

CAMBIO DE LA DIRECCION DEL INSTITUTO

El 14 de Octubre de 1987, por Resolución Ministerial No. 0476-87-SA-P, el Dr. Javier Mariátegui, cesó en la función de Director del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM). Al hacerlo, el primer capítulo de desarrollo de nuestra institución, concluyó.

Proyectos de tan amplio alcance como el que significa la organización de un Instituto con responsabilidades nacionales, no pueden ser obra de un solo hombre, sino de un conjunto de inteligencias y voluntades que, aunadas en torno a un liderazgo realizan obra conjunta. La documentación organizativa básica, el Programa Inicial del Sistema Nacional de Información en Salud Mental, la experiencia en investigación biológica y psicosocial, el Sistema de Registro Clínico, el Programa de Psiquiatría Comunitaria y el de Psiquiatría Infantil, la fundación de "Anales de Salud Mental", vocero oficial del INSM, y por sobre todo, la experiencia acumulada por un grupo de profesionales que, formado cognoscitivamente como personal de hospital debió cumplir, angustiada y esforzadamente su transformación en personal de Instituto, son jalones vinculados al equipo que dirigió Javier Mariátegui y que habrá de asegurar el desarrollo futuro.

El 31 de Octubre de 1987, el personal profesional y administrativo del INSM, brindó sentido homenaje de despedida al Ex-Director. En sus palabras de agradecimiento, maduras y con el nivel espiritual que las grandes ocasiones reclaman, el Dr. Javier Mariátegui dijo, en determinado momento, lo siguiente: "más allá del juicio que mi obra merezca, lo importante es la continuidad de las acciones. Si algo hemos hecho en estos casi 6 años, ha sido tan sólo, consolidar las bases del desarrollo institucional. Corresponde a Uds., apoyando a las nuevas autoridades, la responsabilidad de seguir trabajando para que el Instituto cumpla con los objetivos para los cuales fue fundado. La verdadera tarea recién empieza. . ."

Con Resolución Ministerial No. 0477-87-SA-P de fecha 14 de Octubre, la Dra. Maíta García Trovato asumió la Dirección General.

Psiquiatra Infantil y Profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Dra. García venía de ejercer la Dirección General del Hospital "Victor Larco Herrera".

Con ocasión de su presentación oficial y en sus primeras palabras la nueva Directora reconoció la importante labor cumplida por las autoridades anteriores y relevó la capacidad de los recursos humanos del Instituto.

Sus primeras acciones se han orientado a la reformulación —en conjunto con el personal profesional— del Organigrama Estructural del Instituto, y al apoyo de los planes y programas ya establecidos.

Asistimos, así, a un desarrollo institucional continuo, en el cual es fácil

avizorar que, de la creatividad y del esfuerzo del personal del INSM, dependerá el éxito de la tarea encomendada.

MEMORIA QUINQUENAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

(1982 - 1987)

En esta ocasión el Instituto presentará, antes que una Memoria formal del ejercicio anual, tal como lo dispone las reglamentaciones vigentes —aunque tal documento se ha elaborado y se elevará a las instancias pertinentes—, una visión panorámica o una valoración global de las tareas cumplidas por el Instituto en el primer quinquenio de su existencia.

Aunque ya lo hemos narrado en anterior Memoria, 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 mencionaremos que desde 1935 el maestro por antonomasia de la Psiquiatría Peruana, Honorio Delgado, hizo pública su demanda del "Instituto de Psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas" y en 1936 fué aún más explícita esta petición que reiterara en 1939, y una década después, en 1949 ya con el nombre de Instituto de Neuro-Psiquiatría e Higiene Mental. Desde el ámbito de la psiquiatría universitaria y académica, el Instituto que Delgado propugnara tenía como prototipo el de Múnich, fundado por Kraepelin.

Desde entonces y hasta nuestros días, 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 (*). 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", entonces único hospital especializado del país. Intereses personales y desentendimiento por parte de las autoridades del Sector Salud, impidieron, por ejemplo, la apertura de lo que debió ser el complemento del Hospital "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

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

asistencia, con regímenes activos, mayormente a los pacientes agudos, evitando de este modo la cronicidad.

Más de veinte años después el local construido 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 el propio Rotondo y sus colaboradores inmediatos—, a la asistencia autónoma de sus pacientes 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 gruesa 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 en el Fundo Bellavista, puesto en funcionamiento en agosto de 1973, con un grupo pequeño de pacientes procedentes del Hospital 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 dió cierto desarrollo al Proyecto, además de las aisladas ampliaciones que la improvisación aconseja cuando se pretende, mediante iniciativas aisladas, obtener dividendo político en una sociedad como la nuestra, en que la población urbana 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 fué 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 líderes 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 la comunidad nacional 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.

Renato Castro de la Mata, Kenny Tejada Tejada y el que habla, 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 principales ciudades de la Costa, principalmente de Lima, en su entorno inmediato o lugares próximos, avcindamientos 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, principalmente 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 a través de un sistema de sociedad de producción, satisfizo mínimas 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 forjar sacrificadamente los recursos básicos de subsistencia, exigió al país el reconocimiento de su "espacio habitado", transformados algunos en distritos con capacidad de decisión y una 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. 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 violenta 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 enten-

der 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 obscuro, 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”.

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 a ahora ha variado las modalidades de atención de los enfermos mentales merced a los progresos de Psiquiatría, principalmente en técnicas quimioterápicas, que han revolucionado los criterios asistenciales tradicionales centrados en el aislamiento, en el establecimiento especializado, reservando estos últimos sólo para los casos de extrema 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 sólo 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 íntegramente a Lima por falta de facilidades asistenciales en los centros de origen.

La época de los grandes hospitales psiquiátricos con largas permanencias, ha periclitado 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.

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 reintegrar, lo más pronto posible, los pacientes psiquiátricos, en remisión total o parcial, al aparato productivo del Estado.

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. Esto supone, en primer término la tarea de la descentralización y desconcentración de la asistencia psiquiátrica. 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 población urbano-marginal, se requieren acciones concertadas, con delimitación de áreas de influencia geográfica, con miras a la sectorización de la asistencia. A nivel nacional, se tiene que integrar al Sistema los 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.

El modelo de Centro de Salud Mental Comunitario, con la integración funcional plena con los recursos que en el mismo campo dispone el Instituto

Peruano de Seguridad Social, las Beneficiencias 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 psicológicas al programa de asistencia total a la comunidad sin distinción de las Instituciones involucradas. Con miras a estos objetivos los Directivos del Instituto hemos realizado visitas de inspección a Arequipa, Tacna, Puno, Cuzco, Jauja, Trujillo y Piura. Están aún pendientes de evaluación los recursos de que dispone Iquitos, Ica, Chiclayo, Chimbote y Chulec. Los resultados de estas visitas que, independientemente de los objetivos primarios de generar fuerza motivadora susceptible de darle al Sistema capacidad amplia de convocatoria, debe 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.

Las bases programáticas esbozadas, que tienen como objetivo central la descentralización de la asistencia, 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 Beneficiencias, las Fuerzas Armadas y los servicios privados de internación total.

Desde que el Instituto comenzó a perfilar sus objetivos fue prioritario el establecimiento de un registro que no sólo comprendiera 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: 1) 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, 2) 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 en el 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, residente 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 realizó en la Ciudad de Lima Metropolitana. 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 naturaleza 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 Archivos de APAL.

La Evaluación Final

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 concluye el 19 de mayo del presente año. 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 suscri-

bió con una duración de 5 años, habiendo debido concluir, por tanto en 1985. Gracias a una gestión realizada por el Ministerio de Salud, fundamentada por el Director del Instituto en su visita a la Ciudad de Tokyo 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. Shunishi Murata, se dió comienzo a un análisis detenido de las tareas cumplidas por el Instituto el último año.

Se examinó, en primer término, la tarea propiamente asistencial, examinándose el Compendio Estadístico de 1986 con el agregado de las estadísticas correspondientes a los dos primeros meses del año 1987. El resultado de este análisis estadístico, 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 técnicas innovadoras 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 dió marco apropiado a la apertura 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.

Quizás 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 asidua con los líderes de las comunidades que asiste el Programa, sea el seguimiento en la comunidad de pacientes esquizofrénicos crónicos, constituyendo lo que hemos llamado "Hospital Invisible". Pasan de los 260 pacientes que se asisten bajo esta modalidad, lográndose que alrededor del 80o/o de ellos, tras el logrado control farmacológico, permanezca en su comunidad y participe en la producción familiar o grupal, evitando de este modo no sólo 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 continuo mayormente con fenotiacínicos y concurren 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.

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 diversos 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 en Salud Mental y Desarrollo Humano que se realizó del 17 al 21 de Junio del año pasado 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 sus vicisitudes en nuestro medio de la investigación en Psiquiatría y Salud Mental, haciendo un deslinde entre

Psiquiatría y Salud Mental, 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 ahírto 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 insoslalable para la realización sistemática de investigación original.

En abril del año en curso, 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 examen de su contenido sino en señalar que, como en el primer número, se presentan los trabajos originales producidos en nuestro 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 es 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 tarea docente del Instituto ha mantenido no solo la estructura de su calendarización anual sino que se ha diversificado 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 visitas a países hermanos de Latinoamérica, extienden su recorrido hasta nuestro país.

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 diversos 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, 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 del Comportamiento y su filial en el Japón representada por la Comisión Doméstica que tiene sede en Tokyo. En relación a las becas, 16 profesionales peruanos durante los siete años de duración del Convenio han viajado al Japón: 8 psiquiatras, 2 psicólogos, una enfermera, una asistente social, un técnico en sistemas de información y un técnico en sistemas electrónicos.

Queremos agregar que, con la visita del Dr. Moriishiro 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. Toshi 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 había 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 rebazado 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 tanto reclama la comunidad, tanto y más cuanto que será el primer Servicio específicamente dedicado a adolescentes que funcione en nuestro país.

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 desarro-

llada 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 Tokyo, en contacto inmediato 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 del Comportamiento, 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.

Finalmente, procede mencionar, siquiera de manera tangencial, los aspectos legislativos de la asistencia psiquiátrica. La Constitución Política vigente, elaborada y promulgada por la Asamblea Constituyente el 12 de Julio de 1979 —el texto tuvo que esperar al Gobierno elegido en 1980 para el “cúmplase” (28 de Julio de 1980)—, recoge en su articulado los principios esenciales de los derechos humanos, de gravitación insoslayable en la consideración del paciente psiquiátrico y su circunstancia. Son especialmente relevantes los artículos 8o., 13o., 19o. y 47o., como lo ha recalcado recientemente en una revisión del tema Alfredo Beyer. El nuevo Código Civil, promulgado en 1984, no marca cambio sustantivo en lo que a legislación médica en general y psiquiátrica en especial concierne. No olvidemos que el Código antiguo fue elaborado por una Comisión de especialistas calificados y que, en materia médica en general y psiquiátrica en especial, se contó con la asesoría del Profesor Hermilio Valdizán. El antiguo Código de procedimientos civiles está aún vigente.

El Código Penal, vinculado a los orígenes de la Psiquiatría como especialidad médica, en nuestro país conserva los principios positivistas y el añejo lenguaje de la Psiquiatría decimonónica. Está en preparación un nuevo Código en materia penal y es de esperar que recoja los avances de la Psiquiatría y amplíe el criterio protector de los enfermos, mayormente de los “privados de juicio” y por ello “inimputables”, en concordancia con la evolución social. 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 Ética 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 APM que se efectuó con ocasión del último Congreso Mundial de Psiquiatría (Viena, 1983).

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*: fué el borrador que aún no incorporó las opiniones y correcciones de las instituciones consultadas y en material de salud mental contiene enunciados imprecisos formulados en terminología anacrónica y casi referido exclusivamente a alcoholismo y toxicomanías.

En nuestro país el único documento legal aún vigente es el expedido co-

mo 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 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.

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. Esta Ley de Bases debe complementarse con un Reglamento que contenga las precisiones necesarias y que recoja 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.

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), preparado por una Comisión y publicado por el Ministerio de Salud en diciembre de 1975 (*):

"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 psiquiátrica, 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 los 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".

(*) *Plan Nacional de Salud Mental* (1975) (Anteproyecto), Ministerio de Salud, Lima.

Colegas:

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 mi 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.

Para ustedes, 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 vuelve la senda que nunca se ha vuelto a pisar. Caminante no hay camino, si no estela 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" (*).

Señor Dr. Tadahiko Sato:

En nombre de todos los trabajadores del Instituto, quiero expresar en su persona la gratitud del pueblo peruano y de su Gobierno, por la ayuda prestada a través del Convenio que, si bien llega a su término en sus límites temporales, se debe extender necesariamente, al porvenir, gracias a su eficiente labor como Jefe de Misión, en la etapa más delicada de su desarrollo. En su persona, Dr. Sato, queremos expresar, los trabajadores todos del Instituto, nuestra gratitud al Pueblo y Gobierno Japonés por la ayuda brindada al Perú en casi una década.

Merced a la evaluación favorable y hasta encomiástica de la labor cumplida por el Instituto, el Japón suscribirá una serie de Convenios en otras áreas en el campo de la Salud en nuestro país cuya firma estaba supeditada a esta evaluación final.

En usted Dr. Sato, queremos simbolizar la esperanzada posibilidad de continuar, merced a acuerdos específicos, a un nuevo y formal Convenio de Colaboración Técnica y Científica que mantenga su antecedente histórico con el suscrito en mayo de 1980.

(*) ANTONIO MACHADO: "Proverbios y cantares" de "Campos de Castilla" (1907-1917), en *Obras completas Manuel y Antonio Machado*, Editorial Biblioteca Nueva Madrid, 1978.

Cumplo honroso encargo de todos los trabajadores de este Instituto, de expresarle nuestro reconocimiento y la anhelada esperanza que, en plazo no lejano, podamos contar nuevamente con su persona y con sus nunca bien ponderados servicios.

Señor Ministro de Salud:

Como es frecuentemente repetido, la Salud Mental y, específicamente la Psiquiatría, tienen, en estos tiempos difíciles, un elevado predicamento pero solo discretísimas sumas en el Presupuesto. No se encuentra nuestro campo entre las prioridades del Sector. A pesar de todo hemos recibido de usted, muestras reiteradas de interés y comprensión. Queda el esquema básico que sitúa al Instituto como ente normativo, programador y evaluador en Salud Mental y los primeros contactos formales en el ámbito nacional.

Es nuestro fervoroso deseo, ya en la estación final de nuestro desempeño en la Dirección General del Instituto, que se esclarezca y acuse el perfil de nuestro Instituto en beneficio de la Comunidad Nacional.

Concedores de su interés, por esta vasta e incomprendida problemática queremos repetir el reclamo contenido en un poema de César Vallejo, nuestro poeta universal y que concluye así:

“Señor Ministro de Salud: ¿qué hacer?”

“Ah, desgraciadamente, hombres humanos, hay, hermanos, muchísimo que hacer” (*).

Javier Mariátegui

(*) César Vallejo (1937): “Los Nueve Monstruos” en *Poemas Humanos*, reproducido en la edición en facsímile *Obra Poética Completa*, Francisco Moncloa, Editores, Lima, 1968.

CLAUSURA DEL CONVENIO DE COOPERACION TECNICA ENTRE LOS GOBIERNOS DEL PERU Y JAPON

Con fecha 20 de Mayo de 1987, en ceremonia que marcaba el término de siete años de activa cooperación entre los gobiernos del Perú y Japón, el Dr. Tadahiko Sato*, pronunció las palabras de despedida en torno a lo que él describió como "un gran éxito en el desarrollo de la cooperación técnica para el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria en el Perú".

Explicó el Dr. Sato que la Agencia de Cooperación Técnica Internacional del Japón (JICA) efectivizó su ayuda en las áreas de Psiquiatría y Salud Mental en los siguientes campos: Epidemiología psiquiátrica; Psiquiatría social; Psiquiatría biológica; Sistemas de Video; Asistencia social; Computación; entre otros.

Dijo también que, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", como marco en el que dicha colaboración se materializó, ha sido la expresión concreta de un intercambio fructífero de experiencias entre los profesionales peruanos y japoneses que participaron en el proyecto.

Durante este lapso, el Instituto fue visitado por seis misiones, tanto de estudio como de evaluación, viniendo diecisiete expertos japoneses, y viajando al Japón a estudiar dieciseis profesionales, como contraparte peruana.

En sus palabras finales, hizo alusión a una profundización de las relaciones entre Perú y Japón, "a tal nivel que nadie se ha imaginado al inicio del proyecto". Asimismo, destacó la labor del conjunto de instituciones que, de una u otra manera, contribuyeron al desarrollo del proyecto: por la parte peruana, el personal del Ministerio de Salud y Relaciones Exteriores y el Instituto Nacional de Planificación; y por la parte japonesa, la Embajada del Japón, la Oficina de JICA en Lima, el Ministerio de Relaciones Exteriores del Japón, la Sede Principal de JICA, así como el Instituto Nacional de Salud Mental del Japón, la Universidad de Keio, entre otras. Igualmente agradeció el apoyo de muchas personas, tanto de la colonia japonesa como de japoneses residentes en el Perú.

Transmitiendo la disculpa del Dr. Hideo Hosaki, Presidente del Comité Doméstico, por su inasistencia involuntaria al acto de clausura del Convenio, el experto japonés destacó la amistad y los vínculos de confraternidad surgidos a lo largo de estos siete años, despidiéndose con un "hasta pronto"***.

(*) Ultimo Jefe de la Misión Japonesa en el Perú.

(**) Efectivamente, el Dr. Sato retornó al Perú y estuvo con nosotros los meses de Julio y Agosto de 1987, terminando sus labores de investigación en el Programa de Salud Mental Comunitaria.

**REPORTE SOBRE EL PROGRAMA DE REHABILITACION
PSIQUIATRICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI":
SUBPROGRAMA DE TERAPIA FISICA**

El enfoque del modelo Bio-Psico-Social conceptúa a la Salud Mental como un estado de equilibrio o integración de áreas, estado que redundará en una adaptación y buen nivel de funcionamiento biológico, psicológico y social permitiendo una visión completa e integral del individuo (13).

La enfermedad mental actúa sobre el nivel de funcionamiento, produciendo alteraciones en déficit o en aumento, perturbando capacidades que el individuo requiere para relacionarse con el medio ambiente y con los demás. Así, se observa en los enfermos mentales alteraciones en las áreas física-motora-psicomotora. La Terapia Física aporta una acción terapéutica al mantener, re-educar, mejorar y/o potencializar los niveles de funcionamiento en estas áreas, coadyuvando, a través de las acciones terapéuticas, a la rehabilitación integral del enfermo.

La Terapia Física es una disciplina profesional de la salud que clásicamente se define como: tratamiento por medio físicos (17). Dentro de éstos se considera el empleo del agua (Hidroterapia), la electricidad (Electroterapia), el movimiento (Cinesiterapia), el calor (termoterapia) y otros.

El campo de acción de la Terapia Física en nuestro medio se ha circunscrito a los problemas de tipo neurológico, traumatológico, reumatológico, del desarrollo psicomotor y ortopédico entre los más conocidos. En el Servicio de Rehabilitación del I.N.S.M. "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", se viene aplicando esta disciplina desde 1983, particularmente la CINESITERAPIA o KINESITERAPIA, en el afronte terapéutico de los problemas psiquiátricos.

En la literatura se ha reportado la indicación y aplicación de la Terapia Física en diversos trastornos psiquiátricos, tales como: Hidroterapia, Climatoterapia, Electroterapia, Actinoterapia, en estados maníacos y esquizofrénicos VIDART y DUCROS, 1972 (5). Reeduación corporal de las funciones mentales SIVADON y GANTHERET, 1965; (5). Métodos de Ejercicio: Gimnasia, Relajación, Ejercicios Respiratorios JASPERS, 1963; Cinesiterapia en esquizofrénicos, psicosis maníaco-depresiva, neuróticos, COTTA, 1975; (4). Hidroterapia, Masoterapia, Relajación, Expresión Corporal, Terapia deportiva en las diferentes patologías psiquiátricas KHARDEZ 1981; (18).

En nuestro servicio, se desarrolla la acción terapéutica en base a la KINESIOTERAPIA o Terapia KINESICA, que se define como "el arte de curar que utiliza todas las técnicas de movimiento" (18).

Una de las últimas concepciones de la Kinesioterapia la define como "una aproximación, una sensibilización o un análisis del cuerpo, por medios

pasivos o dinámicos, verbales o no verbales; las técnicas que se encaran permitirán poner en evidencia el aspecto relacional corporal y luego psicocorporal" (18).

Se intenta abordar al cuerpo en su función psicomotora perturbada, estableciendo una relación verbal y no verbal al iniciar un programa de atención, manteniéndose esta relación hasta que el paciente logre la autonomía funcional, la adquisición del gesto. Se brinda al paciente la posibilidad de moverse, redescubrirse (vivencia corporal), pero dentro de estructuras preestablecidas.

Es el movimiento el agente terapéutico, que se emplea en las diferentes técnicas, para estimular y contribuir en el proceso de re-organización del pensamiento y orientación en la realidad. Basados en los conceptos de Psicomotricidad acerca de la interrelación permanente y indisoluble entre Motricidad y Psiquismo, el movimiento se revela como una de las formas del pensamiento, producto del psiquismo y factor de construcción y modelado de éste (10).

La correlación Motricidad-Psiquismo se mantiene a lo largo del desarrollo del individuo, comportándose éste como una "unidad funcional". En condiciones normales, dicha correlación se va haciendo menos evidente a medida que el individuo llega a la adultez; es en condiciones patológicas que la separación de estos aspectos (Motricidad-Psiquismo), se hace evidente, observándose en los problemas psiquiátricos, trastornos en el aspecto motriz (16).

Al emplear en las diferentes técnicas el movimiento como agente terapéutico, se enfatiza la génesis psico-motriz de esta: representación mental, impulso psicológico, conexiones ideomotrices, impulso motor voluntario, regulación motriz. El movimiento genera el conocimiento y dominio corporal a través de un proceso de educación o re-educación de las habilidades sensoriomotrices (el movimiento es guiado por estímulos sensoriales) y de la actividad perceptual, llegándose a la inhibición de la actividad improductiva y al desarrollo de las capacidades psíquicas (6).

La acción de la Kinesioterapia psiquiátrica, no sólo procura un desarrollo de la habilidad motora, sino, además, la introducción de elementos y conexión con el medio ambiente (medio inmediato-terapeuta, luego medio mediato-ambiente), en base a una comunicación corporal dentro de situaciones de "comunicación-aprendizaje".

Se pone en juego el aspecto relacional, al movilizar los factores psicológicos que intervienen en las interacciones humanas, ya sea en una terapia individual o grupal.

Estas interacciones deben ser orientadas adecuadamente al plantear sesiones terapéuticas, ya sea que se busque a través del movimiento una acción sobre el psiquismo, o se utilicen sus capacidades intelectuales con una finalidad de educación o re-educación motriz.

PROGRAMA DE REHABILITACION PSIQUIATRICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"

En el I.N.S.M. "HD-HN", la labor de Rehabilitación se inicio en 1982 bajo la modalidad de Taller Grupal. Participaban diferentes profesionales: psiquiatra, psicólogo, enfermera, asistente social, terapista físico y terapista ocupacional. Cada uno de ellos ejecutaba actividades terapéuticas específicas de su especialidad, con un objetivo común: la resocialización del paciente psiquiátrico.

Posteriormente en 1984, se inician los trabajos para elaborar un Programa de Rehabilitación, estableciéndose orgánicamente como Servicio de Rehabilitación. El Programa cuenta con un Equipo multidisciplinario conformado por Profesionales de la Salud —arriba mencionados— además de auxiliares de enfermería y de terapia. Está dirigido a brindar un tratamiento integral orientado a recuperar el nivel de funcionamiento del paciente anterior a la enfermedad y/o desarrollar al máximo su potencialidad mental, física, ocupacional, familiar y social; planteando objetivos generales de reforzar la capacidad existente y desarrollar las potencialidades existentes, fomentar y mejorar las capacidades de relación interpersonal, reincorporar al paciente en el seno familiar, social y ocupacional.

El Programa de Rehabilitación está conformado por 5 Unidades (Subprogramas).

1. Unidad Médica
2. Unidad de Psicología
3. Unidad de Enfermería
4. Unidad de Servicio Social
5. Unidad de Terapia Física-Ocupacional

UNIDAD DE TERAPIA FISICA-OCUPACIONAL: SUB-PROGRAMA DE TERAPIA FISICA.

Estructura que forma parte del tratamiento integral del Programa de Rehabilitación, y que aplica métodos y técnicas terapéuticas específicas.

Se inicia como un conjunto de actividades terapéuticas ejecutadas por el Terapista Físico, dentro del Taller Grupal: Relajación, Gimnoterapia y Recreación.

Posteriormente, en el Servicio de Rehabilitación, estructura actividades propias de Evaluación, Tratamiento y Evolución, así como el planteamiento de objetivos, metodología y procedimientos para cada actividad terapéutica, con la finalidad de sistematizar la labor asistencial y brindar una atención más acorde a las necesidades individuales de cada paciente. Se ocupa de de-

terminar el nivel funcional físico-motor y psicomotor del paciente a través de evaluación específica planteando como objetivos generales: re-educar y/o mejorar las alteraciones de la función físico-motor y psicomotora, mantener y/o potencializar los aspectos indemnes de la función físico-motora y psicomotora. Coadyuvar en el proceso de remotivación, resocialización y reintegración del paciente psiquiátrico.

El siguiente reporte se circunscribe exclusivamente al Sub-programa de Terapia Física, señalándose las diversas actividades que desarrolla.

ACTIVIDADES TERAPEUTICAS.

Las actividades terapéuticas se ejecutan en base a programas estructurados para los diferentes niveles funcionales de los pacientes que ingresan a un proceso de Rehabilitación. Dicho nivel funcional es establecido por medio de un sistema de evaluación que permite brindar al paciente acciones terapéuticas, según sus necesidades.

Los programas terapéuticos se formulan en base a objetivos, metodología, procedimientos, recursos, dosis y frecuencia. Se describen los objetivos y sus correspondientes etapas de desarrollo.

1. GIMNOTERAPIA

Utilización de esquemas de movimiento o ejercicios corporales planificados con objetivos, formas precisas y estructura rítmica determinada. Se emplea la modalidad de ejercicios libres de tipo global que varían en características y efectos según la naturaleza, extensión del movimiento y complejidad (7).

Los ejercicios físicos dentro de un programa de gimnasia, tienen una acción terapéutica en las áreas físico-motora, psicológica y social; con efectos potencializadores, integradores, re-educativos, de mantenimiento y/o reforzamiento en el área físico-motora; efectos de estimulación o integración en el área psicosocial (4).

La actividad se desarrolla en la modalidad de terapia grupal y en algunos casos en la modalidad de terapia individual. Según las necesidades del paciente, se siguen las pautas de la Kinesiterapia, empleándose los principios de la Psicopedagogía de la educación motriz (1).

El programa terapéutico se desarrolla en cuatro etapas:

- Ejercicios posturales
- Ejercicios respiratorios
- Ejercicios de músculos, flexibilización, velocidad y coordinación
- Ejercicios de acondicionamiento físico.

Objetivos:

- Re-educación y/o mantenimiento de postura corporal adecuada;
- Re-educación y/o mantenimiento de función respiratoria;
- Mejorar y/o adecuar movimiento corporal en calidad y cantidad (entrenamiento de las capacidades motrices);
- Educar la actitud postural en actividades cotidianas (aprendizaje de posturas adecuadas);
- Disminuir efectos secundarios de la medicación psiquiátrica;
- Prevenir mayores trastornos físicos y/o fisiológicos;
- Brindar un medio de contactar consigo mismo y el entorno;
- Propiciar el aumento de confianza y seguridad en sí mismo, mejorando la capacidad de practicar y regular el movimiento corporal;
- Proporcionar un medio de redescubrimiento y vivencia de emociones a través del trabajo corporal;
- Brindar un medio para establecer un ambiente de comunicación e interrelación grupal adecuado;
- Contribuir a mejorar los niveles de resocialización.

2. PSICOMOTRICIDAD

Actividad terapéutica programada bajo los conceptos, metodología y objetivos de la re-educación psicomotriz.

Parte de la psicomotricidad se define como la educación del movimiento, o por medio del movimiento, que procura una mejor utilización de las capacidades psíquicas, requiriéndose para cumplir este objetivo un desarrollo perceptual, postural, motor y conductual dentro de un proceso asociativo adecuado (12).

Esta técnica emplea una serie de actividades re-educadoras que buscan a través del ejercicio y entrenamiento de estructuras motoras, el desarrollo y/o normalización de las funciones psíquicas perturbadas (8).

Se actúa sobre las alteraciones psicomotrices, que se traducen en una dificultad de la adaptación del Yo en su relación con el medio externo (10).

Se da esencialmente como una educación de las percepciones, partiendo de las percepciones motrices más elementales hasta llegar a estructuras más complejas.

En la aplicación de la técnica se emplean los principios de la maduración psicomotriz (10), y teorías del aprendizaje, siendo muy importante tener en cuenta el nivel funcional psicomotor individual, aunque el paciente se encuentre dentro de un programa grupal, realizar la terapia en forma progresiva, y adaptar la progresión a sus necesidades (3).

El programa terapéutico se desarrolla en las siguientes etapas:

- Entrenamiento del esquema corporal

- Entrenamiento del equilibrio corporal
- Entrenamiento de la función respiratoria
- Entrenamiento de la relajación
- Entrenamiento de la coordinación dinámica
- Entrenamiento de la orientación espacial
- Entrenamiento del ritmo.
- Entrenamiento de la estructuración espacio-temporal.

Objetivos:

- Propiciar los procesos de integración psíquica a través de un trabajo perceptivo-motriz;
- Estimular la relación e interacción adecuada con el mundo externo;
- Re-educar los niveles psicomotrices alterados;
- Favorecer y coadyuvar en el proceso de re-organización de la personalidad:
- Favorecer la disminución y/o inhibición de la actividad esteril (conductas improductivas);
- Preparar las bases para aprendizajes elementales y superiores.

3. RELAJACION

Métodos y técnicas que permiten conseguir un estado de distensión físico-mental, estado intermedio entre la hipotonía de reposo y la hipertonía de la tensión muscular, propiciando el equilibrio tónico-emocional que facilita un comportamiento adecuado. El tono muscular cumple un rol de gran importancia en el desarrollo y estructuración de la personalidad, comportamiento y actitud (3, 11).

Los métodos de relajación se apoyan en la noción de tensión relacionada con el tono, denominado también técnicas de distensión que proporcionan una sensibilización o aproximación individual en base a una toma de conciencia respiratoria, redescubrimiento de la imagen y del esquema corporal.

Entre las alteraciones observables en algunos pacientes psiquiátricos es frecuente la presencia de un aumento general o localizado de la tensión muscular, trastornos de las funciones vegetativas, espasmos o tics y quejas somáticas, tensión psíquica que se traduce en tensión acumulada en los músculos. La terapia de relajación no persigue la inhibición total de la tensión, sino el logro y dominio del equilibrio entre el medio interno y el medio externo (2).

El programa terapéutico se desarrolla en la modalidad de terapia grupal o individual, según las necesidades del paciente.

Métodos utilizados:

- Método del Entrenamiento Autógeno de Schultz;
- Método de la Relajación Progresiva de Jacobson;
- Método del movimiento pasivo de Wintrebert;
- Método de la educación rítmica de Gerda Alexander (11).

Variaciones:

- Percepción de la sensación de peso;
- Percepción de las superficies de contacto.

Objetivos:

- Propiciar el logro del equilibrio técnico en reposo y en movimiento;
- Estimular el equilibrio tónico-emocional;
- Propiciar el logro del máximo grado de reposo conciente y voluntario;
- Disminuir y/o inhibir trastornos físicos de origen psíquico;
- Aliviar o evitar trastornos psicósomáticos de mayor complejidad;
- Conseguir dominio físico-emocional en situaciones de estrés.

4. EXPRESION CORPORAL

Se define como una técnica que emplea las vías de comunicación humana, poniendo énfasis en el lenguaje corporal, el gesto, la actitud, el ademán.

Con ella se busca lograr una integración de las áreas físicas, afectiva e intelectual del sujeto, actuando sobre los problemas de inexpresividad y rigidez corporal para lograr la expresividad y comunicación adecuadas.

La terapia se realiza en una progresión que va desde la toma de conciencia corporal, y la utilización plena de las capacidades motriz, expresiva y creativa, indicadores de un equilibrio psico-corporal (15).

Se desarrolla en la modalidad de terapia grupal, planteándose, al inicio de la sesión, los acuerdos o consignas dando nombres a los ejercicios, elegir determinado tipo de palabras y situaciones (por parte del terapeuta o del grupo) (14).

El terapeuta emplea la comunicación verbal y la demostración para iniciar, conducir y finalizar la sesión.

El programa se desarrolla en las siguientes etapas:

- Toma de conciencia y sensibilización corporal. Trabajo perceptivo motriz;
- Descubrimiento. Trabajo realizado en torno a “otro”. Ejercicio en pareja;
- Comunicación. Ejercicios de comunicación corporal o no verbal, libres;
- Dominio de la capacidad motriz. Entrenamiento y dominio de las capa-

ciudades motrices necesarias;

- Dominio de la capacidad expresiva-creativa. Ejercicios de comunicación, desarrollados dentro de situaciones creadas (planteadas por el grupo);
- Corporización de elementos sonoros, primero presentados por el terapeuta, luego elegidos por el grupo.

Objetivos:

- Favorecer y reforzar el nivel de integración (psico-corporal);
- Estimular potencialidades motoras, expresivas y creativas;
- Re-educar y/o modificar las alteraciones presentes en la comunicación no verbal;
- Estimular la capacidad de establecer una comunicación no verbal, adecuada y auténtica;
- Favorecer la comprensión del significado de gestos, posturas, actitudes y movimientos corporal en el lenguaje no verbal;
- Favorecer la exteriorización de emociones, ideas y sentimientos en el lenguaje no verbal;
- Favorecer la modificación de automatismos y condicionamientos adquiridos por un lenguaje corporal adecuado y propio.

5. DEPORTES Y RECREACION

Deportes

En el programa de Deportes se emplean los principios del entrenamiento físico en las diferentes disciplinas deportivas como medios para lograr efectos beneficiosos en las áreas bio-psico-social del individuo. Se presenta como una actividad donde se refuerzan y/o se perfeccionan las capacidades y ganancias adquiridas en otras actividades (Gimnoterapia, Psicomotricidad, Expresión corporal, etc.).

En la actividad deportiva, se integran y movilizan en forma global y conjunta las capacidades motrices y psicomotrices, reforzándose y/o estimulándose aspectos psicológicos y sociales con la práctica de los diversos deportes.

Se emplea una metodología adaptada a las posibilidades del grupo, tomando en cuenta los mecanismos de adaptación, dosificación de esfuerzos, principales efectos orgánicos y factores psicológicos que intervienen (1).

El programa se desarrolla en las siguientes etapas, tomando en cuenta principios pedagógicos y desde el punto de vista fisiológico:

- Parte inicial o introductoria
 - Ejercicios de calentamiento (calistenia, ejercicios aeróbicos);
 - Actividades lúdicas (juegos activos integradores).

- Parte principal
 - Ejecución del contenido principal del programa a desarrollarse (actividades deportiva programada);
- Parte final
 - Ejecución de actividades complementarias al programa desarrollado en parte principal;
 - Ejecución de actividades contrarias o compensatorias al programa desarrollado en parte principal;

En la última etapa el terapeuta escogerá el tipo de actividad a desarrollarse de acuerdo con las necesidades del grupo.

Objetivos:

- Afirmar y/o reforzar capacidades físico-motoras;
- Afirmar y/o reforzar capacidades psicomotrices;
- Brindar un medio para movilizar e integrar estas capacidades;
- Brindar un medio para estimular y reforzar la interacción grupal;
- Brindar un medio para estimular el desarrollo de una personalidad integrada y creadora;
- Brindar un medio para canalizar y/o extinguir conductas inadecuadas (agresividad, conductas no productivas, conducta disruptiva, etc.);
- Brindar un medio para aumentar la tolerancia a la frustración;
- Brindar un medio para estimular las capacidades de atención concentración, comprensión y memoria.
- Brindar un medio para afirmar el respeto por las reglas y normas establecidas;
- Brindar un medio para emplear en forma productiva el tiempo libre.

Recreación

Dentro de la amplia gama de actividades contenidas en el término de Recreación, en este programa se utilizan todas las formas de juegos activos que ponen en funcionamiento el desplazamiento corporal, con todos los elementos motrices, psicomotrices y psicosociales implicados.

Al igual que la actividad de deporte, su aplicación se basa en los beneficios que proporciona al individuo en las áreas bio-psico-sociales, es decir, los beneficios que proporciona el juego en la salud mental (1). Se emplea como factor terapéutico principal el alto contenido lúdico de las actividades.

Si bien en algunos tipos de juego, el factor competitivo está presente, no es tan rígido como en la actividad del deporte, dirigiéndose más esta actividad (recreación) a la ganancia de vivencias placenteras.

El desarrollo del programa se da en etapas similares al de deportes, tomándose en cuenta el nivel funcional, el número de participantes, el sexo, pa-

ra plantear o sugerir el tipo de juego a desarrollarse.

Objetivos:

- Afirmar y/o reforzar las capacidades físico-motoras y psico-motrices;
- Brindar un medio para estimular las capacidades de atención;
- Brindar un medio para estimular la creatividad;
- Brindar un medio para estimular la interacción grupal;
- Brindar un medio para estimular la capacidad de disfrute;
- Brindar un medio para estimular la expresión de emociones;
- Brindar un medio para emplear en forma productiva el tiempo libre.

Carmen B. Ugarte

REFERENCIAS

1. AQUINO, F.; ZAPATA, C.A. (1982). *"La Psicopedagogía de la educación motriz en la juventud"*. Trillas, México.
2. BERNSTEIN, D.; BORKOVED, T. (1983). *"Entrenamiento en Relajación Progresiva"*. Desclee De Brouwer, Bilbao.
3. BUCHER, HUGUETTE (1982). *"Trastornos Psicomotores en el Niño"*. Toray Masson, Barcelona.
4. COTTA, H.; HEIPERTZ, W.; TEIRICH-LEUBE, H. (1975). *"Tratado de Rehabilitación"*. Labor, Barcelona.
5. EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, CH. (1980). *"Tratado de Psiquiatría"*. Toray Masson, Barcelona.
6. FROSTIG, M.; MASLOW, P. (1984). *"Educación del movimiento"*. Panamericana, Buenos Aires.
7. GARDINER, M.D. (1980). *"Manual de Ejercicios de Rehabilitación"*. Jims, Barcelona.
8. GONZALES, R. (1976). *"Tratado de Rehabilitación Médica"*. Científico-Médica, Barcelona.
9. JASPERS, KARL (1955). *"Psicopatología General"*. A. Bini y Cía., Buenos Aires.
10. LAPIERRE, A. (1974). *"La Reeduación Física"*. Científico-Médica, Barcelona.
11. LOUDES, J. (1978). *"Educación Psicomotriz y Actividades Físicas"*. Científico-Médica, Barcelona.
12. QUIROZ, J.; SCHRAGER, O. (1979). *"Lenguaje, Aprendizaje y Psicomotricidad"*. Panamericana, Buenos Aires.
13. REVISTA DE SALUD MENTAL (1985). *Evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales*. Vol. 8, No. 1. México.
14. SALZER, JACQUES (1981). *"La Expresión Corporal"*. Herder, Barcelona.
15. STOKOE, P. y SCHACHTER, A. (1977). *"La Expresión Corporal"*. Paidós, Buenos Aires.
16. VAYER, PIERRE (1977). *"El Niño frente al Mundo"*. Científico-Médica, Barcelona.
17. WALE, J.O. (1970). *Masaje y Ejercicios de Recuperación en Afecciones Médicas y Quirúrgicas"*. Jims Barcelona.
18. XHARDEZ, I (1981). *"Vademecum de Kinesioterapia"*. El Ateneo, Buenos Aires.

PROGRAMA SIMON BOLIVAR DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE PSIQUIATRAS HISPANOS

La reciente aparición del volumen "*Health & Behavior: Research Agenda for Hispanics*", refleja en sus páginas el alto nivel científico alcanzado por los colaboradores del Programa Simón Bolívar de la Sociedad Americana de Psiquiatras Hispanos, brinda la oportunidad de comentar, aunque brevemente, el importante rol que viene cumpliendo dicho Programa y la perspectiva que ofrece para el desarrollo de la psiquiatría de América Latina.

El Programa Simón Bolívar de Adiestramiento e Investigación Psiquiátricas de la Sociedad Americana de Psiquiatras Hispanos (ASHP), fue establecido en Julio de 1984, como respuesta a una inquietud largamente sentida por psiquiatras de la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois, Chicago.

Bajo el liderazgo de un destacado psiquiatra peruano, Moisés Gaviria, profesor del Departamento de Psiquiatría de dicha Universidad, y Director del Programa, mantiene como activos colaboradores a otros colegas peruanos de reconocida trayectoria académica en la psiquiatría americana, entre ellos: Renato Alarcón (Universidad de Alabama); José Arana (Universidad de Maryland); Raquel Cohen (Universidad de Miami); y Juan Enrique Mezzich (Universidad de Pittsburgh).

El Programa tiene como objetivos:

1. Avanzar en el conocimiento de la salud mental de la población hispano-americana, tanto de los Estados Unidos como de América latina y de la península Ibérica;
2. Promover un intercambio entre los profesionales hispano-americanos de la salud mental, a través de la participación y cooperación activa en el desarrollo del estudio, la investigación y docencia universitaria;
3. Asistir a los profesionales de la salud Mental presentes y futuros a producir investigación y conocimientos de utilidad.

Con los objetivos mencionados el Programa ha comenzado a desarrollar una red de Centros Asociados en los países de habla hispana, entre ellos el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", estableciendo convenios de cooperación multicéntrica; establecer una atmósfera de intercambio mutuo de experiencias y conocimientos transculturales; crear un ambiente de soporte para estudiantes y profesionales interesados en investigaciones en los diferentes campos de la salud mental; producir y difundir publicaciones sobre salud mental.

La actividad cada vez creciente del mencionado Programa augura el logro de importantes metas y genera expectativas, y será la oportunidad para el cambio de inteligencias entre los países hispano-americanos.

Anales de Salud Mental felicita y alienta a los conductores del mismo a persistir en el esfuerzo tendientes al logro de las metas propuestas.

REFERENCIA

1. M. GAVIRIA; J. ARANA (Eds.) (1987) *Health & Behavior: Research Agenda for Hispanics*. The Simón Bolívar Research Monograph Serie No. 1 Simón Bolívar Hispanic-American Psychiatric Research and Training Program. University of Illinois at Chicago.

ANALES DE SALUD MENTAL INFORMA SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD PERUANO JAPONESA DE PSIQUIATRIA Y CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO

El Comité Editorial de *Anales de Salud Mental* pone en conocimiento de la comunidad científica peruana y japonesa, que esta publicación ha sido designada por la Sociedad Peruano-Japonesa de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento como su órgano oficial de expresión.

Por eso, es particularmente grato para *Anales de Salud Mental* incluir en el presente número varias contribuciones científicas de distinguidas personalidades de la psiquiatría japonesa, así como un trabajo del Dr. Renato Castro de la Mata, recientemente fallecido, quien fuera el primer Presidente de la mencionada Sociedad.

SENSIBLES PERDIDAS DE LA PSIQUIATRIA PERUANA

Cuando estaba en prensa esta entrega de *Anales de Salud Mental* se produjo el sensible fallecimiento de los siguientes psiquiatras peruanos: Dr. Alex Castoriano (28.01.1988, en Malmo, Suecia), Dr. José Francisco Valega (10.02.1988), Dr. Renato Castro de la Mata (12.02.1988), Dr. Luis Aquiles Guerra (20.02.1988) y Dr. Kenny Tejada (24.02.1988).

Estos distinguidos profesionales de la psiquiatría prestaron un valioso aporte al avance de la disciplina de la Salud Mental en el Perú, a través de una dilatada actividad asistencial o del cumplimiento de labores docentes, investigatorias y administrativas.

Particularmente doloroso para *Anales de Salud Mental* es el fallecimiento del Dr. Renato Castro de la Mata y del Dr. Kenny Tejada. El Dr. Castro de la Mata fue el primer Director General Adjunto del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi y el fundador del Programa de Salud Mental Comunitaria de esta institución, en la que, a su vez el Dr. Tejada fue fundador y Jefe del Departamento de Epidemiología y Programación hasta 1987. Ambos, asimismo, fueron activos miembros del Comité de Redacción de *Anales de Salud Mental*.

En próximas entregas, *Anales de Salud Mental* tiene el propósito de incluir trabajos que rindan homenaje a la memoria de estos distinguidos psiquiatras, y recapitulen el valioso aporte rendido por ellos a las ciencias de la conducta en nuestro país.