas en el curso de los dos años en que, teóricamente, se desarrolla el Plan.

1. *Prevención Primaria*

Se entiende por acciones de prevención primaria aquellas tendientes a evitar la aparición de una condición mórbida dada. Estas acciones se dirigen a la población general normal y especialmente a la población en riesgo de contraer una enfermedad.

Partiendo de estas premisas, las acciones de prevención primaria estarán dirigidas prioritariamente a los grupos etarios más numerosos y en más alto riesgo del país, cuales son los niños, adolescentes y adultos jóvenes.

Tomando en consideración, además, que la población infanto-juvenil escolarizada o de nivel universitario tiene mayor acceso a recursos humanos y materiales que faciliten estas acciones, se ha recogido la experiencia acumulada en dos Seminarios Nacionales sobre prevención primaria en escolares organizados por el Comité de Coordinación Sectorial de Educación para prevenir el uso indebido de drogas (COSEPUID).

Las conclusiones de los mismos refuerzan la noción que se emprenden acciones incoordinadas, de las cuales se tienen datos de eficiencia, no de resultados, por carencia de evaluación sistemática del impacto.

Las acciones emprendidas por instituciones privadas siguen, generalmente, el modelo de conferencias o mesas redondas aisladas, dirigidas a auditorios disímiles y sin una posible evaluación del impacto. Son frecuentes, en este contexto, las charlas sobre farmacodependencia en colegios, centros de salud, clubes sociales, etc.

Un esfuerzo correctivo en este plano es el señalado por la Asociación de Psicólogos Escolares, entidad que agrupa a psicólogos que trabajan en centros educativos particulares, la que ha organizado este año un Seminario-Taller para profesores y padres de familia para incentivar la organización de promotores dentro de los propios colegios y motivar a los profesores a capacitarse en aspectos relacionados a la farmacodependencia.

Entidades como la Asociación Nacional para Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la dependencia de drogas y COCADI-II, animadas por psiquiatras dedicados al tratamiento de estos pacientes, realizan campañas de difusión preventiva mediante afiches, folletos y exposiciones en los medios de comunicación social, muchas veces sin control alguno sobre los contenidos de los mensajes ni la validez de los métodos terapéuticos propuestos.

1.1. Población a la que se dirige.

De acuerdo a los estimados de Oliver el 23.3% de los habitantes de Lima Metropolitana y el Callao, que suman más de cinco millones y medio de habitantes en total, están entre los 10 y 19 años de edad.

De este millón trescientos mil niños y jóvenes, unos seiscientos mil han experimentado, es consumidor habitual o ha caído en la farmacodependencia. La proporción de consumidores va de 3 a 1 y de 7 a 1 para el sexo masculino en relación al femenino y la droga de inicio más usada ha dejado de ser la marihuana para encumbrar a la pasta básica de cocaína (PBC) en un porcentaje que llega al 45.25%.

No se dan cifras para consumo de alcohol y se señalan cifras indiciarias para el consumo de solventes volátiles. Un

estudio realizado por Solórzano en menores de 6 a 17 años, enviados por la policía al Juez de Menores, indica un 50% de un total de 523 en seis meses. Estas cifras, si bien relativas, nos marcan una pauta acerca de las tendencias de consumo en una población que, por sus características psicológicas y el contexto social en que se desenvuelven, es vulnerable.

A fin de realizar un planteamiento confiable para estas acciones, se propone un modelo de investigación epidemiológica en colegios que permita definir las características de la población antes de iniciar el programa específico.

La adolescencia es una edad de crisis en la que el joven debe resolver una serie de conflictos y responder adecuadamente a tareas tan complejas como la separación de la familia nuclear, incorporarse a un grupo de amigos, consolidar su identidad a través de la búsqueda de pareja y definir su vocación y adaptación al trabajo.

En una sociedad que presenta síntomas de quiebra moral y que no brinda alternativas ocupacionales o de superación profesional, como producto de la crisis económica, el desempleo y un sistema educativo distorsionado, en el que la deserción escolar alcanza al 88% de los que iniciaron el 1º grado y el porcentaje de ingresantes a las universidades es del orden del 18% del total que culminó estudios secundarios, el riesgo de acudir a la droga se presenta por la doble vía de encontrar en ella una solución coyuntural escapista o manifestar, mediante su consumo, una posición contestataria al mundo adulto, el que culpabiliza al joven por consumir determinadas drogas (ilegales), pero hace ostentación del consumo de las llamadas drogas legales: alcohol, tabaco, psicofármacos, analgésicos, etc.

1.2. Cobertura

1.2.1. *Numérica*

En un período inicial, cubrirá la población infanto-juvenil de Lima Metropolitana y Callao = 1'300,000 personas.

Posteriormente se incorporarán a estos programas población similar de Arequipa y Piura y ulteriormente se realizarán a escala nacional.

1.2.2. *Geográfica*

Tal como se señala en el 1.2.1.

1.3. *Objetivos*

Se realizarán Seminarios-Taller diferenciados para alumnos, profesores y padres de familia.

Los objetivos de los mismos serán los siguientes:

1.3.1. Dar información sobre la realidad del consumo de drogas, los aspectos farmacológicos y clínicos del mismo y sus medios de control.

1.3.2. Fomentar actitudes de comunicación e integración positiva entre estudiantes, maestros y padres de familia.

1 3.3. Identificar las acciones a realizar y los lugares a recurrir en caso de necesitar ayuda, apoyo o consejo, ante la presencia de conflictos individuales o familiares.

1.3.4. Promover conceptos positivos básicos en la salud física y emocional de una persona y su entorno familiar.

1.3.5. Capacitar a las personas en técnicas de autocontrol.

Un ejemplo de este tipo de programa es el que figura en el anexo 4 del "Proyecto para el funcionamiento del Programa de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental".

1.4. *Metodología*

1.4.1. Seminario-Taller para alumnos.

1.4.2. Seminario-Taller para profesores.

1.4.3. Seminario-Taller para padres de familia.

1.4.4. Seguimiento y evaluación del impacto:

La sola realización de estos seminarios-taller no asegura la eficacia de estas acciones, por lo que se proponen dos líneas de acción para la evaluación de sus resultados en términos de impacto en la comunidad.

1.4.4.1. Vigilancia epidemiológica, mediante la ficha V.E.D. aplicada anualmente en los colegios en que se ha desarrollado un programa de prevención primaria.

1.4.4.2. Encuestas trimestrales al interior de los propios colegios a cargo de los Departamentos psicopedagógicos o de OBE de los mismos, a fin de reforzar los seminarios con acciones de consejería u orientación para padres, maestros y alumnos.

1.5. *Acciones*

1.5.1. Encuestas epidemiológicas.

1.5.2. Seminarios-Taller.

1.5.3. Seguimiento y evaluación de impacto.

1.5.4. Otras: campañas a través de los medios de comunicación social ("spots" televisivos, afiches, folletos, etc.).

1.6. *Recursos*

1.6.1. Humanos

1.6.1.1. Sector Salud: profesionales de la salud.

1.6.1.2. Sector Educación: profesores y psicólogos que trabajan en centros educativos estatales y particulares (Departamentos psicopedagógicos o de OBE).

Trabajadores sociales de los Departamentos de Bienestar Estudiantil de las Universidades.

1.6.1.3 Sector Ministerio del Interior:

Dirección de policía de menores de la Guardia Civil, Policía Femenina.

1.6.1.4. Comunitarios:

Asociación de padres de familia de colegios, clubes de madres de pueblos jóvenes, clu-

bes sociales y deportivos, Asociaciones Nacionales de "boy-scouts", Asociaciones de Muchachas Guías, etc.

1.6.2. *Materiales*

Infraestructura de los Sectores Salud, Educación, Interior y la que aporte la comunidad.

2. *Prevención Secundaria*

La prevención secundaria está dirigida a reducir la prevalencia de las enfermedades mentales sin alterar directamente la incidencia, mediante un tratamiento precoz de los casos agudos y reduciendo la duración de las enfermedades así como las tasas de morbilidad y mortalidad de éstas.

No existe evidencia que tales metas hayan sido alcanzadas por los programas de prevención secundaria en farmacodependencia en el Perú. Tal como ocurre en la prevención primaria, los programas han ido surgiendo por iniciativa de algunos psiquiatras interesados en esta problemática, pero su desarrollo no ha obedecido a un marco conceptual definido ni a un sistema orgánico de atención que asegure, cuando menos, la asistencia de la demanda real de servicios o el seguimiento de casos que interrumpan el conocido fenómeno de puerta giratoria, por el que el farmacodependiente es dado de alta en un servicio para recaer y buscar atención nuevamente en ese mismo servicio o en otro.

Los servicios asistenciales en el Perú se han centrado en los dos hospitales psiquiátricos existentes hasta 1982, en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, inaugurado en 1978 y en los Servicios de Salud Mental ambulatorios de algunas áreas hospitalarias (Hospital Santa Rosa, Centro de Salud de Lince, Servicio de Salud Mental "Honorio Delgado", Hospital Daniel A. Carrión).

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" inaugurado en 1982, determinó que no era prioritario el funcionamiento de un servicio de farmacodependencia en un momento inicial, pero el año 1986 ha elevado al Ministerio de Salud un Proyecto de Funcionamiento de Programa en Farmacodependencia que está a la espera de recursos humanos y financieros para ser puesto en marcha.

La Seguridad Social tiene una Unidad de Alcoholismo y Farmacodependencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati y atiende farmacodependientes en la Clínica de Día del Hospital Guillermo Almenara.

Existen otras entidades dedicadas a la atención del paciente farmacodependiente a nivel particular.

El estudio de la concentración, consultas por egreso y promedio de permanencia de los casos registrados permite inferir que la atención que se brinda a la demanda efectiva no es satisfactoria.

De otro lado, las discrepancias entre la demanda biológica y la demanda efectiva, requieren de una rápida racionalización si se pretende corregir el sesgo que presenta este tipo de atención.

Un estudio realizado por el equipo de psicológos de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud en 1984, que abarcó la prevalencia lápsica de diagnóstico de farmacodependencia en 1981 - 1984 en dos hospitales psiquiátricos y uno general, mostró la siguiente distribución en un total de 998 pacientes:

— Sexo: — Masculino — 97.99%
— Femenino — 02.01%

— Edad de mayor concentración de consumo:

de 16 a los 30 años, con un pico más elevado entre los 22 y 24 años.

— Estado Civil:

| | |
|---|---|
| — Solteros | — 77.51% |
| — Casados | — 18.88% |
| — Convivientes | — 03.21% |
| — Separados | — 00.40% |

— Grados de Instrucción:

| | |
|---|---|
| — Secundaria | — 76.81% |
| — Superior | — 15.36% |
| — Primaria | — 07.83% |

— Ocupación:

| | | |
|---|---|---|
| — Desocupados | — 37.35% | (18 a 28 a) |
| — Estudiantes | — 30.32% | (16 a 24 a) |
| — Obrero independiente | — 14.66% | |
| — Empleado no profesional | — 12.88% | |
| — Empleado profesional | — 04.61% | |

— Edad de Comienzo:

| | |
|---|---|
| — 9 a 19 años | — 69.99% |
| — 20 a 29 años | — 25.01% |
| — 30 a más | — 03.00% |
| — No señalan datos | — 02.00% |

— Drogas de Mayor Consumo:

1. PBC.
2. Marihuana.
3. Tranquilizantes.
4. Anfetaminas, opioides y barbitúricos.
5. Asociaciones, medicamentos, inhalantes.

— Diagnósticos asociados a la dependencia a PBC:

| | |
|---|---|
| — Desorden de la personalidad | — 17.94% |
| — Esquizofrenia | — 6.85% |
| — Dependencia alcohólica | — 2.02% |

Estas cifras, si bien no muy sistematizadas, permiten afirmar que, pese a que la demanda de servicios va aumentando año a año, como lo demuestran las cifras de nuevos consultantes en el Hospital Hermilio Valdizán, que pasaron de un caso en 1973 a 129 casos en 1984, la atención a los usuarios llega tardíamente, si se toma en cuenta la edad de comienzo confesada por los 998 pacientes encontrados entre 1981 y 1984.

En este campo, como en otros, una nueva priorización y orientación de los servicios que se brindan, es urgente. Es por ello que el proyecto propuesto para el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" está dirigido a una población entre

13 y 25 años, del sexo masculino, con un promedio de estancia ponderado de seis semanas y programas de prevención primaria y terciaria conexos.

2.1. *Población a la que se dirige:*

2.1.1. Adolescentes y adultos jóvenes en riesgo.

2.1.2. Atención ambulatoria para pacientes de sexo masculino y femenino.

2.1.3. Atención hospitalaria para pacientes del sexo masculino en los Centros ya existentes y en el Instituto Nacional de Salud Mental.

2.1.4. Atención hospitalaria para pacientes del sexo femenino en las Unidades de farmacodependencia de los hospitales generales.

2.2. *Cobertura*

2.2.1. Numérica.

Inicialmente cubrirá la demanda efectiva en Lima y Callao (estimada en 500 casos nuevos por año); progresivamente incorporará la demanda efectiva de Arequipa y Piura.

En la tercera etapa, la demanda efectiva de todo el país.

Ulteriormente, la demanda racionalizada de acuerdo a la nueva sectorización de la atención en Salud.

2.2.2. Geográfica

En base a la nueva sectorización de atención en Salud y los dispositivos actuales de sectorización en Salud Mental.

2.3. *Objetivos*

2.3.1. Satisfacer la demanda efectiva de servicios.

2.3.2. Propender a la satisfacción de la demanda racionalizada.

2.3.3. Optimizar las cifras de concentración, egresos y promedio de permanencia.

2.3.4. Articular las acciones de prevención secundaria con las de prevención primaria y terciaria.

2.3.5. Desarrollar modelos de atención ambulatoria y hospitalaria económicos y adaptados a los recursos humanos y materiales disponibles.

2.3.6. Mantener sistemas de registro y notificación uniformes y actualizados.

2.3.7. Favorecer una vigilancia epidemiológica simple y actualizada.

2.3.8. Incentivar el desarrollo de nuevas técnicas y trabajos de investigación.

2.3.9 Posibilitar la docencia y la capacitación en Servicio.

2.4. *Metodología*

2.4.1. Implementación de los servicios asistenciales de acuerdo a los lineamientos de planeación establecidos.

2.4.2. Capacitación del personal de acuerdo a las estrategias señaladas en el acápite respectivo.

2.4.3. Evaluación del impacto de los servicios a través de la ficha de vigilancia epidemiológica, estudios epidemiológicos más sofisticados en "centros-centinela" y datos de registro y notificación.

2.4.4. Evaluación de los resultados obtenidos en el Programa de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental y los que ya están funcionando, con periodicidad anual.

2.4.5. Coordinación y control de las actividades terapéuticas en el campo de la farmacodependencia mediante el uso de tablas de eficacia terapéutica cuantificadas.

2.4.6. Utilización de registros uniformes.

2.5. *Actividades*

2.5.1. Establecer criterios diagnósticos uniformes y métodos de admisión a consulta externa y hospitales con normas y procedimientos definidos.

2.5.2. Regular un plan terapéutico que va desde la desintoxicación a la deshabituación a través de fases definidas.

2.5.3. Realizar actividades terapéuticas multidisciplinarias que involucren al paciente, su familia y su entorno social, con metas y técnicas diferenciadas:

2.5.3.1. Psicoterapia individual.

2.5.3.2. Psicoterapia grupal.

2.5.3.3. Psicoterapia familiar.

2.5.3.4. Talleres de orientación vocacional y formación laboral.

2.5.3.5. Actividades recreativas y deportivas y cine forum.

2.5.3.6. Actividades artísticas y creativas.

2.5.4. Registrar y evaluar en comités de coordinación la evolución del paciente.

2.5.5. Realizar controles biológicos cualitativos y cuantitativos de metabolitos en orina.

2.5.6. Evaluar los egresos mediante datos de concentración y permanencia en consulta, tiempo de abstinencia, ausencia de comportamiento antisocial, reinserción escolar y/o laboral, readaptación familiar o de pareja, ausencia de secuelas o complicaciones.

2.6. *Recursos*

2.6.1. Humanos:

2.6.1.1. Sector Salud:

—Postas de Salud: auxiliares de enfermería y promotores.

—Centros de Salud: médicos, enfermeros.

—Hospitales Zonales: médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales.

—Hospitales Generales: Ibid. además de psiquiatras.

—Hospitales Regionales: Idem.

—Servicios de Salud Mental en Areas Hospitalarias: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería.

—Hospitales Psiquiátricos e INSM: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapistas ocupacionales, auxiliares de enfermería.

2.6.1.2. Instituto Peruano de Seguridad Social: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapistas ocupacionales, auxiliares de enfermería.

2.6.1.3. Sanidad de las Fuerzas Policiales e Institutos Armados.

2.6.1.4. Servicios Médico-Psiquiátricos empresariales: industriales, comerciales, mineros, agrícolas (cooperativas, SAIS).

2.6.1.5. Servicios Médicos Municipales.

2.6.1.6. Profesionales de la Salud en la actividad privada.

2.6.2. Materiales:

Infraestructura del Sector Salud, IPSS, FF.AA. y Fuerzas Policiales, Servicios Médicos empresariales, municipales y privados.

3. *Prevención Terciaria*

La prevención terciaria está dirigida a reducir la morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad mediante la rehabilitación, aún cuando sus tasas de incidencia y prevalencia no sean directamente afectadas por estas actividades.

Las funciones de rehabilitación están ordenadas en cuatro aspectos:

— Remotivación.
— Reeducación.
— Readaptación.
— Reinserción.

En nuestro país, los problemas derivados de la crisis económica con tasas altas de desempleo (se calcula que solo un tercio de la población economicamente activa tiene empleo adecuado), pobre infraestructura deportiva y recreacional y altos índices de criminalidad asociada al narcotráfico, hacen que las posibilidades de rehabilitación sean exigüas. Un indicio de lo expuesto se refleja en los datos sobre ingresos de menores en situación irregular y la población penal en los CRAS.

El único Centro de Rehabilitación para farmacodependientes en funcionamiento, el inaugurado en Ñaña en 1978, arroja hasta el momento tasas de recuperación que están por debajo del 30% de los ingresantes. Esta cifra, coincidente con tasas de recuperación similares en otros lugares del mundo, y el costo del mantenimiento de los pacientes, con estancias que teóricamente pueden extenderse por seis meses, invitan a pensar en alternativas más ajustadas a la realidad del Perú en lo relacionado a la prevención terciaria.

3.1. *Población a que se dirige*

3.1.1. Adolescentes y adultos jóvenes egresados de los servicios de prevención secundaria (hospitalizados).

3.1.2. Pacientes farmacodependientes de atención ambulatoria (consulta externa y hospitalización de día).

3.1.3. Asociaciones de ex-adictos.

3.2. *Cobertura*

3.2.1. Numérica:
Sigue los lineamientos de 2.2.1.

3.2.2. Geográfica:
Sigue los lineamientos de 2.2.2.

3.3. *Objetivos*

3.3.1. Remotivar al paciente para modificar su comportamiento frente al uso de drogas.

3.3.2. Reeducar al paciente en la utilización de su tiempo libre.

3.3.3. Readaptar al paciente a las exigencias de eficacia social.

3.3.4. Readaptar al paciente en el contexto de las relaciones familiares y la comunicación interpersonal.

3.3.5. Reinserción educacional y/o laboral.

3.3.6. Promover la aceptación del ex-adicto en la sociedad.

3.3.7. Incentivar la participación del ex-adicto en las tareas de prevención primaria en la comunidad.

3.4. *Metodología*

3.4.1. Implementación del Servicio de Rehabilitación y Laborterapia del Instituto Nacional de Salud Mental.

3.4.2. Optimización del rendimiento de los servicios de rehabilitación existentes.

3.4.3. Capacitación del personal expecializado en la rehabilitación del farmacodependiente.

3.4.4. Evaluación del impacto de los programas mediante el seguimiento de los pacientes de acuerdo a su adaptación escolar y/o laboral, familiar y social.

3.4.5. Evaluación del resultado de los programas a través de datos de recaída, alta administrativa, conducta antisocial, complicaciones médicas o tóxicas asociadas al consumo de drogas y secuelas invalidantes en los pacientes.

3.4.6. Integración de grupos juveniles de ex-pacientes en actividades rentables, así como recreacionales, deportivas y artísticas.

3.4.7. Incentivación a los familiares de ex-pacientes y a la comunidad en general para actividades de prevención terciaria.

3.5. *Actividades*

3.5.1. Remotivación a través de psicoterapia individual o grupal.

3.5.2. Reeducación frente a los hábitos nocivos que llevan a/o son consecuencia del consumo de drogas:

3.5.2.1. Comportamiento frente al consumo de drogas.

3.5.2.2. Comportamiento en el tiempo libre.
3.5.2.3. Comportamiento social.
3.5.2.4. Comportamiento en el trabajo.
3.5.2.5. Comportamiento de auto-organización y organización del medio ambiente.
3.5.2.6. Solución de problemas y toma de decisiones.
3.5.2.7. Discriminación y modificación de las concepciones y/o creencias irracionales.

3.5.3. Readaptación mediante orientación vocacional y formación laboral.

3.5.3.1. Selección y motivación de candidatos aptos para la capacitación.
3.5.3.2. Facilitar el desarrollo de actividades para mantener la remotivación y evitar el desánimo.
3.5.3.3. Valorar las disposiciones para el trabajo en tareas habituales.
3.5.3.4. Desarrollar y mantener habilidades potenciales.
3.5.3.5. Desarrollar y mantener nuevas habilidades o destrezas.
3.5.3.6. Organizar y desarrollar actividades que permitan el autovalimiento del paciente.

3.5.4. Reinserción familiar y social.

3.5.4.1. Compromiso de la familia en el desarrollo de todas las actividades del programa.
3.5.4.2. Favorecer la formación de asociaciones de ex-pacientes y familiares de éstos.

3.6. *Recursos*

3.6.1. Humanos.

3.6.1.1. Sector Salud: psiquiatras, psicólogos, asistentas sociales, enfermeras, terapistas ocupacionales, auxiliares de enfermería, auxiliares de terapia ocupacional.
3.6.1.2. Sector Educación: Profesores de educación artística, educación física y formación laboral.

3.6.1.3. SENATI: Técnicos en electricidad y mecánica.

3.6.1.4. Sector Agricultura: Técnicos agropecuarios.

3.6.2. Materiales.

3.6.2.1. Infraestructura del Sector Salud.

3.6.2.2. Equipos de SENATI y Sector Agricultura.

Al momento de interrumpirse la ejecución de este Plan*, sus logros podrían compendiarse de la siguiente manera:

1. *Prevención Primaria*

1.1. Suscripción de un Convenio entre el Gobierno peruano y AID para la implantación de un Sistema Nacional de Información sobre Uso y Abuso de Drogas, que comprende tres componentes:

1.1.1. Sistema de Registro y Notificación del Abuso y la Dependencia de las Drogas (RENADD).

1.1.2. Encuesta en hogares de alcance nacional.

1.1.3. Encuesta sobre factores psicosociales en la iniciación y experimentación con drogas en escolares, a escala de Lima Metropolitana.

1.2. Coordinación de actividades con el Sector Educación, CEDRO y el Consejo Distrital de Independencia.

2. *Prevención Secundaria*

2.1. Inauguración y puesta en marcha del Servicio de Consulta Externa del Programa de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

2.2. Obtención de equipo EMIT SYVA 5,000 y Kits de reactivos para dosaje de alcaloides en orina mediante donación de la OPS, con recursos financieros del UNFDAC.

3. *Prevención Terciaria*

3.1. Mantenimiento de la vigencia y funcionamiento del Centro de Rehabilitación de Ñaña, luego de emitirse el informe evaluativo de sus actividades.

* El autor se refiere a nuestro cese en la Dirección General del INSM, el 15 de octubre de 1987. El Plan, a nivel nacional, gozaba de autonomía y estaba en estrecha relación con las actividades del Instituto.

3.2. Funcionamiento de una granja para rehabilitación de farmacodependientes en Iquitos.

4. *Capacitación*

Utilizando los fondos del Proyecto-Puente Perú-UNFDAC, se realizaron los siguientes Seminarios-Taller, con asistencia del personal multidisciplinario y la participación de expertos del exterior, así como de profesionales de todo el país.

4.1. Prevención en Farmacodependencia.

4.2. Métodos Terapéuticos en Farmacodependencia.

4.3. Rehabilitación en Salud Mental y Farmacodependencia.

4.4. Métodos de Registro e Investigación en Farmacodependencia.

5. *Colaboración Internacional*

Aparte lo enunciado, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" fué nominado en noviembre de 1986 Centro Nacional de Colaboración de la OPS a nivel de la Sub-región Andina para estudios comparativos en Farmacodependencia. El otro Centro nominado en la Sub-región es el Hospital Mental de Antioquia, en Colombia.

## REFERENCIAS

1. CASTRO DE LA MATA, R. (1985): *La farmacodependencia en el Perú,* Edición mimeografiada, Lima.
2. CASTRO MORALES, J. (1976): *Atención psiquiátrica a población escolar. Métodos de trabajo y perspectivas en el Perú.* Tesis Doctoral, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
3. CONVENIO HIPOLITO UNANUE (1985): *Informe preliminar sobre dependencia de las drogas en la sub-región Andina,* Lima.
4. COSEPUID (1983): *Primer Seminario sobre Prevención del uso indebido de Drogas,* Ministerio de Educación, Lima.
5. INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION (1983): *Evaluación de Proyectos de Inversión: Diferentes enfoques,* 2ª. ed., Lima.
6. MARIATEGUI, J. (1984): "Problemática del alcoholismo en el Perú. Una visión en perspectiva", *Revista de Neuro-Psiquiatría, 47:* 1-21.
7. NACIONES UNIDAS (1980): *Libro básico sobre medidas para reducir la demanda ilícita de drogas,* Nueva York.

# FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL

## SALUD MENTAL: FACTORES, MODELOS Y SISTEMAS*

En este apartado intentaremos bosquejar algunos de los factores generales condicionantes de la salud mental en el Perú. Como requisito previo, es menester diseñar, de modo esquemático, el "modelo preliminar de la salud mental" en nuestro país. Para ello, nos parece importante recordar la "imagen-objetivo" que, con Humberto Rotondo, esbozamos con este propósito en el *Plan Nacional de Salud Mental* (Anteproyecto, 1975, 1), por considerar que siguen manteniendo validez, tanto y más cuanto que, con excepción del Instituto y su proyecto (programa comunitario, extensión nacional, etc.), nada se ha hecho desde entonces para el desarrollo de la salud mental y la asistencia psiquiátrica; por el contrario, lo visible es el deterioro de las instituciones y el conformismo inmovilista resultante de una política que no prioriza la salud mental, a nivel nacional (mientras sí lo hace, irónicamente, con la "salud oral"), delegando en las Unidades de Salud algunas actividades en este sentido, como enunciado pero sin recursos. Como lo ha recordado René González Uzcátegui, nadie duda que "los problemas relacionados con la salud mental tienen alta prioridad. . . pero escaso presupuesto" (2). Si "analizamos los correspondientes programas, especialmente en términos de población cubierta, distribución y acceso de los servicios y naturaleza de las actividades realizadas, descubrimos que existe una brecha amplia entre la prioridad teórica asignada a salud mental en términos declarativos y la prioridad real manifestada en planes y programas. Esta situación trae a mi mente una expresión que escuché hace muchos años que decía con cierto humor que la salud mental goza de muy alto *status* pero posee muy baja prioridad" (2).

Una visión de conjunto de la problemática de la Salud Mental en América Latina ha señalado, con propiedad, que "un perfil de la salud mental en la Región y el estudio de su evolución en el tiempo se enfrenta con obstáculos inherentes, por una parte, a la ambigüedad conceptual de lo que se entiende por salud mental, y por otra, a la ausencia de indicadores confiables. Los países no disponen de registros adecuados de los diversos trastornos psicológicos

---

* De la mayor importancia en el análisis de la Salud Mental y en las proposiciones de cambio es la consideración de los factores externos condicionantes: desde el entorno físico y el ingreso *per capita,* hasta el marco socio-político, la nutrición, la educación, la vivienda, la migración y la escala valorativa. Con excepción del capítulo "Migración y Salud Mental", los demás temas han sido agrupados con el título de "Subdesarrollo, Marginalidad y Salud Mental" que, por su extensión, ha requerido desarrollo en texto aparte.

que afectan a la población. Además, los servicios están mal distribuídos y la cobertura que dan es a todas luces incompleta" (3). A esta pobreza de datos —a la que alude algún despistado comentarista como "innecesarios"—, se agrega el desconocimiento "aún más acentuado en relación con los aspectos positivos de la salud mental, entre otros la capacidad de adaptación frente a situaciones adversas, la creatividad y la frecuencia y distribución de las redes de apoyo social" (3). Pese a la "diversidad de los criterios diagnósticos y de la naturaleza de los instrumentos y métodos empleados, se nota una cierta coincidencia en los hallazgos, que indican una frecuencia de trastornos mentales y desajustes psicológicos en un tercio, y a veces en un cuarto, de la población adulta" (3). Los resultados de nuestros trabajos agrupados en *Estudios de Epidemiología Psiquiátrica en América Latina* (4), dados a la estampa con Gonzalo Adis Castro, ponen en evidencia la verosimilitud de estas apreciaciones. Por otro lado, la importancia de los problemas en la población infantil (5, 6), ha sido convalidada por investigaciones locales (Mariátegui et al., 6). En el estudio realizado en 1962, no repetido hasta la fecha, encontramos que las psiconeurosis representaban el 5.48% del 18.74% de la patología psiquiátrica total (6), a la que seguían las personalidades anormales y la patología psiquiátrica infantil, con una frecuencia relativa de 3.07 ± 0.30%, lo que nos llevó a considerar que esta cifra no debía sorprendernos "por el elevado neuroticismo de las madres de familia, además de otros factores de naturaleza biológica y cultural" (6). Si se agregan los cuadros de deficiencia mental y desórdenes convulsivos de la infancia, la frecuencia relativa de la muestra general se eleva a 4.20 ± 0.30%, siendo los niños de los niveles socioeconómicos menos protegidos los más afectados. Sobre el particular hemos señalado que los niños pertenecientes a los estratos socioeconómicos de pocos o nulos ingresos resultan los más cargados de patología psiquiátrica: contribuyen decisoriamente a su desarrollo la miseria, la promiscuidad, el abandono, entre "todo el conjunto de factores que gravitan, penosamente, sobre la niñez desvalida" (6).

"El Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (OPS/OMS, 1973) señaló que los problemas de salud mental de la Región, muestran en general una tendencia al aumento absoluto y relativo debido, entre otros factores, a la elevación de la expectativa de vida, al control cada vez mayor de las enfermedades trasmisibles, a la urbanización creciente, al proceso de desarrollo económico y a los desajustes sociales". Este infor-

me puntualizó no sólo la escasez sino la mala distribución de los recursos, la insuficiencia del ritmo actual de formación de personal, la cobertura incompleta de la población urbana y la casi ninguna atención de la población rural. Con sentido prospectivo, señaló para la década en curso el aumento en la demanda de servicios de salud mental "por la mayor influencia de factores patógenos que tienen especial importancia en toda sociedad en desarrollo", factores generados por "la urbanización, el hacinamiento, los desajustes propios de la industrialización y la automatización, el aumento del número de personas por encima de los 60 años, el incremento del consumo de sustancias que alteran la función mental y crean abuso y dependencia especialmente entre los adolescentes, entre los más relevantes problemas de salud psíquica que ya se aprecian, con inquietante intensidad, en América Latina" (7).

Pese al tiempo transcurrido, dado el inmovilismo relativo de los programas de salud mental en el país, hasta la aparición en la escena nacional del Instituto, nos parece pertinente reproducir el "modelo preliminar de salud mental" que, como "imagen-objetivo", para expresarnos en los términos entonces en boga, bosquejáramos con Humberto Rotondo en 1975:

"1. Se aspira a que la población del Perú alcance los más bajos índices de incidencia y prevalencia de desórdenes psicológicos y de incapacidades asociadas.

2. Se espera crear las condiciones necesarias para reducir y/o atenuar las situaciones psicosociales estresantes que afecten la salud y el bienestar del individuo, de la familia y de la comunidad.

2.1. Los integrantes de la familia y de la sociedad, cubiertas sus necesidades materiales, han de satisfacer sus necesidades emocionales básicas de seguridad, respeto, cariño, realización personal, participación solidaria y creadora.

2.2. Hombres y mujeres de la sociedad peruana, en un mismo nivel y complementándose, contribuirán al desarrollo de una vocación social y de servicio, expresión del pleno ejercicio de su libertad, dispuestos a la generosidad y a la participación en beneficio de la comunidad.

2.3. La comunidad en pleno, debidamente preparada, participará en todas las actividades de la salud mental.

2.4. Para el buen funcionamiento psicosocial del individuo, de la familia y de la sociedad, se fomentará la participación personal que facilite la comunicación, la ayuda psicológica y otras formas de apoyo humano en situaciones de crisis emocional y en las diferentes actividades de los programas de salud mental (promoción, protección y recuperación).

2.5. Preferentemente los profesionales de las ciencias de la salud, los profesionales del sector educación y de otros sectores que se ocupen de personas y de grupos humanos, participarán directa e indirectamente en actividades de salud mental.

3. La población peruana, urbana y rural en su totalidad y tomando a la familia como unidad de salud, tendrá derecho y acceso a las acciones de salud mental del sector público.

4. A fin de evitar la aparición de desórdenes psiquiátricos se realizará actividades de prevención primaria en grupos de población en mayor riesgo: madres solteras y abandonadas, alumnos con repetidos fracasos escolares, niños con antecedentes de patología perinatal, epilépticos, niños con múltiples privaciones materiales y afectivas, familiares de pacientes psiquiátricos, familiares de alcohólicos y bebedores excesivos, escolares con problemas emocionales y de personalidad, obreros y trabajadores expuestos a la fatiga y a cambios de ritmos biológicos, etc.

5. Tratamiento precoz y oportuno de los desórdenes psiquiátricos más comunes (estados depresivos, de ansiedad, alcoholismo, esquizofrenia, etc.), y de situaciones de crisis emocional.

6. Prevención de la incapacidad mediante la utilización de técnicas apropiadas, a fin de impedir la aparición de limitaciones o reducir el impacto de éstas y favorecer la pronta reincorporación de los pacientes psiquiátricos al trabajo, a la vida familiar y a la sociedad. Este proceso de rehabilitación se realizará de preferencia en la comunidad de residencia y con la participación de ésta y de la familia.

7. Se evitará en lo posible la asistencia intramural, mediante la utilización de alternativas tales como: hospitalización parcial (diurna o nocturna) y atención ambulatoria en centros ubicados en el área geográfica de residencia y con participación

activa de la comunidad, a fin de evitar el hospitalismo y la exclusión familiar.

8. Las actividades y los servicios de salud mental formarán parte de un *sistema integrado de atención de la salud* que funcione con criterio de sectorización interna y externa y garantice la accesibilidad a los usuarios en los aspectos geográfico, económico y cultural.

9. En los desórdenes psiquiátricos con limitaciones profundas (demencia orgánica, esquizofrenia crónica, deficiencia mental, etc.), se establecerá tratamientos apropiados a fin de conseguir un nivel aceptable de actividad productiva en un medio protegido, urbano o rural (albergues, granjas, talleres).

10. Se establecerá sistemas de seguimiento de casos y de mantenimiento del tratamiento ambulatorio en la propia comunidad y con la participación de ella.

11. Se capacitará permanentemente a los profesionales, técnicos, auxiliares de las ciencias de la salud y otros que estén vinculados con los grupos de población urbana y rural expuestos al riesgo de desórdenes psicológicos, para su participación en actividades de promoción, protección, rehabilitación y solución de situaciones de crisis emocional.

12. Se desarrollará programas de capacitación en materia de promoción y protección de la salud mental, dirigidos a personas que tengan bajo su responsabilidad a grupos humanos en centros de trabajo, escuelas, organismos públicos, etc.

13. La formación del médico general en las Universidades se hará con un fundamento epidemiológico, para el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y seguimiento de los desórdenes más comunes (situaciones de crisis, desórdenes depresivos y otras condiciones afectivas, alcoholismo, esquizofrenias, epilepsia, etc.).

14. El adiestramiento del médico psiquiatra en los Programas Universitarios de Residencia (Segunda Especialización), tendrá por objeto principal *formar un profesional con sólido fundamento en psiquiatría social, orientado para trabajar en la comunidad y capacitado para desempeñarse como líder, educador y consultor.*

15. Se capacitará a los graduandos de las Profesiones de las Ciencias de la Salud y se les dará el apoyo conveniente de consultoría y orientación en servicio para su intervención en acciones de salud mental: detección de casos, tratamiento precoz, seguimiento y referencia de desórdenes psiquiátricos a los centros conectados dentro y fuera de las Regiones de Salud correspondientes.

16. Los hospitales generales de la Metrópoli y del resto del país, contarán con unidades psiquiátricas para adultos y niños que incluyan ambientes y servicios para consulta externa, hospitalización parcial y total breve (no mayor de 30 días), atención de emergencia, visitas domiciliarias, servicios de alcoholismo y drogas, etc. Estas unidades formarán parte de un *sistema* que incluirá albergues protegidos de transición o permanentes para pacientes limitados, talleres protegidos, granjas de rehabilitación y centros de atención para pacientes de estancia prolongada.

17. Los ambientes para atención de trastornos psiquiátricos requieren de un adecuado diseño arquitectónico que favorezca la comunicación e interacción social, la adecuada privacía y la observación participante de todo el personal.

18. En las grandes ciudades habrá hospitales psiquiátricos de no más de 200 camas, contiguos a Hospitales Generales y destinados a pacientes psiquiátricos que requieran hospitalizaciones mayores de 30 días.

19. Los médicos psiquiatras serán consultores de los otros profesionales en el planeamiento, ejecución y evaluación de actividades indirectas de salud mental.

20. El médico psiquiatra y el equipo de salud mental que dirige, atenderán la demanda de adultos y niños de todas las edades y diagnósticos dentro y fuera de los establecimientos, con criterios de continuidad" (énfasis nuestro, 1).

La situación actual de la asistencia psiquiátrica y del más vasto campo de la salud mental en los países en desarrollo pone en evidencia dos órdenes de problemas: de un lado, la progresiva tecnificación de los recursos de costos elevados y, de otro, el aumento de la demanda espontánea por parte de la población general conforme la presión social del proceso de urbanización se hace más intensa.

Es sabido que con recursos limitados —por alta que sea la prioridad que se conceda a los programas de salud mental— no se puede ofrecer asistencia ilimitada. Es imperativo entonces favorecer el desarrollo de los aspectos preventivos —de costo reducido frente a los reparativos—, dentro de una estrategia flexible y multisectorial, con la creación indispensable de técnicas innovativas, basadas en el conocimiento de la realidad nacional y de los recursos potenciales de la comunidad orientados a la preservación de la salud aunque sea en sus niveles mínimos y, principalmente, apelar a los recursos de supervivencia ínsitos en la naturaleza humana, las "fuerzas biofílicas" en el sentido de Erich Fromm, que se hacen más visibles en las situaciones-límite, como ocurre en el mundo de hoy como experiencia cuasi cotidiana.

Es también importante evitar el "consumo de lujo" paradójico que se da en los países del Tercer Mundo con la utilización, sucesiva o simultánea, de más de un recurso asistencial, lo que priva la atención de otros potenciales usuarios y bloquea la fluidez de los sistemas médicos en particular los especializados. Es menester pues racionalizar la utilización de los recursos, hacer real en nuestro campo la integración funcional del Sector y la Seguridad Social, identificar el nivel de severidad de los problemas para ofrecerles el pertinente grado de atención, yendo, como todo en la vida, de lo simple a lo complejo. Para ello es necesario no solo la concertación de los esfuerzos de diverso origen sino la creación de un Sistema, amplio, fluído, flexible, interconectado y actuante dentro de los subsistemas en que se da la vida y el desarrollo humano.

Es por esta razón que, antes de deslindar las bases programáticas de la Salud Mental, se debe precisar su sustentáculo teórico, su enfoque epistémico, su sentido sistémico. "Nada más práctico que una teoría" señaló L. Boltzmann hace muchos años y hoy asistimos a una sana reorientación del pensamiento médico en busca de esos planteamientos fundamentales. Hemos sostenido en otro lugar que la Psiquiatría, esa compleja interdisciplina, responde a una tendencia hacia la personificación de la asistencia médica que, partiendo del conocimiento antropológico, "abarca y subsume todos los aportes orientados a la configuración de una teoría del hombre enfermo a partir de una teoría del ser del hombre". Personificación no se opone a la automatización, tendencia insoslayable de las ciencias de hoy, si el enfoque es amplio como debe serlo también el afán de servicio, connatural con la esencia misma de la medicina desde

sus orígenes hasta nuestro tiempo, porque la dimensión filantrópica o de servicio está en la base misma de nuestra profesión y disciplinas afines.

Para el establecimiento de un Sistema, además de los requisitos formales, se requiere hacer frente a dos desafíos: de un lado, al conformismo inmovilista, traba constante de los esfuerzos de desarrollo, de otro el aprovechamiento de las crisis y los cambios en sentido creador. Lo primero no requiere mayor ilustración, está en el registro de los aspectos negativos de la personalidad básica del mestizo. Lo segundo se apoya en situaciones como la que ofrece la actual política de descentralización, que es una oportunidad que no debe desperdiciarse para repensar el uso racional y la optimización de los recursos de un país económicamente pobre pero imaginativamente rico: de otra manera no se entiende cómo los antiguos peruanos extrajeron trabajo y riqueza de una geografía hostil con pisos ecológicos diversos.

Para el diseño de un Sistema es indispensable la información contínua que registre, proyecte y evalúe las diversas acciones de salud mental en todo el territorio nacional. La información para ser útil tiene que ser actualizada, consensualmente valida y retroalimentada de manera positiva en las fuentes mismas de obtención de datos. Al inaugurar el Centro de Cómputo del Instituto, señalamos que, colmado de atractiva maquinaria, requería la formación de personal, más difícil que proveerse de quincalla. Recién estamos en condiciones de poner en marcha un sistema interno y de ofrecer al Sector y en general al país, de un Sistema Nacional que no puede ser improvisado y que tendrá un proceso gradual de desarrollo a partir de un ensayo piloto a nivel de Lima Metropolitana para su progresiva extensión a todo el país (8).

## REFERENCIAS

1. MINISTERIO DE SALUD (1985): *Plan Nacional de Salud Mental.* Anteproyecto. Doc. mimeografiado, Lima.

2. GONZALEZ UZCATEGUI, R. (1986): "Prioridades en salud mental", *Revista de la Asociación Brasilera de Psiquiatría* y de la *Asociación Psiquiátrica Latinoamericana, 8:* 122-128.

3. OPS/OMS (1986): *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984,* Vol. I, Publicación Científica Nº 500, Washington.

4. MARIATEGUI, J. y ADIS CASTRO, G., Eds. (1970): *Estudios de Epidemiología Psiquiátrica en América Latina,* Fundación Acta, Serie Monográfica Nº 2, Buenos Aires.

5. CARAVEDO, B., ROTONDO, H. y MARIATEGUI, J. (1963): *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú,* Ediciones del Sol, Lima.

6. MARIATEGUI, J., ALVA, V. y DE LEON, O. (1969): *Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima. Un estudio de Prevalencia en Lince,* Prólogo de Honorio Delgado, Ediciones de la Revista de Neuro-Psiquiatría, Lima.

7. OPS/OMS (1973): *Plan decenal de salud para las Américas,* Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington.

8. MARIATEGUI, J. (1987): Palabras de Apertura, II Seminario-Taller sobre Información en Salud Mental, CEPIS, Camacho, Lima.

## MIGRACION Y SALUD MENTAL

La importancia de los fenómenos migratorios en la vida de los pueblos es conocida desde que los primitivos grupos humanos de nómades se hicieron sedentarios. A partir de entonces debió tomarse en consideración la importancia de la movilidad geográfica, del desarraigo en particular, en las formas de vida del individuo y de las comunidades. En lo que concierne a la salud, fueron los morbos infecto-contagiosos los primeros en ser advertidos como huella del periplo migratorio. Otros aspectos más sutiles de la salud, en especial de la salud mental, aunque entrevistos desde antaño y entremezclados con los aspectos sociales y económicos de los fenómenos migratorios, debieron esperar el surgimiento de las ciencias sociales y de la conducta para ser advertidos. Conviene retener que, a diferencia de la natalidad y la morbilidad, la migración carece de "dimensión biológica", y por tanto "no puede ser analizada, ni siquiera en líneas generales, con independencia de su contexto cultural" (William Petersen, 13). No existen "leyes" que puedan considerarse generalizaciones universales. Apenas puede esbozarse una "tipología de la migración" (13).

Murphy, en una revisión de los trabajos pioneros sobre la importancia de la movilidad geográfica en la salud mental (con mención de las contribuciones de Odegaard, en 1932, y de Malzberg, en 1940), que parecían demostrar una elevada hospitalización psiquiátrica en inmigrantes, señala que sobre el tema pueden esbozarse tres teorías: que ciertas enfermedades mentales sean estimuladas en el emigrante, que el proceso de migración cree estreses que precipiten desórdenes mentales en individuos susceptibles, y, finalmente, que no exista una asociación esencial entre migración y otros factores predisponentes o precipitantes tales como la edad, la clase social o el conflicto cultural (H. B. M. Murphy, 11).

En nuestro tiempo el interés ha variado de modo sustancial de la migración externa a la interna y se suele considerar que los estreses de la experiencia migratoria son de importancia central en la patología psiquiátrica o de modo más general, en la perturbación del equilibrio de los mecanismos adaptativos que son el soporte de la salud mental, principalmente cuando el fenómeno sucede entre culturas básicamente diferentes.

En el Perú, las peculiares características de su geografía llamada con acierto por Monge como de tipo "vertical", la preferencia de los primitivos habitantes del Perú por los pisos ecológicos

elevados, exigieron la investigación de la diversidad del funcionamiento corporal como necesaria respuesta adaptativa. La Escuela Peruana de Medicina que emprendió, desde 1925, el estudio sistemático del "hombre de los Andes", bajo la conducción de Carlos Monge, advirtió pronto los antecedentes históricos de la "agresión climática" que sucede cuando el individuo o el conjunto de individuos se traslada de una zona a otra de distinta altitud y los cambios fisiológicos en sus funciones vitales indispensables para el reajuste y la asimilación de un nuevo equilibrio que haga posible la adaptación (Monge, 10). Los "mitimaes", definidos por Alberto Tauro como la "institución social adoptada por los Incas para asegurar la paz del Imperio, o la distribución que convenía a una equilibrada explotación de la tierra" (17) y que "consistía en trasladar de una región a otros pueblos, o a un número considerable de familias" (17), fue sin duda una estrategia geopolítica avanzada que debió tomar en cuenta los efectos de los cambios psicofisiológicos derivados de la variación del nivel ecológico. Monge ha señalado en que medida el conquistador español sufrió quebranto en su salud y en su capacidad reproductiva como consecuencia de su exposición a los escenarios andinos (10).

Hermilio Valdizán tomó conocimiento de estos hechos y, aunque sin sistematizarlos, de modo tácito los consideró en sus descripciones sobre la alienación mental en el antiguo Perú y en las enfermedades mentales observadas contemporáneamente en el aborigen (19,20,21).

Gutiérrez-Noriega, de otro lado un fino analista de las peculiaridades psicológicas y antropológicas de la "raza amerindia" (3,4), al estudiar las manifestaciones del cuadro psicopatológico en los enfermos mentales de raza indígena, encontró "mayor frecuencia de estados de angustia en las enfermas que provenían de grandes alturas", aunque guiado por su interés en la constitución corporal —tópico entonces de gran auge—, encontró más significativa la influencia de la altitud sobre el biotipo, con "mayor frecuencia de leptosomos entre los nativos de la sierra" (5). No obstante que las variables étnica y constitucional son las privilegiadas en la antropografía de Gutiérrez-Noriega, se advierte otra de tipo culturalista que lo llevaría inclusive a formular "una concepción de la personalidad en relación con la cultura" (6), aporte original en su tiempo al debate sobre el "carácter nacional" o personalidad básica.

Por razones que no es el caso revisar en esta ocasión, son escasas las observaciones recogidas por los investigadores peruanos de Medicina Andina en el campo de la salud mental, explicables principalmente por la ausencia de especialista en los equipos de trabajo que dieran sistematización a los hallazgos y delinearan la investigación específica. Monge señaló las alteraciones psíquicas encontradas en el "Mal de Montañas Crónico" (la "Enfermedad de Monge"), con cambios de conducta con mayor acento en las esferas tímica y cognoscitiva, producidos por la anoxemia (9).

Correspondió a Carlos Alberto Seguín, desde la experiencia ganada en su Servicio del antiguo ex-Hospital Obrero (hoy Hospital "Guillermo Almenara" del IPSS), delimitar el "sindrome psicosomático de desadaptación", en 1951, en una original disquisición publicada por primera vez en la *Revista Latino Americana de Psiquiatría* (15). Partiendo de las observaciones de biología y patología de la altitud realizada hasta entonces por Monge, Hurtado y colaboradores, Seguín caracterizó este sindrome, esbozando sumariamente su etiología y factores desencadenantes, la sintomatología (manifestaciones circulatorias, digestivas, respiratorias, cefaleas y perturbaciones de la sensibilidad general, acompañando a dos grandes sindromes psíquicos, la depresión y la angustia), formas clínicas, patogenia, evolución, diagnóstico, pronóstico y tratamiento (15). Aunque el cuadro, en conjunto, por su fuerte componente antropológico cultural, se resiste al esquematismo nosográfico clásico, los datos clínicos generales están contenidos en este perfil. Provino justamente del "grupo del Obrero" el aporte de los aspectos antropológicos y culturales del síndrome de desadaptación: Sergio Zapata complementó el cuadro nosográfico con los indispensables parámetros socio-culturales con una hermenéutica de orientación analítica (22). Del relativismo cultural más que desadaptado aparece el indígena como una "personalidad inadecuada funcionalmente", con activos mecanismos de defensa que se hacen más profundos, ya patológicos, cuanto más difícil el proceso adaptativo o los estresores psicosociales (desde la ansiedad, la actitud de desvalimiento y queja, la huída en la enfermedad somática hasta el aislamiento y la ruptura con la realidad que evidencian los comportamientos psicóticos, el alcoholismo o la conducta antisocial). La "base oral narcisística" del síndrome permitiría su interpretación como equivalente somático de una depresión anaclítica en el adulto (depresión por deprivación), de conformidad a lo señalado por Wittkower (1958, cit. por Zapata, 22).

De la misma cantera proviene un extenso estudio de la migración interna a la Metrópoli, recogido por Oscar Valdivia Ponce en una densa monografía (18), difícil de sintetizar pues requiere la revisión pormenorizada de las variables, pero que ilustra sobre hallazgos contrastantes acerca de la "desadaptación" y las características del desadaptado que no siempre es necesariamente migrante.

Coincidente con la creación en 1958 de la Sección de Epidemiología y Encuestas del Departamento de Higiene Mental del Ministerio de Salud, a cargo de Humberto Rotondo, José Matos Mar, quien fue el antropólogo consultor de esta Sección, desarrollaba por entonces la fase inicial de su estudio acerca de las "barriadas" de Lima, caracterizadas como "los grupos sociales urbanos que son la expresión más visible de la forma de crecimiento de la Ciudad, reveladora de los fuertes desbordes demóticos que, en general, operan en la Gran Lima y en el Perú a partir de la década del 50" (7). Fue una de esas "barriadas" —representativa más bien de una zona tugurizada del entonces considerado anillo externo del casco metropolitano—, conocida como "Mendocita", objeto de numerosos estudios que, unidos a otros realizados en la comunidad rural de Pachacamac, fueron después reunidos en el libro *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú* (1963, 1), obra en la que la temática migratoria es reiterada en casi todos sus capítulos. Estudios avanzados en una barriada "típica", Mariscal Castilla, quedaron truncos o inéditos, al disociarse el grupo interdisciplinario en 1961, al asumir Rotondo la Jefatura del Departamento Médico del Hospital Mental "El Asesor" (después llamado con más propiedad Hospital "Hermilio Valdizán"). Casi coincidentemente el "grupo del Obrero" reunió en un volumen, *Psiquiatría y Sociedad. Estudios sobre la realidad nacional* (1962, 16) tanto el ensayo pionero de Seguín como otras importantes contribuciones al estudio sociopsiquiátrico en nuestro país en los que la problemática migratoria es también un *leit motiv*. Matos Mar ha proseguido, con singular perseverancia, el estudio del fenómeno de los asentamientos humanos y ahora que los "pueblos jóvenes" (como eufemísticamente también se les llama) representan casi el 40% de la población de la Gran Lima, es patente y patético que frente al "desborde popular", surge "la crisis del estado" (8) que es el gran desafío a las alternativas de organización societaria de nuestra difusa y compleja comunidad nacional.

En la última década son de destacar dos investigaciones conducidas independientemente por Moisés Gaviria y por César Ro-

dríguez Rabanal. Gaviria, con un grupo interdisciplinario de la Universidad de Chicago, desde 1979 conduce el Proyecto Perú-Cangallo (las comunidades de Chucchi y de Huahuapuquio) y las zonas receptoras en Lima de flujo migratoria (avecindamiento "El Rescate", próximo a la Avenida Argentina), concordando con las apreciaciones de Matos Mar en el sentido que se genera un tipo de personalidad en los migrantes y que no pueden utilizarse en el estudio de realidades socioculturales distintas instrumentos probados en una sola cultura (2).

Rodríguez Rabanal, aplicando el método psicoanalítico al examen de la conducta, dirige, desde 1982, un estudio de las migraciones recientes de la barriada de Tahuantinsuyo, del Cono Norte de Lima, analizando las estrategias de supervivencia de esos grupos humanos en los que los niños asumen roles de adultos en la medida que los niveles de organización se van debilitando, lo que corre curso paralelo con el deterioro económico de los migrantes (14).

* * *

La repercusión de la migración en la salud mental es asunto del mayor interés dentro de las áreas priorizadas de la investigación del Instituto Nacional de Salud Mental. En este sentido acogió la investigación de Alberto Perales sobre estudio sintomatológico comparativo entre esquizofrénicos oriundos de la costa y sierra (12) y es uno de los problemas que emergen del Capítulo reunido en Puno del Seminario de Priorización de la Investigación de Salud Mental (Puno, junio de 1986).

El análisis de los procesos migratorios en el campo de la salud mental no se reduce por cierto a la movilidad geográfica, al cambio territorial o de los espacios vitales propiamente hablando. Los fenómenos migratorios se dan en la condición humana a lo largo en su proceso existencial, comprenden los "espacios" o "territorios" ontológicos, los generados por la pertenencia grupal, en fin, el "tiempo-espacio" de la inserción de la persona y del grupo en el sistema de producción. Estos temas de insoslayable interés particularmente entre nosotros en que la identidad es un proceso, una compleja constante que se extiende más allá de los fenómenos situacionales, requieren de un detenido examen que merece desarrollo autónomo.

## REFERENCIAS


1. CARAVEDO, B., ROTONDO, H. y MARIATEGUI, J. (1963): *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú,* Ediciones del Sol, Lima.
2. GAVIRIA, M. (1986) Jornadas Psiquiátricas organizadas por el Cuerpo Médico del Hospital "Hermilio Valdizán" en el XXV Aniversario de su Fundación, Lima, septiembre, 1986.
3. GUTIERREZ-NORRIEGA, C. (1937): "Observaciones biotipológicas y psicopatológicas en los enfermos mentales peruanos con referencia a factores raciales y geográficos", *Actualidad Médica Peruana, 2:* 408-431.
4. GUTIERREZ-NORIEGA, C. (1937): "Diseño de un estudio psicológico y antropológico de la raza amerindia", *Actualidad Médica Peruana, 3:* 159-195.
5. GUTIERREZ-NORIEGA, C. (1944): "Las enfermedades mentales en la raza india", *Historia,* 2: 361-367.
6. GUTIERREZ-NORIEGA, C. (1953): *Tres Tipos Culturales de Personalidad,* Imprenta Santa María, Lima.
7. MATOS MAR, J. (1977): *Las barriadas de Lima 1957,* 2da. edición revisada y ampliada, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
8. MATOS MAR, J. (1984): *Desborde popular y crisis del estado. El nuevo rostro del Perú en la década de 1980,* Perú Problema 21, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
9. MONGE, C. (1939): "Perturbaciones psíquicas en la Enfermedad de la Altura (Mal de Montañas Crónico)", *Revista de Neuro-Psiquiatría, 2:* 536-545.
10. MONGE, C. (1948): *Aclimatization in the Andes.* Historical confirmations of "climatic aggresion" in the development of andean man, The Johns Hopkins Press, Baltimore.
11. MURPHY, H. B. M. (1965): "Migration and the major mental disorders: a reappraisal", en *Mobility and Mental Health,* M. B. Kantor, ed., Charles C. Thomas Pub., Illinois.
12. PERALES, A. (1985): "Estudio sintomatológico comparativo entre esquizofrénicos oriundos de la costa y sierra del Perú", *Anales de Salud Mental* (Lima) *1:* 180-205.
13. PETERSEN, W. (1968): "Migración I. Aspectos sociales", en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales,* Vol. 7, versión al español de Aguilar S. A. de Ediciones, Madrid, 1975.

14. RODRIGUEZ RABANAL, C. (1986): Comunicación presentada al Simposium "Migración y Salud Mental", Jornadas Psiquiátricas organizadas por el Cuerpo Médico del Hospital "Hermilio Valdizán" en el XXV Aniversario de su Fundación, Lima, septiembre, 1986.

15. SEGUIN. C.A. (1951): "El sindrome psicosomático de desadaptación", *Revista Latino-Americana de Psiquiatría, 1:* 16-26.

16. SEGUIN, C.A. Ed. (1962): *Psiquiatría y sociedad. Estudios sobre la realidad nacional,* Imprenta de la Unversidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

17. TAURO, A. (1966): "Mitimaes", en *Diccionario Enciclopédico del Perú,* tomo II, Editorial Juan Mejía Baca, Lima.

18. VALDIVIA P., O. (1970): *Migración interna a la Metrópoli.* Contraste cultural, conflicto y desadaptación, Imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

19. VALDIZAN, H. (1915): *La alienación mental entre los primitivos peruanos,* Tesis de doctorado en Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Facultad de Medicina), 97 páginas, Lima.

20. VALDIZAN, H. (1917): "Los factores etiológicos de la alienación mental a través de la historia del Perú", *La Crónica Médica, 34:* 221-236.

21. VALDIZAN, H. (1925): "La alienación mental en la raza india", *Anales de la Facultad de Medicina de Lima, 71:* 145-163.

22. ZAPATA A., S. (1960): "Consideraciones psicológicas y culturales en torno al sindrome psicosomático de desadaptación", *Revista Médica del Hospital Obrero, 91:* 81-96.

## LEGISLACION, DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL

Desde la promulgación de la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* por la Asamblea Nacional Francesa en 1789, con antecedentes ingleses y norteamericanos, se establecieron los derechos naturales anteriores a la formación de la sociedad y que los estados reconocen y garantizan. Civiles, políticos y sociales, los derechos humanos conforman ideales humanitarios. El nombre ilustre de Philippe Pinel está ligado a la liberación de los enfermos mentales como resultado de la Revolución Francesa y la Declaración, aunque no le corresponda la primacía estricta desde que Vincenzo Chiaruggi en Pisa, en 1789, Joly en Ginebra, en 1787, y el "Retreat", junto a York, fundado por William Tuke en 1796, relevaron los yugos y dieron comienzo no solo a la reforma sino a la fundación misma de la Psiquiatría como especialidad médica. En Francia, por la Revolución, se hizo más visible lo que Ey ha llamado la emergencia del "fait psychiatrique". La *Declaración Universal de los Derechos del Hombre,* proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948 reiteran y postulan el derecho y la libertad de los individuos en lo cultural, económico y social, además de los derechos civiles y políticos. Aunque con limitaciones en los países subdesarrollados, por razones económicas, estos principios, si bien acatados, no son cumplidos en la mayoría de los casos. El título I de la Constitución Política del Perú elaborada en 1979 y promulgada en 1980, establece los derechos y deberes fundamentales de la persona. El título II, "de la familia", declara en su Art. 15º que: "Todos tienen el derecho a la protección de la salud integral y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad" (1).

El Art. 19º tiene particular importancia en el campo de la asistencia psiquiátrica cuando señala: "La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad" (1).

En 1927 el Gobierno creó una Comisión para elaborar un "Proyecto de Ley de Asistencia de Alienados y Toxicómanos", que fue publicada en 1928 (2). En 1947 se nombró otra Comisión para formular un Anteproyecto de Ley de Salud Mental (3).

Cuando Caravedo Prado propuso su Proyecto de Ley, en 1944, no existía "en el Perú legislación concerniente a la asistencia de

los enfermos mentales" (4). Delgado en 1946, en la introducción a su Anteproyecto, precisó que hasta entonces "el funcionamiento de todas las instituciones con fines de psiquiatría social que existen en el Perú, está regulado por ordenanzas de diversas épocas, con procedimientos establecidos por la necesidad y la costumbre", sin que existiera un "cuerpo orgánico de normas legales que determine los procedimientos que deben seguirse y garantice tanto los derechos del individuo como la seguridad social" (3).

Delgado pone énfasis en que "la ley de asistencia psiquiátrica... debe estar animada por una consideración muy alta de la libertad personal y por un propósito fundamentalmente médico, evitando todo precepto que pueda significar un vejamen o una violación innecesaria del secreto profesional, sin cuyo concurso no se concibe la pronta y confiada entrega del paciente al cuidado del psiquiatra" (3).

El último "Anteproyecto de Ley de Salud Mental" fue preparado por el Consejo de Salud Mental*, a petición del Ministro de Salud de entonces, Dr. Javier Arias Stella, y presentado en 1964 (5). Tanto en su exposición preliminar cuanto su articulado, el Plan recogía entonces los avances de la especialidad. Cuando se examina ese documento 24 años después, se aprecia que ya resulta insuficiente en atención a los avances de la salud mental y la asistencia psiquiátrica en el mundo. Pero queda una serie de artículos recuperables, quizá con una terminología actualizada. El mayor progreso que establece es, por un lado, centralización, en una organización nacional, la División de Salud Mental, sobre la base del Departamento de Higiene Mental, creado en 1958 y convertido en División en 1961; y, por otro, la formación del Consejo de Salud Mental, encargado de las tareas de planeación, supervisión y normatividad en materia de salud mental "en todo el territorio de la República". Propende, también, a la regionalización y desconcentración de la asistencia.

En nuestro país el único documento legal aún vigente es el expedido como Decreto-Ley Nº 11272, del 29 de enero de 1950, y su Reglamento, contenido en el Decreto Supremo del 14 de octubre de 1952. El Decreto-Ley fue dado por un Gobierno *de facto* y su reglamentación no es un texto vertebrado y estructurado, sino

* El Consejo de Salud Mental, presidido por Honorio Delgado, estaba conformado por Carlos Alberto Seguín, Baltazar Caravedo Carranza, Arnaldo Cano, Javier Mariátegui, Fernando Samanez, y la asesoría legal del Dr. Manuel Barbosa Falconí.

un mosaico que recoge, sin señalamiento de fuente, artículos de anteproyectos de Ley de Sanidad Mental producidos por eminentes psiquiatras en distinto tiempo, aunque en concordancia con la legislación pertinente en otros países del mundo.

Creemos que esta manera de considerar este importante asunto da agilidad y concisión al contenido del apartado 7 de las "Proposiciones de Política" contenidas en el *Plan Nacional de Salud Mental* (Anteproyecto):

"7) Legislación psiquiátrica obsoleta.

5.61 Proponer la dación de una Ley de Salud Mental y del Reglamento respectivo, que recojan los avances en materia de Psiquiatría Social y Comunitaria, prevención, rehabilitación y protección del enfermo mental y de su familia.

5.62 Modificar el contenido de los artículos del Código Sanitario referentes a Salud Mental, adecuándolos a la realidad actual y al avance del conocimiento científico.

5.63 Actualizar los dispositivos contenidos en los Códigos en relación a psiquiatría y salud mental, de acuerdo a los desarrollados actuales del conocimiento científico y a invariables principios humanistas (derecho a la atención psiquiátrica, tratamiento oportuno, rehabilitación, protección legal, etc.).

5.64 Propiciar la sustitución de la terminología legal obsoleta en relación a psiquiatría y salud mental, posibilitando el uso de la vigente en la nomenclatura y clasificación internacionales" (6).

El Código Sanitario vigente (Decreto-Ley Nº 17505 del 18 de mayo de 1969) es también expresión del afán de acción, aunque sea precipitado, propio de los gobiernos *de facto:* fue el borrador que aún no incorporó las opiniones y correcciones de las instituciones consultadas y en materia de salud mental contiene enunciados imprecisos formulados en terminología anacrónica y casi referido exclusivamente a alcoholismo y otras toxicomanías.

Somos partidarios de la elaboración de una Ley de Bases de Salud Mental con unos pocos artículos claramente referidos a áreas concretas que garanticen y normen los derechos de las personas y no traben el ejercicio de la Psiquiatría, tanto la institucional como la privada, en estricta observancia de los derechos humanos. Es-

ta Ley de Bases debe complementarse con un Reglamento que contenga las precisiones necesarias y que complemente el material ya elaborado sobre "Normas de Salud Mental", preparado por la Dirección de Salud Mental en 1983, con asesoría calificada y que solo requiere discretos ajustes conceptuales.

Debe contener lo esencial del debate actual sobre posible uso indebido del diagnóstico psiquiátrico y tener en cuenta las declaraciones de los organismos calificados. Sobre el particular mención especial merece la Declaración Etica de Hawaii, producida por la Asociación Mundial de Psiquiatría durante su Asamblea General reunida con ocasión del VII Congreso Mundial de Psiquiatría y su texto revisado (Declaración de Hawaii/II) en la Asamblea General de la AMP que se efectuó con ocasión del último Congreso Mundial de Psiquiatría (Viena, 1983).

Una situación en actual debate y que exige su corrección en breve plazo es el que atañe a los enfermos mentales crónicos, recluídos por años o por vida entera en establecimientos donde reciben una atención discreta y casi ninguna rehabilitación efectiva. La condición de estos pacientes debe variar en forma sustancial, desde que agrega una segunda alienación, la institucional, a la enfermedad originaria cuyos síntomas en muchas ocasiones ha negativizado el tiempo y cuyo deterioro personal y social resulta el aspecto más importante de su condición actual, deplorable, reñida con los principios de la psiquiatría moderna y en abierta contraposición con los derechos humanos. Un mensaje de la Federación Mundial para la Salud Mental a las Naciones Unidas, recomienda la formación de un "*cuerpo permanente para revisar los derechos de los pacientes en los hospitales mentales de todo el mundo*... transmitiendo sus puntos de vista al Consejo de Europa, el cual tiene que ver con la legislación sobre salud mental en todos sus estado-miembros" (7, énfasis nuestro).

No debe olvidarse que la psiquiatría, de modo más directo que otras especialidades médicas, "interfiere la privacía y limita la libertad de los ciudadanos" (7). Por otra parte, "sus funciones, legalmente otorgadas, la convierten en una parte explícita del sistema de control social..." (7).

Resulta así que una disciplina fundamentalmente humanista, de clara vocación filantrópica —en el sentido prístino del término—, puede derivar en uno de los recursos vedados del control social. Por fortuna este riesgo es conocido y existe consenso en que la

por decisión de los responsables del Proyecto, desde que así lo dispone, con claridad meridiana, el Convenio, ni restó posibilidad de "reconstrucción" del HVLH, ni a la construcción de servicio alguno en ese establecimiento, especie que ha sido esgrimida por los ocasionales impugnadores de la Institución, destinada a convertirse no solo en centro de investigación sino en ente normativo, evaluativo y calificador de los establecimientos psiquiátricos a nivel nacional.

## ADDENDUM II

*El Profesor Humberto Rotondo y su participación en la creación del Instituto.* Apenas establecidos los primeros contactos entre el Gobierno del Japón y el del Perú para el desarrollo de lo que sería el Instituto, se constituyó un "Comité Permanente para el Centro de Salud Mental Comunitario". La Resolución Ministerial Nº 0133-79-SA/DS del 4 de septiembre de 1976, nombró una Comisión Permanente que "coordine con las misiones japonesas los asuntos relacionados con estudios previos del proyectado Hospital Psiquiátrico para enfermos agudos, presidida por la Dra. Gloria Viladegut de Estrella, Directora Asesora del Director Superior, e integrada por la Dra. María Esther Pérez López, Director Ejecutivo de la Oficina Sectorial de Planificación, el Dr. Humberto Rotondo Grimaldi, Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Hermilio Valdizán, el Dr. Fernando Saba Casis, Encargado de la Dirección del Hospital "Víctor Larco Herrera", los arquitectos Pablo Seminario Temple y Guillermo Carrasco Tupayachi, de la Dirección de Construcciones y Equipamiento de Locales de Salud y el Dr. Roberto Paliza, Jefe de la División de los Servicios de Salud de INAPROMEF.

Decidida ya entonces la substitución del proyecto Hospital Psiquiátrico por el de Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco", la Resolución Ministerial Nº 0167-80-SA/DS del 10 de diciembre de 1980, designa a los profesionales peruanos integrantes del Comité de Coordinación Peruano-Japonés, presidido por el Dr. Rolando Calderón Velasco, Director Superior de Salud, la Dra. Gloria Viladegut de Estrella, Asesora del Director Superior, el Dr. Tomás Zapata La Torre, Director I de la Oficina de Intercambios Internacionales, el Dr. Humberto Rotondo Grimaldi, Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Hermilio Valdizán y representante del Comité Permanente para el Centro de Salud Mental Comunitario, el Dr. Renato Castro de la Mata Caamaño, Médico Especia-

blecimiento. La estructura final del Convenio está contenida en el Acta del 20 de mayo de 1980, suscrita por el Profesor Masaaki Kato, como Jefe de la Misión Japonesa de Implementación del Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco" y el Crl. FAP. Raúl Ampuero Ríos, Director Superior del Ministerio de Salud del Perú, que señala las características generales del Proyecto y su "plan maestro", designándose un Comité de Coordinación presidido por el Director Superior del Ministerio, de la Directora Superiora Asesora, Dra. Gloria Viladegut de Estrella, del entonces Encargado de las funciones de dirección del Centro, Dr. Renato Castro de la Mata, por especialistas en Salud Mental del Ministerio de Salud, representante del INAPROMEF y el representante del Comité Permanente para el Centro de Salud Mental, Dr. Humberto Rotondo.

El Decreto Supremo Nº 010-80-SA del 2 de octubre de 1980, autoriza al Ministerio de Salud para que suscriba el contrato de consultoría con la firma Nihon Arquitectos, Ingenieros y Constructores Inc., para la edificación del Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco" que, por ser donación del Gobierno del Japón "no irrogará gasto alguno al Presupuesto General de la República". Suscriben el Decreto el Presidente Constitucional de la República Arq. Fernando Belaunde Terry, el Ministro de Relaciones Exteriores, Dr. Javier Arias Stella, el Ministro de Economía, Finanzas y Comercio (encargado al Ministro de Transportes y Comunicaciones, Ing. Fernando Chávez Belaunde) y el Ministro de Salud, Dr. Uriel García Cáceres. La Resolución Ministerial Nº 0110-81/SA/DVM del 9 de julio de 1981, designa el Comité Permanente de Coordinación, presidido por el Dr. Rolando Calderón Velasco, Vice-Ministro de Salud. Su conformación la señalamos en la Addenda II. El Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco", a petición del Ministro de Salud de entonces, de conformidad con nota del 1º de julio de 1981, al Gobierno Japonés, a través de su Cancillería, cambió de nombre por el de Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

Como puede inferirse de documentos y testigos vivientes, *el único Proyecto de Salud Mental concebido para ser financiado mediante crédito no reembolsable otorgado por el Japón, fue el del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"*, antes denominado Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco". En ningún momento la ayuda, de alcance reducido a una obra, podía aplicarse a otros centros. *El Instituto, en momento alguno, significó la concentración de la ayuda japonesa,*

país tenía entonces un ingreso de ese monto— era probable que se aceptara la solicitud. Para ello era menester un requisito insoslayable: la petición formal fundamentada. El señor Kuroiwa visitó entonces a un Vice-Ministro de Salud, de quien recibió la jactanciosa respuesta que "el Perú era un país soberano que podía aceptar donativos pero no solicitarlos". Insistió Don Emilio, esta vez ante la esposa del Presidente de la República de entonces, Señora Rosa Pedraglio de Morales Bermúdez quien, en su afán de favorecer a la población sin recursos, a la infancia en particular, aceptó no solo hacer la petición formal sino poner todo su empeño en la tarea hasta la culminación.

Efectuada la petición, con la opinión favorable del Instituto de Planificación, a través del Ministerio de Relaciones Exteriores, se dio comienzo a los trámites. Inicialmente se pensó en un Hospital Psiquiátrico al que se dio el nombre de San Juan Bosco, por petición expresa de la Sra. de Morales Bermúdez. La primera Misión llegó en 1978, presidida por el Dr. Masaaki Kato, Director del Instituto Nacional de Salud Mental del Japón. De primera intención se pensó en ubicarlo en terrenos próximos al Hospital "Víctor Larco Herrera", concretamente en el comprendido entre la Avenida del Ejército y Elías Bonnemaison, de 3.9 hectáreas, y otro colindante con las calles Almirante Marcos de Aramburú y Prolongación Bolívar, con 2.6 hectáreas. *En ningún momento se solicitó aplicar la ayuda a la "reconstrucción" del Hospital "Víctor Larco Herrera", así como tampoco limitarla a la edificación de un Pabellón de Niños, en sustitución del actual.*

Después de estudios basados en datos sobre distribución de los desórdenes mentales en Lima, y de las facilidades existentes para la asistencia especializada, al que se agregó un importante Memorándum preparado por el Dr. Renato Alarcón, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se decidió la ubicación del Hospital Psiquiátrico en zona preferente del Cono Norte de la Gran Lima, o sea en su ubicación actual. Se tuvo muy en cuenta, en la decisión sobre ubicación, la carencia de servicios especializados en la zona y la necesidad de desconcentrar la asistencia psiquiátrica, la cercanía del Hospital General Base del Rímac y del *campus* de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Un primer planteamiento agregaba al Hospital tres Centros Periféricos (Collique, junto al Hospital, Canto Grande y San Juan de Miraflores, además de un Centro de Psiquiatría Infantil de 20 camas, *junto* al Hospital "Víctor Larco Herrera"), proyecto desechado por la limitación de la donación, circunscrita a un solo esta-

## ADDENDA

La utilización reiterada y totalmente distorsionada de algunos falsos argumentos (sintomáticamente provenientes de fuente gobiernista y allegados), me obliga a precisar los términos reales del Convenio que hizo realidad el Instituto, y enmendar las falaces y calumniosas afirmaciones que comprometen, de un lado, a un eminente maestro físicamente desaparecido, y de otro, a un distinguido colega geográficamente distante. Para esclarecer de modo definitivo estas antojadizas e interesadas versiones, revisaré el desarrollo completo del Proyecto Peruano-Japonés, la participación del Profesor Humberto Rotondo en la organización del Instituto y el llamado "Informe Berríos".

## ADDENDUM I

*Sobre el Proyecto Peruano-Japonés para el Desarrollo de un Programa de Salud Mental.* Dentro del conjunto de actividades con las que peruanos, japoneses, *nisei** y *ainoko*** se preparaban a la conmemoración del Octogésimo Aniversario de la primera migración masiva japonesa que llegara a nuestros puertos en 1899 (exactamente el 3 de abril), conformada por 790 personas, la mayoría de ellos pescadores y agricultores de Okinawa, se consideró, por los Ex-Alumnos de la Escuela Japonesa de Lima, la posibilidad de edificar un hospital general para la asistencia médica de la Colonia que tan entrañablemente se había adaptado al país —a su paisaje y a su paisanaje—. Consideraciones económicas y legales: "no puede formarse un hospital cerrado para una Colonia", descartaron este proyecto que, durante la Presidencia del señor Emilio Kuroiwa en la Asociación de Ex-Alumnos, se sondeó en el Japón en 1976, con ocasión de un viaje realizado por la mencionada persona con ese fin específico. El señor Emilio Kuroiwa, próspero nisei, gerente y corresponsal de Toyo Menka Kaiska, uno de los grupos comerciales más importantes del Japón, de regreso, trajo sin embargo una oferta más importante: la posibilidad de recibir, por parte del Gobierno Japonés, un donativo denominado eufemísticamente "crédito no reembolsable", destinado a la construcción de un Centro o Institución de Salud, para el servicio general de la colectividad peruana. Aunque este tipo de crédito se otorgaba solo a países en vías de desarrollo con un ingreso *per capita* no mayor de $ 500 —nuestro

* nisei= hijo de japoneses nacido en el extranjero.
** ainoko= hijo de japonés o japonesa con peruano.

# ADDENDA

te mis puntos de vista, manteniendo una línea de continuidad que se remonta a mi pasado estudiantil, de la que me siento muy ufano. Repito aquí lo que dije en otra ocasión: que en el desempeño de la tarea he sentido, para decirlo en términos jungianos, de modo permanente y estimulante, "la fuerza numinosa del arquetipo paternal".

Es conveniente recordar que, desde el funcionamiento del Instituto en 1982, cada año se recibió la visita de una Comisión de Evaluación, conformada por distinguidos especialistas y expertos en los campos de equipamiento y mantenimiento y que, para cada ocasión, la Dirección del Instituto preparó cuidadosamente la información requerida, la misma que fue después convalidada por el reconocimiento directo o *in situ* de la veracidad del contenido de los datos aportados. Formulamos los mejores votos por que cada año, aún en ausencia de la Misión fiscalizadora, el Instituto realice, con conciencia autocrítica, la evaluación de todos sus programas, actividades y servicios. Solo en esta forma podrá solicitarse en el futuro un nuevo Convenio, pero principalmente se generará, entre nosotros, el saludable hábito del análisis crítico de la función cumplida en beneficio de la comunidad nacional.

Debe dejarse señalada la importancia que otorgó el Gobierno del Japón al Convenio suscrito con nuestro país y que hizo realidad el Instituto. Desde la fase exploratoria y la firma del Primer Documento (Acta de Deliberaciones) el Japón envió al Profesor Masaaki Kato, Director del Instituto Nacional de Salud Mental del Japón y miembro del Comité de Expertos en Nomenclatura y Clasificación en Psiquiatría de la Organización Mundial de la Salud; después al Profesor Takeo Doi, quien sucediera a Kato en el cargo y que es un psiquiatra de reputación mundial; le siguió el Profesor Toshio Otsuka, actual Director del Instituto; al año siguiente, al Profesor Hideyo Hosaki, actual Director del Hospital Universitario y Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Keio y al Profesor Masahiro Asai, primer asistente de Hosaki. Como se infiere de esta enumeración, la parte japonesa del Convenio estuvo presidida por la personalidad más relevante de la Psiquiatría Japonesa en cada etapa del proceso del proyecto. Por fortuna, guardadas las distancias, pudimos ofrecer a estos psiquiatras representativos un plantel de profesionales e investigadores calificados en Psiquiatría y Salud Mental de nuestro país. Un aspecto más para sentirnos satisfechos de la tarea cumplida.

Debo terminar señalando que mi desempeño como Director General del Instituto no inhibió la libre expresión de mis opiniones, en especial cuando se produjeron los penosos episodios de violación de los derechos humanos registrados en los últimos años. Con ánimo constructivo pero con acento polémico, expresé publicamen-

tanto su Consejo Nacional cuanto el Consejo Regional III, la Federación Médica Peruana, la Academia Nacional de Medicina, la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, la Asociación Psiquiátrica Peruana, la Sociedad Peruana de Psicoterapia, la Sociedad Peruana de Psicoanálisis, la Sociedad Peruana de Neurocirugía. El Senado de la República aprobó por unanimidad una moción de reconocimiento a mi labor y en la Cámara de Diputados se nombró una Comisión Multipartidaria para el esclarecimiento correspondiente. La prensa nacional, la limeña casi en su totalidad, informó con veracidad a la opinión pública. Y un pronunciamiento suscrito por copiosas y conspícuas firmas de personalidades destacadas del mundo universitario, profesional e intelectual, se asoció a la adhesión del Sindicato de Trabajadores del Instituto Nacional de Salud Mental y el Sindicato Unico de Trabajadores del Hospital "Hermilio Valdizán". El Instituto realizó un multitudinario acto de reconocimiento a la labor cumplida, organizado por el Frente Unico de Trabajadores que agrupa a profesionales y trabajadores. *Last but not least*, la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), en Asamblea General con representación de 21 países, reunida durante el XV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (Buenos Aires, 26 - 29 de noviembre, 1987), aprobó por unanimidad una moción de respaldo en carta enviada al Presidente de la República, solicitando mi reposición. En fin, de todos los lugares del país y de instituciones y colegas del exterior, recibí cálidos mensajes de adhesión y simpatía... Dadas las características de mi personalidad, no imaginé, al finalizar mi labor al servicio del Sector Salud por más de treinta y cuatro años, resultar hombre de consenso.

El Informe de la Misión Evaluadora Final del Convenio, presidida por el Profesor Toshio Otsuka, Director del Instituto Nacional de Salud Mental del Japón, concluye señalando que, pese a las limitaciones del país para responder en la medida adecuada a las necesidades del programa en desarrollo, los resultados generales "*pueden calificarse de excelentes ya que estos han sobrepasado las expectativas*". Agrega finalmente: "Todo ello consideramos que ha sido posible gracias al esfuerzo desplegado por el *staff* encabezado por el Director del Instituto, Dr. Mariátegui, así como por el grupo de expertos japoneses"*.

* OTSUKA, Toshio: "Evaluación del Proyecto para el Desarrollo de la Salud Mental en el Perú. Informe del Comité Interno" (orig. en japonés). Acompañaron al Profesor Otsuka, el Profesor Masahiro Asai y la Sra. Jumi Horikane. La evaluación se realizó del 16 al 21 de marzo de 1987.

Los hechos y las realizaciones, cuando son auténticas, adquieren un carácter infrangible que las hace perdurar por lo menos en lo que hoy llamaríamos "el mediano plazo". Lo que debe evitarse, de modo sistemático, es caer en la "psicoesclerosis" como llama Rof Carballo al "progresivo agostamiento del campo de intereses que conduce a *exaltar la limitación, la mediocridad y la pobreza espiritual* como si fuesen una verdad" (énfasis nuestro).

Cuando alguien, con ingenua candorosidad o desfachatado desconocimiento, solicita se le explique las "razones" que determinaron la existencia del Instituto, su congruencia con las demandas apremiantes de las "mayorías nacionales", los programas ejecutados en la primera fase de su funcionamiento, habría que remitirlo a las fuentes que esta obra revisa, a las publicaciones de la Institución, a su presencia dentro y fuera del país que nadie, con sana intención, puede ignorar.

El cese en la Dirección General pudo hacerse sin "el atropello innecesario y lesivo a la dignidad de quien constituye una figura prominente de la psiquiatría nacional, cuya esforzada y eficiente labor merece nuestro reconocimiento", como señala el comunicado del Cuerpo Médico del Instituto*, y agrega que "el cese de personal altamente calificado que labora en el Instituto, al interrumpir acciones y planes de investigación en marcha, no solo daña a dicha organización sino que atenta directamente contra la Salud Mental del país". El cambio o la transferencia pudo realizarse sin violentar la continuidad institucional, con respeto a "las líneas de carrera y la promoción interna de los profesionales que en él laboran", garantizando la idoneidad de quienes tienen la responsabilidad de conducir un programa de tanto significado para el desarrollo de la salud mental en el país.

Estas líneas finales, epilogales, solo debieron circunscribirse a su acepción estricta. La fuerza de las circunstancias transforma en galeato este epílogo, le da una denotación defensiva no buscada pero insoslayable.

* * *

Solo agregaré, *pro domo mea,* que en su momento recibí la solidaridad y el reconocimiento de todas las instituciones ligadas directa e indirectamente con mi quehacer: el Colegio Médico del Perú,

* Documento intitulado "En defensa de la Salud Mental" que expresa la posición de los psiquiatras del Instituto. Reproducido y glosado en el diario "El Comercio" del 20 de noviembre de 1987.

— *Espíritu de trabajo con moral de productor.* Una nueva actitud frente al trabajo que haga del hombre un ser realizado siempre en trance creativo, un innovador que se expresa a través de su obra o servicio, sea el que fuere el nivel de su intervención, imbuído de una mística de servicio. Este deslinde, cargado de voluntarismo soreliano, nos parece indispensable fomentar, y pensar la institución como una empresa en cuya transformación concurren todos los trabajadores, por poco lucimiento que se crea tenga el desempeño concreto. La rehumanización de la tarea da sentido renovado a lo que pudiera llevar a una rutina espiritualmente empobrecedora. Y la atmósfera del escenario de la labor se hace realmente terapéutica, en beneficio de los pacientes y de los servidores, "cuidando la salud mental de los que la cuidan".

Comentaristas ligeros e impugnadores ignaros se han esforzado en ofrecer una imagen desdibujada del Instituto, como ajeno a la realidad del país y como transplante mecánico de los centros que aplican las técnicas terapéuticas más evolucionadas. Como si, dándole la espalda a los progresos, se consintiera en privar a nuestro pueblo de los avances de la especialidad en el mundo, como si fueran inaplicables a un país en vías de desarrollo por el solo hecho de ser tecnología foránea. Afirmados en lo nuestro, en la creación de alternativas ligadas a la realidad social, el Instituto puede y debe ofrecer a la comunidad nacional los productos del progreso. Ningún chauvinismo a ultranza nos debe aislar de lo nuevo y válido venga de donde viniere.

El Instituto, como una presencia que es insoslayable en los pueblos con historia y con conciencia de ella, nació y tuvo un desarrollo inicial con amplia apertura a la discusión y a la crítica formulada con altura, con especial recepción de la proveniente de la ajustada al ideal volteriano de crítico: "una persona con mucha ciencia y gusto, sin prejuicios y sin envidias".

La medicina tuvo y tiene una función eminentemente creadora y debe luchar contra el empirismo y la rutina burocráticas, los criterios sobresimplificadores y los estereotipos forjados como recurso defensivo por gente circunstancialmente ubicada en posiciones de autoridad para las cuales no solo carecen de capacidad sino, lo que es más grave, de conciencia de limitación.

## EPILOGO GALEATO

En formulación sintética, los objetivos del Instituto apuntan a:

— *La priorización de la investigación.* Independientemente de la propuesta individual y de grupo y el estímulo de la capacidad creativa, el Instituto preferentemente investigará la realidad nacional de conformidad con un orden de prelación y en atención a las necesidades de esclarecimiento de sus áreas sensibles y acuciantes.

— *La desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica.* Alternativas a la hospitalización tradicional mediante una política de reconocimiento precoz, tratamiento intensivo y estancias cortas, facilitando la pronta reinserción del paciente al ámbito familiar, con seguimiento próximo y en lo posible descentralizado a través de centros periféricos. Desconcentración y descentralización de la asistencia a nivel nacional con tendencia a la sectorización en la utilización de los recursos.

— *La "desmanicomización" de la enseñanza.* Conocimiento, a todo nivel de enseñanza, de la realidad clínica directa sin la distorsión de la patología social agregada por la pobreza institucional y social y el abandono familiar. La preparación de profesionales debe apuntar a los necesarios cambios que impondrá la próxima centuria, de cuyo comienzo apenas nos separa doce años. La educación médica en general, la psiquiátrica y la de los demás profesionales de las ciencias de la salud mental en especial, deberán prepararlos para asumir, por imperativo histórico, la atención directa de los más frecuentes desórdenes mentales y emocionales.

— *La proyección comunitaria.* Participación activa de la comunidad en la promoción y conservación de la salud mental. Utilización del potencial existente en nuestro pueblo de ayuda solidaria y de tolerancia social al enfermar psiquiátrico, con el diseño de procedimientos de asistencia intracomunitaria y fomento de tecnologías innovadoras y realistas que hagan de la persona humana protagonista de su cambio cualitativo y agente de los programas promocionales y preventivos; y colaborador activo en las fases precrítica, crítica y postcrítica de la enfermedad.

# EPILOGO GALEATO

internación permanente tiene que ser revisada no sólo por el psiquiatra tratante sino por una junta de especialistas y que, en principio, solo deben permanecer en las instituciones los pacientes que signifiquen un real peligro para sí o para los demás.

La Constitución vigente, al declarar en su Artículo 16º que "el Poder Ejecutivo señala la política nacional de salud", agrega en su segundo parágrafo: "*Es responsable de la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado,* que planifica y coordina la atención integral de la salud a través de organismos públicos y privados, y que facilita a todos el acceso igualitario a sus servicios, en calidad adecuada y con tendencia a la gratuidad. La ley norma su organización y funciones" (1, énfasis nuestro). Es clara la formulación del Sistema Nacional de Salud al que se integra el Sistema o Subsistema Nacional de Salud Mental.

## REFERENCIAS


1. *Constitución Política del Perú.* Edición Oficial, Diario "El Peruano", Lima, 1980.
2. CORNEJO, A. G., LORENTE, S. y CARAVEDO P., B. (1928): *Legislación sobre Asistencia de los Alienados y de los Toxicómanos.* Proyecto de la Comisión nombrada por la R. S. del 15 de julio de 1927. Reproducido en *La Reforma Psiquiátrica en el Perú. Temas para la historia de la psiquiatría peruana,* por Baltazar Caravedo Prado, recopilación de Baltazar Caravedo Molinari y Pilar Ortiz de Zevallos. Publicación de la Clínica Baltazar Caravedo, Imp. Sesator, Lima, 1985. El editor señala que "el texto fue básicamente redactado por Caravedo". En la bibliografía se menciona como primer aporte a la materia el "Proyecto de ley sobre asistencia de alienados", por Baltazar Caravedo y Sebastián Lorente, publicado en "La Crónica", Lima, 1916.
3. Un aporte a esta Comisión fue el texto de H. Delgado: "Anteproyecto de Ley de Sanidad Mental", publicado en la *Revista de Neuro-Psiquiatría, 9:* 231-241, 1946.
4. CARAVEDO P., B. (1944): *Proyecto de Ley de Higiene Mental,* Talleres Gráficos del Hospital "Víctor Larco Herrera", Magdalena del Mar.
5. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (1984): *Anteproyecto de Ley de Salud Mental,* Consejo de Salud Mental, Tipografía Peruana, Lima.
6. MINISTERIO DE SALUD (1975): *Plan Nacional de Salud Mental. Anteproyecto.* Ed. mimeografiada, Lima.
7. BRODY, E. B. (1985): "Psychiatry in relation to mental health: a global perspective", trad.: "La psiquiatría en relación con la salud mental: una perspectiva global", publicado en *Salud Mental* (México), *9:* 3-7, 1986.

lista en Psiquiatría de la Región de Salud de Lima y el Dr. Javier Mariátegui, Jefe de la Clínica Psiquiátrica de Día.

En el último tramo del Gobierno Militar se encargó las funciones de Dirección del Centro al Dr. Renato Castro de la Mata. Producido el cambio de autoridades con el advenimiento del Gobierno Constitucional, después de participar en las labores del Comité de Coordinación, como se señala líneas arriba, se me solicitó formalmente ocupe el puesto de Director del Centro, designación que solo acepté después de su reiteración por el Ministro de Salud de entonces, Dr. Uriel García Cáceres, la benévola insistencia del Dr. Shunichiro Hayashi, Jefe de la Misión Japonesa y tras fracasar nuestra petición de designar al Profesor Humberto Rotondo como primer Director del Instituto, en reconocimiento a su larga trayectoria al servicio de la asistencia psiquiátrica en nuestra patria y por su labor como Representante en el Comité Permanente. Asimismo, condicioné mi aceptación al mantenimiento del Dr. Renato Castro de la Mata como Director Asociado, tanto por haber sido el primer encargado de la Dirección del Centro, cuanto en reconocimiento de su labor de más de una década entonces en el campo de la Medicina y la Psiquiatría Comunitaria, gestión que contó finalmente con la aprobación del Ministro. *El Dr. Renato Castro de la Mata siempre agradeció esta intervención nuestra y dio repetidas muestras de complacencia por su mantenimiento en cargo directivo tanto para colaborar en la organización del Instituto cuanto y principalmente para la conducción del Programa de Psiquiatría Comunitaria, que gozó durante mi gestión de plena autonomía, dentro del diseño general del Sistema Nacional de Salud Mental.*

*Es descabalado pues afirmar que sustituí al Dr. Rotondo en un cargo que nunca tuvo y si a alguien reemplacé fue, como se desprende de lo escrito, al Dr. Castro de la Mata, reteniéndolo como director asociado y favoreciendo la continuidad del desarrollo del Convenio.*

La Resolución Ministerial Nº 0110-81-SA/DVM del 9 de julio de 1981, al adecuar la composición del Comité de Coordinación del Instituto, designó al Dr. Rolando Calderón Velasco, Vice-Ministro de Salud, como presidente y lo integró con los doctores Juan Ponce de León Alarcón, Director General de la Oficina de Intercambio Internacionales, Gloria Viladegut de Estrella, Asesora de la Alta Dirección, Humberto Rotondo Grimaldi, Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Hermilio Valdizán y Representante del

Comité Permanente para el Centro de Salud Mental Comunitario, Renato Castro de la Mata, Médico Especialista en Psiquiatría de la Región de Salud de Lima, y Javier Mariátegui, Encargado de las funciones de la Dirección del Centro de Salud Mental Comunitario "San Juan Bosco". En la Resolución Ministerial Nº 0118-81-SA/DVM del 17 de julio de 1981, se modifica la composición de la Comisión Permanente, haciéndola presidir por el Dr. Juan Manuel Sotelo Figueiredo, Director General de Servicios de Salud, y sustituyendo a la Dra. Gloria Viladegut por la Dra. María Esther Pérez López, Directora Ejecutiva de la Oficina Sectorial de Planificación. En esa Resolución aparece ya, como "Director Asociado" del Centro, el Dr. Renato Castro de la Mata.

El Dr. Humberto Rotondo tuvo en el pasado régimen los reconocimientos a los que tenía derecho por su larga y fecunda tarea, de más de treinta años, al servicio del Sector Salud en el campo de la asistencia psiquiátrica. Apenas instalado el Gobierno Constitucional, el 18 de agosto de 1980, se designó a dos especialistas con el fin de proponer la estructuración de una Comisión Nacional de Salud Mental. Posteriormente, con fecha 20 de febrero de 1981, por Resolución Ministerial Nº 0020-81-SA/DS, se conformó una Comisión de Alto Nivel destinada a "proponer las acciones para una solución integral de la Salud Mental en el país en armonía con los lineamientos de política sectorial vigente". Dicha Comisión, nombrada con carácter de permanente y dependiente de la Alta Dirección, estuvo presidida por el Dr. Humberto Rotondo Grimaldi e integrada por los doctores Javier Mariátegui Chiappe, Renato Castro de la Mata Caamaño, Teobaldo Llosa Rojas y Gróver Mori Romero. El Primer Informe emitido por la Comisión de Alto Nivel examinó los antecedentes y la situación actual, las acciones en desarrollo y los lineamientos de política. En un acápite de ese informe se señala: "El único aporte que se puede registrar en los últimos años responde a la iniciativa de un gobierno extranjero amigo, el Japón, para la construcción de un Instituto de Salud Mental ("San Juan Bosco"), *iniciativa que afortunadamente se ha mantenido pese a algunos intentos de desvirtuarla*". Como se puede apreciar, ya en los tiempos iniciales de creación del Instituto, se dieron "algunos intentos de desvirtuarlo", tentativas que reaparecieron desde las primeras acciones del gobierno actual y que obligaron, a los directores del Instituto, a una permanente tarea de defensa de sus fueros y de sus legítimos alcances, hasta nuestro cese en octubre de 1987.

En los días que se dio público conocimiento, a través de la prensa escrita, a las expresiones de protesta y solidaridad por nuestro cese, no faltó la adhesión de los familiares del Profesor Rotondo, en reconocimiento a la lealtad, afecto y admiración que siempre profesamos al maestro desaparecido. Su viuda, Doña Emma Dall' Orso de Rotondo, nos dejó un testimonio escrito de solidaridad familiar. Dice la tarjeta: "Dr. Mariátegui: Reciba Ud. un cariñoso saludo de toda la familia Rotondo, junto con nuestra indignación por el atropello de que ha sido víctima, y nuestro agradecimiento por el cariñoso recuerdo a Humberto. Atentamente". Frente a la verdad de los hechos, verificables en cualquier momento, se advierte con mayor nitidez la actitud de quienes, huérfanos de argumentos válidos, recurren a la falsedad y a la mixtificación de los hechos.

## ADDENDUM III

*El "Informe Berríos".* El Dr. Germán Berríos Marca es un antiguo amigo. Lo conocí cuando era alumno de San Fernando. Ya inclinado por la Psiquiatría, en su condición de estudiante, acompañó a la delegación de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría en unas Jornadas de la especialidad realizadas en Trujillo. Presentó ahí un trabajo relacionado a un tema epistemológico en el campo psiquiátrico que llamó la atención del auditorio que ignoraba que Berríos seguía estudios paralelos de Filosofía, también en San Marcos, y que Augusto Salazar Bondy, su mentor, lo distinguía como uno de sus mejores discípulos. Al término de los estudios, que coincidió con la crisis institucional de la Facultad de Medicina que terminó en el apartamento de casi todo el personal docente y la fundación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, presentó una tesis con el título de *Problemas de la Psiquiatría Contemporánea,* revisión crítica de las bases teóricas de nuestro saber en algunas áreas del conocimiento humano. Un jurado pávido y sorprendido no entendió el esfuerzo —como años antes, otro jurado sí lo hizo con la tesis de bachiller de Augusto Colmenares, *Teoría de la Psique,* también un audaz esfuerzo de entendimiento en el campo de la teoría del conocimiento, e ignorando que Manuel A. Muñiz, se graduó de Bachiller en medicina el 5 de octubre de 1888 con una tesis igualmente especulativa, *Vida. Animismo-vitalismo-materialismo*—, rechazó la tesis en la idea de la juventud del graduando y de su falta de experiencia en Clínica Psiquiátrica. Me obsequió un ejemplar que revisé en-

tonces y que recuerdo como un interesante ejercicio teorético, con sabor de bisoñía pero con diestro manejo del idioma.

Un par de semanas después, Berríos se graduaba con una tesis de corte positivista en base a hallazgos en el líquido céfalorraquideo. Tenía prisa pues lo esperaba en Oxford una beca que lo llevaría al doctorado. Entonces su interés se centraba en la teoría y la historia de las ciencias. Volvió después al campo psiquiátrico —del que nunca se desligó totalmente—, completó su formación y dio comienzo a una carrera de excelencias que lo llevaron a la elevada posición de Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Cambridge y Bibliotecario Mayor del Royal Collegue of Psychiatrists del Reino Unido. Nos carteamos algunas veces en los primeros tiempos de su permanencia en Inglaterra. La Asociación Psiquiátrica Peruana, en tiempos de mi Presidencia, conocedores de su paso por Lima (el objetivo de su viaje era participar, en Tacna, en la celebración del 25º aniversario de su egreso del Colegio local), le programó un curso de 20 horas en el Auditorium del Banco Continental, sobre tópicos de la psicopatología y la psiquiatría contemporáneas.

Estuvo en otra ocasión en Lima, especialmente enviado por el Consejo Británico para evaluar el Hospital "Víctor Larco Herrera". Como no podía ser de otro modo, la crítica ácida pero realista de una institución en crisis no dio lugar al debate abierto del documento final que circuló solo a nivel de la Alta Dirección del Ministerio y la Dirección del Hospital.

Conocedores de su buena disposición hacia su país natal, de su nombradía en los círculos científicos europeos y con conocimiento de trabajos publicados en importantes revistas de la especialidad, lo invitamos a colaborar en la *Revista de Neuro-Psiquiatría* con la revisión de un tema actualísimo: "Atención psiquiátrica primaria en Gran Bretaña" (Vol. XLVIII, Nº 2, junio de 1985), como un medio de sensibilizar a las autoridades de entonces, especialmente a uno de los responsables del texto final de la Declaración de Alma Ata, 1978, Dr. David Tejada de Rivero, titular del Sector Salud, con miras a comprometer sus lineamientos de política hacia el campo de la salud mental.

Finalmente, acogiendo una sugerencia del Dr. Alberto Perales, Jefe del Departamento de Investigación del Instituto, lo invitamos para desarrollar, en tres semanas en Lima, y una adicional en Tru-

jillo (esta última no se cumplió por limitaciones burocráticas), un nutrido programa (Seminario de Metodología a nivel avanzado; Conferencias de Actualización en Psiquiatría, cinco conferencias magistrales dictadas en distintos escenarios, reuniones de discusión clínica con los residentes de los Programas formativos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, visitas a centros hospitalarios y servicios y al Centro de Rehabilitación de Barranca). Colateralmente, a nuestro pedido, dados los diversos niveles en que se desarrolló este denso programa, del 16 de marzo al 10 de abril, que cumplió con envidiable energía y rigor expositivo, le solicitamos su impresión personal acerca del funcionamiento del Instituto. *Quede pues bien establecido que el Dr. Berríos no vino expresamente a cumplir tareas de evaluación:* tanto la petición contenida en el formato respectivo del Consejo Británico cuanto el tiempo limitado de la visita, no hacía posible una tarea agregada de esta naturaleza. Logramos sin embargo una visión crítica general, mayormente impresionista, que nos formuló al término de su visita, en una sesión de trabajo que tomó una mañana completa en la Dirección del Instituto y una "comida de trabajo", el domingo de la semana final de su permanencia en Lima; a esta última reunión me acompañaron Alberto Perales y Kenny Tejada. Acogiéndonos a su buena disposición y para contar con el respaldo de sus sugerencias y recomendaciones, le rogamos nos enviara, por escrito, lo que verbalmente nos había manifestado.

Nunca supimos del envío del informe y, enterados que a poco de llegar al país de su residencia, sufrió una crisis de salud, suponíamos que sus planes habían cambiado. Solo nos enteramos de la existencia de un fragmento del informe, con las "conclusiones y recomendaciones", eliminadas las partes críticas a la política general de salud, según nos informó el Representante del Consejo Británico en Lima, tras el cotejo con el original.

Este fragmento del informe circuló subrepticiamente, entregado a la mano a cada uno de los potenciales votantes en una circunstancial anécdota universitaria. Entonces no llegó a mis manos, pues de lo que se trataba era de presentar una imagen negativa del Instituto como consecuencia, pretendidamente, de su deficiente conducción. El uso innoble y con propósito inconfesable de esas páginas, me hizo comunicarme telefónicamente con el Dr. Berríos un sábado, al día siguiente del acto electoral. En carta al representante del Consejo Británico John England del 6 de julio de 1987, Berríos señala: "Estoy afligido

al saber que una forma mutilada del informe ha sido usada con fines políticos y ya le he escrito al doctor Mariátegui expresándole mi pesar. Si hubiese usted enviado al doctor Mariátegui el informe a tiempo, todas estas complicaciones se hubieran evitado. El informe era crítico, pero solo en aquellos aspectos que obstaculizarían el cuidado del paciente. *Más importante que cualquier crítica era, sin embargo, su tono constructivo que difícilmente podría ser considerado como político en cualquier sentido de la palabra.* Fue por lo tanto, un error de juicio de su parte suprimir el informe, sin consultar a Londres o a mí mismo" (subrayados nuestros). En carta del 13 de mayo de 1987, escribe Berríos: "Recordado Dr. Mariátegui. Fue un placer el recibir su llamada telefónica el fin de semana. Me preocupó, sin embargo, el saber que están circulando en Lima, versiones amputadas de mi informe confidencial de 1986, al Consejo Británico, sobre mi visita al Instituto que Ud. dignamente dirige. *Como es el caso con todo informe de esta naturaleza, y para ganar una idea cabal de su contenido, es esencial que el mío se lea en su totalidad. De otro modo el balance del comentario (que es constructivo) se desvirtúa.* Lo importante, creo yo, es la lucha para que no se arrastre, a las nunca limpias arenas de la política, lo que no es más que un informe técnico y científico. Mi única inspiración, cuando me tomé el trabajo de redactarlo (aún convalesciente de una seria enfermedad digestiva contraída en Lima) fue el interés profundo que siento por el bienestar del enfermo mental y mi deseo de contribuir al desarrollo de la psiquiatría en mi patria. Esperando tener el gusto de verlo en el Congreso Internacional de Bilbao, en Noviembre del presente año, quedo su atento y seguro servidor. G. E. Berríos, Profesor del Psiquiatría, Universidad de Cambridge / Bibliotecario Mayor, Royal Collegue of Psychiatrists of the United Kingdom" (subrayados nuestros).

No hubo modo de obtener copia completa del Informe original que, en burdo remedo de una metáfora bíblica, el señor England devolvió a la sede en Londres del Consejo Británico. Tampoco Berríos quiso enviarnos el texto original, basado en una formalidad que respetamos aunque disentimos de ella.

Aunque la Comisión *ad-hoc* del Cuerpo Médico no llegara a esclarecimientos definitivos, es obvio que la única persona que logró copia del informe y distribuyó en forma mutilada las conclu-

siones y recomendaciones, fue el ocasional "candidato opositor" en la elección a una posición universitaria cuyo resultado final decidió el azar.

Por fortuna, son de otra opinión la totalidad de los voceros autorizados del país y del exterior que han manifestado, de manera pública, su reconocimiento a la labor cumplida en este país difícil, "de desconcertadas gentes" como diría Unamuno. La cálida solidaridad mostrada hacia mi persona no alcanzaré nunca a agradecer cumplidamente, ni menos formularla por escrito.

# ANEXOS

# ANEXOS

Los anexos que se agregan en esta sección final del libro tienen por objeto ampliar o complementar la información suministrada en el texto. Aunque los temas sin tratar o sumariamente esbozados serán materia de otra publicación, nos ha parecido de interés agregar los que siguen para una mejor comprensión del contenido global de la obra, principalmente los asuntos acontecidos en los dos años y medio de la actual Administración política del país, lapso en que la comunicación directa con la Alta Dirección fue cada más difícil y hubo de recurrirse a documentos, declaraciones, oficios y notas.

## SOBRE LA CONTINUIDAD DE LA SALUD MENTAL Y LA PSIQUIATRIA EN EL PERU

El primer Editorial de *Anales de Salud Mental* resume el curso azaroso de los esfuerzos para la consecución del Instituto y la huella histórica de los mismos.

## ANALES DE SALUD MENTAL

## E D I T O R I A L *

La Psiquiatría Contemporánea es una compleja interdisciplina en la que confluyen saberes aportados en variable proporción por las ciencias naturales (biopsiquiatría) y las ciencias culturales (sociopsiquiatría). Pese a su universalidad, traduce la cultura colectiva de las nacionalidades y reclama de ellas una identidad con vocación creativa. El examen de la evolución de las ideas psiquiátricas en el Perú permite advertir el proceso simultáneo de incorporación del conocimiento fundamental y el registro del clima espiritual que le dio consistencia. Por obvias razones lo sustantivo de la tarea se centró en el estudio del ser nacional en su diversidad expresiva y en la búsqueda de lo distintivo de la peruanidad en un mundo cambiante. Hermilio Valdizán, fundador de nuestra Psiquiatría, sentó las bases del ambicioso proyecto de entender, desde el privilegiado mirador psicológico y espiritual, las vetas profundas de la identidad nacional. Con él o a partir de él, la Psiquiatría en nuestro medio se mantiene signada por la conciencia social y el compromiso histórico. En esta "atmósfera de ideas" y desde esta perspectiva social aparece en nuestra escena el Instituto Nacional de Salud Mental, viejo reclamo de los auténticos representativos de la Psiquiatría Peruana.

Honorio Delgado fue el primero en señalar, a comienzos de la década del veinte —entonces con la impronta eurocéntrica del modelo kraepeliniano del Instituto de Investigaciones de Münich— la imperativa necesidad de un centro superior de indagación en nuestro campo. Caravedo Prado, en el primer proyecto de legislación psiquiátrica en el país (1928), lo concibió como "organismo técnico, de consulta y de altos estudios en materia de psiquiatría e higiene mental" que permitiría a "los psiquiatras peruanos dedicarse, de preferencia, a investigaciones relacionadas a nuestros proble-

* Editorial del primer número de **Anales de Salud Mental,** Organo Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Vol. I, 1985.

mas en este vasto campo". Delgado, sucesor de Valdizán en la Cátedra de San Marcos, planteó, en cuanta oportunidad o foro se le ofreció, la necesidad del Instituto, "encargado del aspecto psicológico de la cultura profesional", especialmente dirigido a "la enseñanza y la investigación". Aparte de enfatizar su importancia en la docencia recalcó la necesidad de su creación para "la investigación científica en estos dominios" como "función genuinamente universitaria" existente entonces "solo por iniciativa y fervor de algunos cultivadores con más voluntad que medios". El planteamiento de Delgado decantó finalmente en una admonición: solo mediante la investigación propia nos pondremos a salvo de la forma más grave de dependencia, la intelectual y científica.

Después de un dilatado lapso, la idea del Instituto reaparece, más en forma tácita o sobreentendida, en el proyecto de Plan Nacional de Salud Mental de 1975, en cuya elaboración participáramos un par de trabajadores de la especialidad con el liderazgo de Humberto Rotondo. Finalmente, merced a la aportuna iniciativa del Ministerio de Salud, se encaminó el programa de colaboración técnica y económica suscrito entre nuestro país y el gobierno de Japón a la realización de esta anhelada esperanza transformándola en realidad cabal. La elección de los epónimos, Honorio Delgado e Hideyo Noguchi, a lado de simbolizar los vínculos de amistad existentes entre los pueblos peruanos y japonés, destacó desde el primer momento el énfasis en la investigación científica.

El postulado que dio nacimiento al Instituto es el imperativo del estudio de la realidad peruana y la investigación sistemática de la vasta problemática de la Salud Mental en nuestro país. De conformidad con sus documentos constitutivos, el Instituto Nacional de Salud Mental asume, ante la colectividad nacional, la responsabilidad de indagar, dentro de un orden de prioridades, una compleja y acuciante problemática biopsicosocial. Conexo a la investigación, el Instituto cumple importantes tareas de docencia superior, de asistencia especializada y de proyección comunitaria. En este último campo utiliza, al lado de los procedimientos formales, otros no convencionales para la asistencia del enfermo psiquiátrico, dimanados de la realidad sociocultural y económica, en busca de los medios que permitan acceder a las vastas mayorías nacionales a mejores condiciones de vida espiritual y la maximalización de los recursos y de las estrategias asistenciales en procura de un efecto multiplicador. Partimos del convencimiento que el reto de Alma-Ata de "Salud para todos el año 2,000" solo será fórmula desiderativa o ejercicio retórico si no se llega, con modelos alternativos de eficacia comprobada, a los segmentos representativos de la "realidad profunda del Perú".

Con una concepción de trabajo interdisciplinario presentamos *Anales de Salud Mental,* organo de expresión del Instituto. Sus páginas que hoy recogen aportes aún generados por la iniciativa individual, intentarán ofrecer en próximos números la investigación fundamental en la que se inscribe la filosofía de la Institución, además de las pautas normativas y la información complementaria, seguida de la selección antológica del ayer de nuestra Psiquiatría —un pasado ahito de benemerencias— convencidos

como estamos que la única forma de afirmar el presente y proyectarnos en el futuro es a partir del reconocimiento crítico de los antecedentes que en otro tiempo y en otra dimensión histórica reflejaron el ser nacional en su vicisitud y en su grandeza.

*Anales de Salud Mental* pretende, desde un horizonte conceptual amplio, abarcar todos los enfoques de las Ciencias del Hombre apenas reflejados por denominaciones como Psiquiatría, Psicopatología, Neurobiología, Psicología, Antropología Médica, Psicosociología y disciplinas afines. Nos interesa el estudio de la "condición humana" en todas sus posibilidades expresivas, el hombre peruano en su *habitat* natural y en su peripecia migratoria. Pero nuestra revista rebasará lo nuestro para reflejar la realidad mundial pues solo nos es dable concebir lo peruano dentro del móvil e inquietante panorama del mundo de hoy.

*Anales* abre sus páginas a toda aportación seria, reflejo del interés individual o colectivo de otros profesionales e instituciones. Los requisitos invocados de modo insoslayable será la calidad del mensaje científico, la singularidad de la contribución, el rigor de la metodología.

Estas líneas de presentación no pueden cerrarse sin mencionar nuestro reconocimiento a la Agencia Internacional de Colaboración Técnica del Japón (JICA), cuyo gesto liberal ha permitido la publicación de *Anales de Salud Mental* y el permanente interés de sus representantes y expertos para la adecuada cumplimentación del proyecto para el desarrollo de la Salud Mental en nuestro país.

*Dr. Javier Mariátegui*

## SOBRE AMPLIACION DEL INSTITUTO

El desarrollo natural del Instituto obliga a la ampliación de su infraestructura física. Planeado como un Hospital o Centro Psiquiátrico, su transformación en Instituto, cuando la obra estaba ya en construcción, no permitió la edificación para los ambientes indispensables, de modo que se tuvo que emplear, de modo provisional, dos espacios del Servicio de Emergencia y un sector del Pabellón "A", con la clara intención de restituirles su función original, tan pronto como se dispusiera de área física construída para instalar los equipos de Servicios tales como Psiquiatría Biológica, Sistema de Información y Centro de Cómputo, Unidad de Apoyo docente con Biblioteca y maquinaria para edición de videos, microfilms, procesadora de textos, etc. La carta que se reproduce a continuación es una muestra de la temprana preocupación por esta obra. También se diseñó, en área diferenciada del terreno vecino, una Unidad para Farmacodependencia para darle independencia y al mismo tiempo vinculación funcional con las demás instalaciones del Instituto.

Lima, 17 de enero de 1983.

OFICIO Nº 017 D-INSM-HD-HN-83

ASUNTO : Ampliación de donativo al I.N.S.M. "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" con la edificación de una unidad complementaria de investigación.

A : Dr. Kimpei Minobe,
Jefe de la Misión Japonesa

DE : Director del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

1. El actual edificio del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", fue diseñado y construído para atender las necesidades de un Centro de Salud Mental Comunitario. Al transformarse de Centro de Salud Mental en Instituto Nacional sólo se pudieron hacer pequeñas adaptaciones sobre el proyecto existente, quedando un número importante de unidades sin disponer de infraestructura física. Esta situación, que ha sido verificada inclusive por el experto japonés doctor Hiroshi Egawa, exige la complementación del actual área construída con una pequeña edificación complementaria que servirá para las siguientes funciones:

   a) Laboratorio de Psiquiatría Biológica (Psicofarmacología, Neuroquímica, Neurofisiología Clínica).

   b) Unidad para el Sistema de Información y el Servicio de Computación.

   c) Unidad para Biblioteca, Sala de Conferencias y anexos (ambientes para la preparación de microfilms, diapositivas, máquinas reproductoras de textos, ambientes para la lectura de microfilms, etc.).

2. Pensamos que para satisfacer las necesidades señaladas será necesario una pequeña edificación de cuatro pisos, cuyos detalles, para los fines de su diseño, serán expuestos en su oportunidad.

3. Para el anexo de edificación propuesto existe un terreno disponible en el área norte del Instituto.

*Dr. Javier Mariátegui*

## SOBRE LA VIGILANCIA SANITARIA DE LA PUBLICIDAD

El Instituto, en su estrategia de sensibilizar al poder de decisión en política de salud en los asuntos atañederos a la Salud Mental del país, no perdió ocasión para hacer llegar al Despacho Ministerial las orientaciones y sugerencias tanto para preservar la salud mental y fomentar el bienestar de la comunidad nacional cuanto a las medidas propiamente psico-profilácticas en el campo de la información. No se trata, desde luego, de censurar o recortar la libertad de prensa sino de señalar los límites de lo permisible, en defensa del capital humano. Es por cierto una área crítica, por los intereses económicos de los grupos dominantes que a veces, desfachatadamente, practican una suerte de "tartufismo", colaborando por un lado en campañas bien intencionadas, mientras que por otro lado extienden el poder económico generado por la producción de los tóxicos sociales.

El Instituto considera importante fomentar una conciencia de legítima defensa de la colectividad nacional frente a las formas visibles o encubiertas de "entretenimiento" que irrogan graves daños tanto a la salud emocional cuanto a la física. Haciéndonos eco de un llamado urgente de atención sobre esta problemática emprendida por el Instituto Mexicano de Salud Mental, enviamos la siguiente carta, con la orientación mencionada, al señor Ministro de Salud:

Lima, febrero 21 de 1987

OFICIO Nº 134 D-INSM-HD-HN-87

Señor Doctor
David Tejada de Rivero,
Ministro de Salud
Presente

Señor Ministro:

El Instituto Nacional de Salud Mental, en cumplimiento de una de sus atribuciones fundamentales, expone a su Despacho tres temas de acuciante actualidad e impostergable solución, en salvaguarda de la salud mental de la comunidad nacional.

I. ALCOHOL Y ALCOHOLISMO.— La más extendida farmacodependencia del país está constituída por el consumo exagerado del alcohol y la difusión del alcoholismo, principalmente en las poblaciones urbano-marginales y dentro de ellas la población joven, donde comienza el proceso adictivo a los 18 años y presencia de la enfermedad alcohólica en el grupo etareo de los adultos jóvenes (entre los 25 y 29 años). Una investigación epidemiológica sobre el particular realizada por el Instituto en el Distrito de Independencia, contiene datos extraídos de la realidad y referidos fundamentalmente a una de las poblaciones urbano-marginales del Cono Norte de la Gran Lima (se adjunta una copia de la investigación mencionada).

Frente a esta realidad no existe, en los altos niveles de decisión política, una posición coherente y mantenida en lo que se refiere al

uso de la publicidad, sobre todo de los procedimientos hablados, escritos y televisivos de comunicación de masas. Así al público receptor en nuestro país le llega por un lado una débil advertencia acerca de los riesgos del alcohol, mientras que es saturado por un sistemático y masivo mensaje estimulante de conductas en las que el alcohol (trátese de productos destilados o fermentados) es presentado como un inofensivo "catalizador" de las relaciones interpersonales. En ningún momento las medidas publicitarias referentes al uso del alcohol advierten a sus usuarios potenciales acerca de sus riesgos y parecieran más bien encontrar anuencia pasiva para el fomento de conductas que en un porcentaje considerable han de traducirse en consumos patológicos y enfermedad alcohólica. Se hace necesario pues una política de control sanitario de la publicidad, que ofrezca una respuesta clara acerca de la política sobre este consumo potencialmente dañino y de otros problemas que mencionamos en los acápites II y III.

II. TABACO Y TABAQUISMO.— El año pasado el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, desarrolló una interesante estrategia de educación a la comunidad no sólo sobre los aspectos preventivos y de reconocimiento temprano de las enfermedades neoplásicas sino de los riesgos del uso del tabaco, de su carácter de hábito facticio y nocivo y de las repercusiones graves del tabaquismo en relación directa con el cáncer del pulmón y otras del segmento alto del aparato digestivo. Sin embargo esta campaña, que culminó con el establecimiento del "Día del no fumar", no se disciplinó hacia una paralela campaña destinada a evitar la publicidad que en los últimos tiempos ha mostrado, gracias a los progresos tecnológicos, una eficaz estrategia incentivadora del consumo de tabaco por la población joven. Ello pudo generar, en la psicología del recipiendario de información, de un mensaje ambiguo del que, por desgracia, resulta sobresaliente y determinante el relacionado al estímulo de un consumo asociado no sólo a satisfacer el hedonismo primario sino a fomentar la idea de las propiedades estimulantes y hasta favorecedoras de la convivencia social del uso de tabaco. Debemos llamar la atención, de modo particular, a la propaganda dirigida a adolescentes y adultos jóvenes, esto es a gente menor de 25 años, justamente la masa poblacional más sensible al desarrollo mantenido del hábito de consumo del cigarrillo.

III. EROTISMO Y VIOLENCIA.— En los últimos años, sobre todo a través de la televisión, se ha utilizado imágenes mayormente del sexo femenino, para fomentar el uso de diversos bienes de consumo superfluo. En estos programas no solo se ofende la dignidad de la mujer peruana sino que se ofrece de ella una imagen efectista y "cosificada". Todo ello lejos de constituir una sana iniciación en el conocimiento de la naturaleza de la sexualidad humana, distorsiona la psicología colectiva, tan propensa a registrar la información por imágenes. El periodismo sensacionalista, incapaz de producir y trans-

mitir educación colectiva, reduce la noticia, en muchos casos a una dimensión desproporcionada, dirigida a desviar la agresividad normal (propia de la naturaleza humana e indispensable para la subsistencia) hacia formas primitivas, haciendo de sus protagonistas personajes exitosos y realizados. Una dimensión importante de las conductas violentas en mentalidades poco diferenciadas o con áreas frágiles en la estructura de la personalidad, facilita la emergencia de la violencia como respuesta a los más variados estímulos con los resultados conocidos en la vida cotidiana (asaltos, violaciones, raptos, terrorismo, etc.). No existe en nuestro medio norma alguna que cautele la observancia de los principios fundamentales de un género de vida sano, con una capacidad de realización a través del esfuerzo mantenido.

Es también en este campo indispensable una disposición política del más alto nivel que sofrene el mercantilismo de los medios de comunicación de masas y ofrezca un perfil recreativo, educativo y formativo con los cada vez más sofisticados recursos de la técnica, ahora lamentablemente destinados, de manera preferente, al fomento de la vida descendente y la quiebra valorativa de la condición humana.

La reflexión sobre los tres aspectos cruciales mencionados lleva a la impostergable necesidad de creación de normas de control sanitario de la publicidad que haga de la misma elemento educativo y constructivo, que mejore la calidad de vida, que descubra espacios de disfrute estético, en fin que fomenten las disposiciones sanas de la naturaleza humana. El requerimiento de las normas mencionadas sólo puede canalizarse desde una decisión política que las haga eficientes y no mera acción bien intencionada pero inconexa e inoperante.

La ocasión es propicia para renovar a usted, señor Ministro, las expresiones de nuestra mayor distinción.

Atentamente,

*Dr. Javier Mariátegui*

Antes de la existencia de entes normativos, la Academia Nacional de Medicina prestó invalorables servicios de consultoría al Sector Salud. Pese al tiempo transcurrido, es aún de lectura ilustrativa el dictamen emitido por el Profesor Honorio Delgado, a petición de la Academia, sobre la influencia del cinematógrafo en menores de 10 años:

## LA CONCURRENCIA DE MENORES DE 10 AÑOS A LAS EXHIBICIONES DE PELICULAS CINEMATOGRAFICAS *

El Profesor Dr. Honorio Delgado ha emitido luminoso dictamen sobre la concurrencia de los menores de 10 años a las exhibiciones de películas

* Publicado en la sección "Información Médica" de **Actualidad Médica Peruana**, 3: 154-155, 1937.

cinematográficas. Ese dictamen que lo hizo suyo la Academia Nacional de Medicina, dice textualmente:

Señor Secretario Perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

Ciudad.

S. S. P.:

Cumplo gustoso con dar respuesta a su oficio de 18 del presente mes, en que se digna Ud. invitarme para que exponga mi parecer acerca del proyecto del Patronato Nacional de Censura de Películas Cinematográficas relativo a la prohibición del ingreso de los niños menores de 10 años a los locales correspondientes.

Examinando con criterio psicohigiénico los efectos del cinematógrafo sobre la mentalidad infantil resultan los siguientes:

I.— Permite ver y oír mucho de lo que no está al alcance de los sentidos en la vida ordinaria y es inaccesible con el auxilio de otros medios técnicos. En este sentido, el cinematógrafo, como el telescopio y el microscopio, amplía y enriquece el mundo de la percepción del niño.

II.— Disponiendo de artificios que permiten las apariencias más variadas y originales, es capaz de estimular poderosamente la imaginación. En el niño, sobre todo en el menor de 10 años, la existencia no se desenvuelve sólo en relación con los hechos efectivos: principalmente se abre al mundo del juego, de la ilusión, de lo feérico. Lo encantador y maravilloso es pábulo que requiere su espíritu, de manera tan apremiante como las realidades en el del adulto. El espectáculo cinematográfico, como los cuentos de hadas, la epopeya y las historias, ofrece a la fantasía infantil estímulo abundante, que, según el contenido de las películas, puede exaltar o paralizar los resortes de la acción, encaminar o extraviar la vacilante conciencia de la realidad, iluminar y fomentar el sentido de lo grande y de lo noble o encender el fervor por lo fantástico y desmesurado.

III.— Capaz de suscitar los más variados sentimientos, el cinematógrafo, según el tema que trata, es fuente de regocijo, incentivo de risa y sana expansión gozosa o causa de desasosiego, de terror y hasta de traumatismos emocionales. Los efectos también dependen, en este aspecto como en los demás, de la constitución psíquica del niño. Lo mismo que al bien dispuesto le estimula la fibra heroica, al neuropático le puede causar una inquietud morbosa y acaso morbígena. Así el cinematógrafo desahoga los sentimientos naturales en la edad infantil, cumpliendo una función catártica, y suscita reacciones emocionales que pueden ser patológicas.

IV.— Como todo espectáculo, de la vida real o del arte, el que ofrece la cinematografía revela aspectos determinados de la vida humana, que contribuyen a suscitar y dirigir las tendencias valorativas y la voluntad del niño. La imagen tiene un poder dinamogénico en la economía de los instintos y del querer, de suerte que en la sala de espectáculos, como en el hogar y en la calle, el niño recibe incitaciones para la conducta. Si se identifica con el héroe, como a menudo ocurre, lo toma como modelo e incorpora

en su modo de ser el bien o el mal que encarna, las acciones morales que realiza, la vulgaridad o la distinción de sus maneras, en general, lo plausible o lo censurable. El niño tiene una definida inclinación a realizar aquello que se le presenta como ideal, perfecto o meramente seductor de alguna manera. Por consiguiente, el cinematógrafo, según los modelos de comportamiento que exhibe, corromperá o deformará la personalidad del niño o fomentará su recta elevación al mundo de los valores espirituales.

V.— Por último, el arte cinematográfico es particularmente apropiado para el cultivo de la inteligencia. Gracias a él es posible presentar de manera grata y comprensible los conocimientos, señaladamente los correspondientes a las ciencias naturales, a la geografía y a las artes plásticas. Constituye un auxiliar precioso para mostrar lo que es inaccesible por otros medios y para demostrar de manera animada y amena lo que requiere difíciles y costosas experiencias.

El somero examen que precede de los efectos posibles del espectáculo cinematográfico sobre el alma infantil me parece demostrativo de que éste, por sí mismo, no es dañino, dependiendo su influencia del contenido de las películas. De suerte que tanto puede considerársele un agente de daño, de mala formación individual y de desorganización y decadencia colectiva —por las películas mal inspiradas, con tendencia a la descomposición de las costumbres e inmorales— cuanto instrumento de inapreciable valor recreativo, catártico, educativo y didáctico, por las películas de concepción atinada y noble.

Prohibir el acceso de los niños menores de 10 años a las salas de espectáculo cinematográfico es aconsejable sólo en el caso que haya una posibilidad de reglar adecuada y eficazmente el control de las películas, pues es efectivamente muy grande el daño que en la forma actual se causa no sólo a los niños menores de 10 años sino a los mayores e incluso a los adultos.

Considero también que el hábito de concurrir al cinematógrafo es tan arraigado que no será fácil suprimirlo sin causar seria perturbación en los usos familiares. En efecto, el espectáculo en cuestión representa un sucedáneo de costumbres perdidas que ya no es posible rehabilitar. En el hogar moderno falta de ordinario el estímulo al regocijo y la vida en común es mediocre y fecunda en menudos desagrados. Tal vez sustituiría al cinematógrafo el radio, que hasta hoy también es más que nada, fuente de molestia cerebral y mental, incitación al mal gusto, a la vulgaridad, cuando no al crimen.

Lo plausible sería, en el caso indicado que el Estado organizara una institución de cinematógrafo educativo y de recreo para los escolares, compensando así el espectáculo indeseable de empresa privada.

Tal es mi dictamen, señor Secretario Perpetuo, cuyo pedido deseo haber interpretado en la debida forma.

Con toda estimación.

(firmado) *Honorio F. DELGADO*

## SOBRE EL DESLINDE DE FUNCIONES

En diversas circunstancias el Instituto, en cumplimiento de su función normativa, señaló los criterios que fundamenta el deslinde de áreas imprecisamente delimitadas. Así, cuando sin análisis previo ni la insoslayable consulta, se creó en un Hospital una Unidad de Neurociencias que involucraba al consultorio de psiquiatría, como un integrante más de un "mosaico" de especialidades bajo el comando de los neurólogos, el Instituto hizo la aclaración pertinente. Este pronunciamiento en modo alguno desconoce el papel relevante de las Neurociencias en los avances de las disciplinas que estudian el comportamiento humano, llamadas a convertirse en paradigma integrador en la vertiente somática de la neurología, la psiquiatría y disciplinas conexas. Lo que se cuestiona es la arbitraria creación de áreas especializadas con nombre propio, alzaprimando lo neurológico o neuroquirúrgico, según el designio que el hegemonismo político hace aconsejable, desnaturalizando la esencia de un proceso. La nota que se reproduce es ilustrativa de un episodio más entre otros de los señalamientos realizados por el Instituto en cumplimiento de su función normativa.

Lima, septiembre 24, de 1986.

### OFICIO Nº 371-DG-INSM/86

Señorita Doctora
Adriana Rebaza Flores,
Vice-Ministro de Salud
Ciudad

Señorita Vice-Ministro:

El Instituto Nacional de Salud Mental en atención a una de sus funciones esenciales cual es la normatividad específica y la asesoría en el campo de la salud mental, cumple con opinar acerca de la inclusión de la "Unidad de Neurociencias" como tendencia que parece extenderse en los hospitales generales pertenecientes al Sector Salud. Se agrupa en la Unidad de Neurociencias a los consultorios o servicios de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría o Salud Mental. Esta inclusión no se disciplina a la realidad actual de los servicios ni a los criterios existentes que reserva la autonomía conceptual y operativa de los servicios de Psiquiatría, en sentido estricto, y de Salud Mental, en sentido amplio. Como es sabido, para fines académicos, se suele incorporar a nuestra especialidad la de "Ciencias del Comportamiento" extensión que involucra algunos de los aspectos de las neurociencias. Teniendo en cuenta la formación de los especialistas en nuestro país es inconveniente crear unidades que no correspondan a especialidades conocidas. En todo caso, el "especialista" en "neurociencias" sería un tipo de profesional de formación compleja, un verdadero paradigma de las interdisciplinas que estudian el comportamiento humano en salud y en enfermedad que ya intenta establecerse en países de notable desarrollo, pero que entre nosotros es expresión más desiderativa que realista.

En suma, reiterando su función normativa, este Instituto cumple con hacer las siguientes precisiones:

1. La Unidad de Neurociencias no debe involucrar el área de la Salud Mental o el más estricto de la Psiquiatría.

2. Los campos legítimos de las Neurociencias comprende la Neurología y la Neurocirugía, y sub-especialidades como la neuro-oftalmología, la neuro-endocrinología, la neuro-inmunología, la neuro-psicología, entre las principales.

3. La psicología clínica es una de las disciplinas ligadas estrechamente a la interdisciplina llamada Salud Mental.

Como complemento informativo, adjunto copia del artículo de Solomon H. Snyder: "Neurosciences: an integrative Discipline", *Sciencie,* vol. 225, 1986.

En espera que su Despacho tomará en consideración los criterios expuestos, me valgo de la ocasión, Señorita Vice-Ministro, para renovar a usted las expresiones de mi mayor distinción.

Atentamente,

*Dr. Javier Mariátegui Chiappe*
Director General
Instituto Nacional de Salud Mental

## SOBRE FARMACODEPENDENCIA Y ÑAÑA

Una demostración palmaria de ausencia de lineamientos claros sobre el grave problema de la farmacodependencia fue la iniciativa inconsulta de transformar el único Centro de Rehabilitación de Ñaña en un centro u hospital para enfermos somáticos crónicos, de larga internación. Cuando, con planos aprobados, nos enteramos de este despropósito por su Director, el Dr. Rafael Navarro, con el apoyo del Senador Esteban D. Rocca, antiguo profesor y amigo, canalizamos la opinión pública y las demandas de los padres de familia de los jóvenes que se atendían en Ñaña. Informamos de inmediato al Ministro de entonces, Dr. David Tejada de Rivero, sobre la necesidad no solo de mantener Ñaña sino de crear centros similares en Lima y las capitales de algunos departamentos y respetar la función normativa y la consulta obligada, en este caso, del Instituto. Merced a la participación de los medios masivos de comunicación, el punto de vista del Instituto primó y no se perdió oportunidad para recalcar no solo la importancia de ese Centro sino la necesidad de darle autonomía. Se reproduce la nota cursada a la Vice-Ministro Institucional, doctora Adriana Rebaza, es una muestra de esta posición.

Lima, octubre 10, de 1986

OFICIO Nº 387-DG-INSM/86

Señorita Doctora
Adriana Rebaza Flores
Vice-Ministro Institucional,
Ministerio de Salud
Ciudad

Señorita Vice-Ministro:

De conformidad al texto del Oficio SA-DVM-1457 enviado a este Instituto por el Vice-Ministro de Salud Sectorial, mediante el cual se precisa que a partir de esa fecha el Instituto se encarga de normar las acciones correspondientes a la Farmacodependencia, cumplimos con manifestar a usted nuestro interés en conocer la opinión de su Despacho sobre el proyecto de transformar el Centro de Rehabilitación de Farmacodependientes de Ñaña en un Centro de Salud General, como señala la nota cursada a este Instituto por el Director de ese Centro, doctor Rafael Navarro Cueva, cuya copia adjuntamos.

Sobre el particular el Instituto cumple con ratificar lo opinado ante el Señor Ministro sobre la necesidad no sólo de mantener el Centro de Rehabilitación de Farmacodependientes de Ñaña sino de darle un desarrollo autónomo que le permita cumplir de manera integral, una parte significativa del programa de Farmacodependencia que es responsabilidad de este Instituto.

En la seguridad que su Despacho tomará en cuenta este criterio técnico, nos valemos de la ocasión, Señorita Vice-Ministro, para renovar a usted las expresiones de nuestra mayor distinción.

Atentamente,

*Dr. Javier Mariátegui Chiappe*
Director General
Instituto Nacional de Salud Mental

La ambigüedad de los Sectores participantes en torno de la condición normativa del Instituto, que fue declarado uno de los pocos Centros Nacionales de colaboración de la OPS en los programas de investigación, tratamiento, rehabilitación y prevención de la farmacodependencia, dio lugar a acciones aisladas y al desperdicio de oportunidades para la atención de este grave problema de salud. Se reproduce la nota que formaliza el acuerdo.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Lima, 27 de mayo de 1987

Señor Doctor
Nilo Vallejo Espinoza
Director Técnico,
Dirección Técnica de Coordinación
Sectorial de la Cooperación Externa,
Ministerio de Salud
Lima

Estimado doctor Vallejo:

Es grato dirigirnos a usted en relación al acuerdo de participación del Instituto Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en la Red de Centros Colaboradores, dentro de los programas de investigación, tratamiento y prevención de la farmacodependencia en el área andina.
Cabe recordar, que esta valiosa participación va en concordancia con la Resolución adoptada por los Directores Generales de Salud de la Subregión Andina, en la Reunión de Quito, del 17 al 21 de noviembre de 1986. En esa ocasión se acordó acoger la propuesta de la OPS en el desarrollo de centros de participación y colaboración, e iniciar acciones en este campo "aprovechando los recursos disponibles y según los objetivos y metas a determinar".
Al respecto, se dará seguimiento a esta iniciativa en el tercer cuatrimestre, con la visita del Dr. Enrique Madrigal, Asesor Regional en Alcoholismo y Farmacodependencia, a Lima, con el propósito de diseñar un Plan de Acción conjunto.
La ocasión es propicia para renovar a usted los sentimientos de nuestra distinguida consideración.

Muy atentamente.

Representante en Perú
Ing. *Carlos M. Cúneo*

## ¿OTRA OPORTUNIDAD DESPERDICIADA?

Quizá una oportunidad recientemente "desperdiciada" fue la *no insistencia* en la petición de un "Centro Nacional de Neurocirugía" —en realidad, un Instituto Nacional de Neurología—, de ámbito nacional, "fundamentalmente para la atención de los pacientes referidos de los Hospitales Generales del Ministerio de Salud, con funciones normativas y de capacitación de los profesionales especialistas en neurología...", dotados de equipos de alta sofisticación técnica. El Instituto fue declarado de prioridad, dadas las condiciones del Hospital "Santo Toribio de Mogrovejo", "único Centro del Perú para el desarrollo de la Neurología Clínica y Quirúrgica...". La ubicación: el terreno aledaño al Instituto Nacional de Salud Mental, con una área total de construcción de 3,000 m2, con servicios generales próximos al "complejo hospitalario Cayetano Heredia" (Hospital Base-Instituto Nacional de Salud Mental).

La puesta en marcha de este proyecto estuvo supeditada a la aprobación, por parte de la Comisión Evaluadora Japonesa, de la cumplimentación del Proyecto del INSM. Conseguido lo último, queda (o quedaba) a quien corresponde la responsabilidad de replantear la petición, esta vez con el aval de una obra realizada y positivamente evaluada.

La iniciativa de creación del mencionado Instituto correspondió al Profesor Dr. Juan Franco Ponce, distinguido neurocirujano, entonces Ministro de Salud.

Con esa construcción, la manzana íntegra, conformada por *campus* universitario, hospital general docente e Instituto de Salud Mental, se complementaba de modo funcional con el Instituto Neurológico. Ante la información de destinar ese terreno "para la construcción del Servicio Técnico de Mantenimiento de Establecimientos de Salud", la Dirección General del Instituto cumplió con hacer los señalamientos respectivos, conforme se infiere de las notas que se reproducen a continuación:

Lima, febrero 18 de 1987

OFICIO Nº 121-D-INSM-HD-HN-87

Señor Doctor
David Tejada de Rivero,
Ministro de Salud
Presente.

Señor Ministro:

El Instituto Nacional de Salud Mental, ubicado en el Distrito de San Martín de Porras, colinda con un terreno de propiedad del Ministerio de Salud, el mismo que fuera reservado para un proyectado Instituto de Neurología. Para su preservación, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" lo cercó convenientemente, evitando así los primeros conatos de invasión. De modo informal ha llegado al Instituto el rumor que el mencionado terreno no será utilizado para construcción asistencial sino para instalar allí el Taller Central del Ministerio de Salud.

Consideramos que sería inconveniente destinar para Talleres de Maestranza, el terreno aledaño al Instituto, por cuanto su proximidad a nuestros ambientes de Hospitalización perturbaría la tranquilidad necesaria para el tratamiento de nuestros pacientes.

Al cumplir con la responsabilidad de hacer este señalamiento, nos valemos de la oportunidad, señor Ministro, para renovar a usted las expresiones de nuestra más alta estima personal.

Atentamente,

*Dr. Javier Mariátegui Chiappe*
Director del Instituto de Salud Mental
*"Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"*
C. M. P. 0043

Lima, 2 de julio de 1987.

INFORME Nº 004-OSECST-DIRECONEQ/87

ASUNTO : Terreno para la Construcción del Centro de Servicio Técnico - Lima Nacional.

A : Ing. José Alex Chaparro Gálvez
Director General de la División de Rehabilitación y Conservación de Equipos.

DE : Arq. Abraham Arana Gutiérrez.

REF. : Oficio Nº 121-D-INSM-HD-HN-87.
Informe Nº 0195-87-AIS-OP.

Tengo a bien dirigirme a usted, para informarle que de acuerdo a los documentos de la referencia, el suscrito manifiesta lo siguiente:

1º Que se han ubicado los volúmenes de los diferentes ambientes que consta el diseño del Centro de Servicio Técnico-Lima Nacional, en el terreno aledaño al Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, teniendo en consideración el Decreto Supremo Nº 014-87-SA que decreta en el artículo 2º: "El Ministerio de Salud afectará el terreno mencionado en el artículo 1º para uso del Servicio Técnico de Mantenimiento de Establecimientos de Salud del Servicio Nacional de Rehabilitación de Infraestructura y Equipo, dictando el acto administrativo pertinente".

2º Se esta respetando la calle de acceso para los servicios del Instituto.

3º Teniendo en consideración la función que desempeña el Instituto, se han ubicado los talleres del Centro de Servicio Técnico Lima, aproximadamente a 150 mts, de la hospitalización de dicho Instituto, precisamente por los posibles ruidos que estos podrían producir.

Es cuanto tengo que informar para los fines pertinentes.

Atentamente,

*Arq. Abraham Arana Gutiérrez*

Lima, 16 de agosto de 1987.

INFORME Nº 0240-87-SNI/OP

ASUNTO : Terreno para la Construcción del Centro de Servicio Técnico - Lima.

A : Arq. Víctor Tapia Rosales
Jefe de la Oficina de Proyectos

DE : Arq. Lucio Gálvez A.

REF. : Oficio Nº 0323-1-DIRECONEQ/87

En atención a lo solicitado por el Dr. Javier Mariátegui Chiappe, Director del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, cumplo con informar a Ud., lo siguiente:

1º Mediante Informe Nº 0195-87-AIS-OP de fecha 09-06-87 el Arq. Ramiro Rodríguez García deriva el documento al Servicio Nacional de Rehabilitación de Infraestructura y Equipo para que se tome en cuenta en la elaboración del proyecto para el Centro de Mantenimiento Nacional las recomendaciones efectuadas por el Dr. Mariátegui; cuya copia se adjunta.

2º Mediante el Informe Nº 004-OSECST-DIRECONEQ-87 de fecha 02/07/87, el Arquitecto Abraham Arana Gutiérrez informa que de acuerdo a las consideraciones efectuadas por el Dr. Mariátegui y el Arq. Rodríguez, ha ubicado el Centro de Mantenimiento a 150 metros de separación del pabellón de Hospitalización del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado. Asimismo indica que la ubicación del Centro de Mantenimiento Nacional está basado en el Decreto Supremo Nº 014-87-SA.

En consecuencia, considero que ha sido solucionado lo solicitado por el Dr. Mariátegui; por lo tanto se derive el expediente al Director del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi para su conocimiento.

Atentamente,

Arq. Lucio Gálvez A.
Cap. 880

PROVEIDO
Pase a la Dirección General de la DCC-IF, para su conocimiento y fines pertinentes

Arq. Víctor Tapia Rosales
Jefe de la Oficina de Proyectos.

# POST-SCRIPTUM

Como una muestra de las diversas señales de reconocimiento que mereció en el país y fuera de él mi desempeño como Director General del Instituto Nacional de Salud Mental, me limito a reproducir la sobria pero generosa nota de la pluma de quien es hoy la figura representativa de la Psiquiatría Latinoamericana, el Profesor Dr. Carlos Alberto Seguín:

## JAVIER MARIATEGUI Y EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL *

Por Carlos Alberto Seguín

Acabo de recibir la noticia de que el Profesor Javier Mariátegui deja la dirección del Instituto Nacional de Salud Mental y no puedo menos que decir unas palabras que reflejen mi admiración por la obra por él realizada en el período de comienzo de la vida de esa institución.

El Instituto nació a raíz del interés del Gobierno del Japón de colaborar en la asistencia psiquiátrica de nuestro país y la construcción, por él financiada, de un edificio modernamente dotado.

Quiero hacer notar algo que considero esencial. Es, precisamente, la primera y fundamental conquista de Mariátegui, al hacerse cargo de su dirección, proponer y conseguir que el espíritu mismo cambiara y hacer que las actividades de la nueva entidad fueran dirigidas, no solamente al cumplimiento de los propósitos originales, sino a que se convirtiera en un Instituto de Salud Mental.

Ya el nombre indica su orientación básica. No se trata de un Instituto de Psiquiatría, sino de Salud Mental y, si atendemos al fondo del concepto, comprenderemos cómo, desde el inicio, se trataba de poner en práctica conceptos amplios y plenamente de acuerdo con las actuales orientaciones. No se desarrolla una Psiquiatría (especialidad dedicada al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales), sino, más bien, se dirige al cuidado y mejoramiento de la salud mental, con lo que se está, realmente, de acuerdo con la medicina moderna, que va poniendo cada vez más énfasis en la consideración de la salud.

En el editorial del segundo número de los *Anales* publicados por el Instituto, Mariátegui dice:

"Consecuentes con el momento histórico, concebimos la problemática de la salud mental en el país como el reto de un nuevo paradigma interdisciplinario, que registre la realidad en su dialéctica cambiante, influída o retroalimentada por otros sistemas, con capacidad de transferencia de modelos de diversos campos, con asimilación de conocimientos procedentes de otras áreas del conocimiento humano. La Psiquiatría resulta así una compleja interdisciplina, que partiendo del conocimiento antropológico, abarca y subsume todos los aportes orientados a la configuración de una teoría del hombre enfermo, a partir de una teoría del ser del hombre".

---

* Publicado en el Suplemento Dominical de "El Comercio", 9 de noviembre de 1987.

"Este enfoque ecológico, de aliento holístico e inspirado en una concepción en la que coexisten las más fecundas corrientes de nuestro tiempo, no sólo permitirá incorporar los avances de la revolución tecnológica, sino que permitirá apreciar, con amplitud y coherencia, el real acontecer del desarrollo humano, el móvil y a veces desconcertante horizonte del conocimiento del hombre en su esencial naturaleza".

Como puede verse, la visión de Mariátegui sobrepasa los límites de la clásica Psiquiatría para considerar la salud mental como un tema verdaderamente antropológico con vastas proyecciones en todos los campos de las ciencias del hombre. Es precisamente en ese sentido que Mariátegui orienta el funcionamiento del Instituto para convertirlo, de una Institución asistencial, en un centro de febril actividad innovadora y amplia, que se extiende a todos los campos de la Antropología Médica y de la Sociología, lo que se puede apreciar revisando —aunque fuera ligeramente— las actividades cumplidas.

Una de ellas, prioritaria y pionera, es el de la Psiquiatría Comunitaria, que sale del ambiente hospitalario y extiende su labor en el seno de la comunidad.

En el campo asistencial propiamente dicho, se ha conseguido el funcionamiento de una institución modelo, que ha ido ampliando su acción progresivamente.

El Instituto ha desarrollado, paralelamente, actividades en todos los campos de la salud mental, la docencia y la investigación.

Bajo la dirección de Mariátegui, la docencia se ha convertido en uno de los fines primordiales del Instituto. Ella se extiende desde los cursos para enfermeras y asistentas sociales a los relacionados con la Universidad Cayetano Heredia: la formación de pregrado y el Residentado en Psiquiatría, para los médicos que, en su actividad de postgrado, deseen especializarse.

Párrafo aparte merecen los cursos organizados con destacados personalidades de prestigio mundial durante su visita a nuestro país.

La investigación es la actividad más fomentada, a pesar de las limitaciones presupuestarias. Se han evaluado y realizado muchos proyectos, aprovechando las oportunidades que la asistencia ofrecía. Cabe destacar las publicaciones del Instituto. Ante todo, los *Anales de Salud Mental*, un esfuerzo meritorio que reúne, no solamente los productos de las investigaciones realizadas, sino colaboraciones extraordinariamente valiosas de estudios de prestigio mundial, y los "Sumarios de artículos sobre salud mental".

Las actividades del Instituto, con el impulso de Mariátegui, comprenden todos los campos de la Salud Mental además de los ligeramente reseñados. Se realizaron, dos Jornadas Psiquiátricas en años sucesivos, a lo que se añade la organización de un Sistema de Información en Salud Mental.

Creo que debe destacarse, también, el interés de Mariátegui en la historia de la psiquiatría peruana por la obra de sus principales protagonistas, en una labor erudita y seria que hacía falta.

El gobierno del Japón envió una misión para que colaborara con el Instituto y, al finalizar el período previsto para su acción, un destacado conjunto de especialistas japoneses viajó a Lima para evaluar lo cumplido. Los resultados de esa evaluación, rigurosamente realizada, fueron ampliamente positivos y llevaron a la prolongación del convenio por dos años más.

Lo reseñado no abarca la inmensa y fructífera labor realizada por Mariátegui a la cabeza del Instituto, labor que basta para señalarlo como un realizador activo y entusiasta y un pionero de la psiquiatría peruana actual. Creo que todos debemos conocerla y rendirle el homenaje que se merece.

# INDICE


Págs.

Nota gratulatoria ..... 11

Estudio liminar y presentación ..... 15

Introducción ..... 23

El Instituto: antecedentes históricos ..... 29

El Instituto: fundamentación de su necesidad ..... 39

Ambito conceptual de la Salud Mental ..... 49

Hacia un Sistema Nacional de Salud Mental ..... 57

Descentralización y desconcentración de la asistencia Psiquiátrica ..... 65

Problemática de la Investigación en Psiquiatría y Salud Mental en el Perú. Por Alberto Perales ... 75

Cronografía del Instituto en el Quinquenio ..... 93

I. Las realizaciones del primer año (junio de 1982 - junio de 1983) ..... 94

II. Las realizaciones del segundo año (junio de 1983 - junio de 1984) ..... 104

III. Las realizaciones del tercer año (junio de 1984 - junio de 1985) ..... 119

IV. Las realizaciones del cuarto año (junio de 1985 - junio de 1986) ..... 144

V. Las realizaciones del quinto año (junio de 1986 - junio de 1987). Visión global del quinquenio ..... 165

El Plan Nacional de Prevención de la Farmacodependencia. Por Jorge Castro Morales ..... 181

SALUD MENTAL: FACTORES, MODELOS Y SISTEMAS ..... 203

Migración y Salud Mental ..... 213

Legislación, Derechos Humanos y Salud Mental ..... 221

EPÍLOGO GALEATO ..... 229

ADDENDA ..... 237

Addendum I ..... 237

Addendum II ..... 240

Addendum III ..... 243

ANEXOS

Sobre la continuidad de la Salud Mental y la Psiquiatría en el Perú ..... 251

Sobre ampliación del Instituto ..... 254

Sobre la vigilancia sanitaria de la publicidad ..... 256

Sobre el deslinde de funciones ..... 261

Sobre Farmacodependencia y Ñaña ..... 263

¿Otra oportunidad desperdiciada? ..... 265

POST-SCRIPTUM

Javier Mariátegui y el Instituto Nacional de Salud Mental. Por Carlos Alberto Seguín ..... 269




Salud Mental y Realidad Nacional Por Javier Mariátegui se terminó de imprimir en los Talleres Gráficos de la Editorial "Minerva" - Miraflores (R. I. 7006) sitos en González Prada 533-557, Surquillo, Lima, el 20 de Mayo de 1988, en la fecha conmemorativa del Octavo Aniversario de la Suscripción del Convenio que hizo realidad el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

El Mecanografiado del Original y la Corrección de Pruebas Estuvieron a cargo de don Oscar del Pino Galarza