

REVISTA PERUANA de PSIQUIATRÍA

REVISTA PERUANA DE PSIQUIATRÍA

Rev Per Psiquiat

Volumen 8 número 1

enero-junio 2018

ISSN 2079-0058

La Revista Peruana de Psiquiatría es una publicación oficial de la Asociación Psiquiátrica Peruana (APP) destinada a difundir la información científica médica relacionada con la Psiquiatría y sus subespecialidades. Recibe todos los aportes de los médicos de la especialidad generados dentro y fuera del país, los que serán publicados previa evaluación sistema de arbitraje.

Periodicidad semestral

© Asociación Psiquiátrica Peruana 2018

Hecho el Depósito Legal en
la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2010-03251

Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida ni en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, por fotocopia o cualquier otro, si en permiso previo, por escrito, de la editorial.

El contenido de esta revista es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente la opinión de la APP.

Para los asuntos relacionados a la Revista Peruana de Psiquiatría, dirigirse al Director:
Av. Angamos Oeste 387 Oficina 203, Miraflores, Lima Perú.
Teléfono 511- 4473739
secretaria@app.org.pe

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR	Dr. Enrique Bojórquez Giraldo <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos</i>
EDITOR	Dr. Ricardo Bustamante Quiroz <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos</i>
MIEMBROS	Dr. Jeff Huarcaya Victoria <i>Universidad de San Martín de Porres</i> Dra. Liesel Ludovieg Cassinelli <i>Hospital Víctor Larco Herrera</i> Dr. Santiago Stucchi Portocarrero <i>Universidad Peruana Cayetano Heredia</i> Dr. Horacio Vargas Murga <i>Universidad Peruana Cayetano Heredia</i>



ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA

CONSEJO DIRECTIVO 2017-2019

PRESIDENTE	Dr. Enrique Bojórquez Giraldo
VICEPRESIDENTE	Dr. Francisco Bravo Alva
SECRETARIA GENERAL	Dra. Elizabeth Rivera Chávez
TESORERA	Dra. Gisella Vargas Cajahuanca
SECRETARIA DE ACTAS	Dra. Isabel Nieto Tarazona
SECRETARIO DE ACCIÓN CIENTÍFICA	Dr. Alfredo Saavedra Castillo
SECRETARIO DE FILIALES	Dr. Omar Ramos Godoy
VOCAL DE ÉTICA Y CALIFICACIÓN PROFESIONAL	Dr. Francisco Rivera Feijoo
VOCAL DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES	Dr. Andrey Sindev
VOCAL DE ACCIÓN GREMIAL	Dr. Juan Carlos Lengua Sánchez
VOCAL DE PRENSA Y BIBLIOTECA	Dra. Rocío Ramírez Flores
PAST PRESIDENTE	Dr. Ricardo Bustamante Quiroz



Revistas Especializadas Peruanas s.r.l.

REVISTA PERUANA de PSIQUIATRÍA

es editada e impresa por Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC).

Editores médicos especializados

Edición: Miguel de Cervantes 485- 502. San Isidro. Teléfono 999-658531.

Talleres gráficos: Emilio Althaus 355. Lince

Editor médico: Dr. Jorge Candiotti Vera. jcandiotti@revistasespecializadas.com

Contenido

► EDITORIAL

- **Cien años del Hospital Víctor Larco Herrera**
One hundred years of the "Hospital Victor Larco Herrera"
Enrique Bojórquez-Giraldo, Ricardo Bustamant-Quíroz 3

► ARTÍCULOS ORIGINALES

- **Impacto de la violencia en la salud: una realidad aún negada en el Perú**
Impact of violence on health: a reality still denied in Peru
Adrián Arévalo-Alván, Donald Jack Briam Cabrera-Astudillo 4
- **Aspectos socioculturales en el estudio y manejo de trastornos de personalidad**
Sociocultural aspects in the study and management of personality disorders
Renato D. Alarcón-Guzmán 14

► TEMA DE REVISIÓN

- **Creatividad, arte y psicopatología en el mundo: la contribución peruana de Honorio Delgado**
Creativity, art and psychopathology in the world: the peruvian contribution of Honorio Delgado
Renato D. Alarcón-Guzmán 21
- **Insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú: estudio introductorio**
Insulin therapy for schizophrenia in Peru: an introductory study
Jeff Huarcaya-Victoria..... 29

► HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

- **Insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú: nuestros 20 años de experiencia**
Insulin therapy of schizophrenia in Peru: our 20 years of experience
Honorio Delgado (Traducido por Jeff Huarcaya-Victoria) 37
- **¿Cómo investigar en historia de la psiquiatría?**
How to research in the history of psychiatry?
Jeff Huarcaya-Victoria..... 43
- **Historia del Hospital Víctor Larco Herrera**
History of the "Hospital Victor Larco Herrera"
Enrique Bojórquez-Giraldo..... 52

► EFEMÉRIDES

- **Hospital Víctor Larco Herrera: cien años concentrados en recuperar la salud mental**
"Hospital Victor Larco Herrera": one hundred years in the task on recovering mental health
Elizabeth Rivera-Chávez 59
- **Algunas notas sobre el Hospital Víctor Larco Herrera**
Some notes about the "Hospital Victor Larco Herrera"
Manuel Ponce-Cornejo 61

3

¡Larga vida al Hospital Víctor Larco Herrera!

Revista Psiquiátrica Peruana 2018; vol 8: N.º 1

Impacto de la violencia en la salud: una realidad aún negada en el Perú

Impact of violence on health: a reality still denied in Peru

Adrián Arévalo-Alván,¹ Donald Jack Briam Cabrera-Astudillo²

4

RESUMEN

La exposición a violencia, en especial desde la infancia y adolescencia, trae consecuencias duraderas para la salud física y mental, además de mayor riesgo de conductas deletéreas para la calidad de vida incluso en la etapa adulta. El Perú, debido al antecedente de violencia política, creciente violencia urbana y de género, y la vulnerabilidad a desastres naturales, es susceptible de sufrir tales consecuencias a largo plazo. Es por ello por lo que se requiere la priorización de actividades preventivo-promocionales contra la violencia desde un enfoque de salud mental comunitario, así como la creación de unidades especializadas en Psicotrauma y Disociación tanto en hospitales generales como en hospitales especializados en salud mental.

PALABRAS CLAVE. Violencia; Experiencias adversas en la infancia; Psicotrauma; Disociación; Políticas de salud mental comunitaria.

ABSTRACT

Exposure to violence, specially during childhood and adolescence, can have longstanding consequences for physical and mental health. Such exposure can also increase the risk of being engaged to various deleterious behaviours for overall quality of life during adulthood. Peru is vulnerable to such long-term consequences since its continuous exposure to political violence, ever-growing urban and gender-based violence, and due to its' proneness to natural disasters. Hence, preventive and promotional community-based policies, as well as the establishment of Psychotrauma and Dissociation Units in general and mental health hospitals, need to be prioritized.

KEYWORDS. Violence; Adverse childhood experiences; Psychotrauma; Dissociation; community-based policies.

INTRODUCCIÓN

La violencia y sus consecuencias constituyen uno de los desafíos más importantes para cualquier sociedad en términos de prevención y abordaje, en especial para los países en vías de desarrollo.¹ En parte, esto es debido a que el problema de la violencia debe ser abordado de manera multisectorial, dentro de la cual se involucre una adecuada respuesta por parte de los servicios de salud mental.¹ Estos servicios deberían tornar como prioritarias las actividades preventivo-promocionales desde un enfoque de salud mental comunitaria, la creación de brigadas de salud mental para intervención en situaciones de desastre, y la apertura de servicios especializados en psicotrauma y disociación. No obstante, estos últimos son inexistentes en el país.

Por otra parte, la exposición a violencia tiene consecuencias fisiopatológicas duraderas, desde la

1. Médico psiquiatra. Hospital Víctor Larco Herrera. Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia. Servicio de Psicoterapia.
2. Médico psiquiatra. Hospital Víctor Larco Herrera. Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria. Servicio de Consulta Externa.

modificación de redes neuronales hasta procesos epigenéticos.²⁻⁴ La repercusión es tal que puede, incluso, disminuir la expectativa de vida de la población expuesta a ella.⁵ Esto, por lo general, no es tomado en cuenta por los servicios de salud. Es por ello que en este artículo se desarrollará, con más detalle, los mecanismos propuestos mediante los cuales la exposición a la violencia desde edades tempranas condiciona morbilidad y mortalidad temprana en la etapa adulta.

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA EN EL PERÚ

La salud mental es un importante determinante de la salud integral y de la calidad de vida. Los factores sociales y las respuestas a los mismos también influyen en los conceptos que la población tiene respecto a salud mental. En nuestro medio son frecuentes el estigma y la discriminación, los cuales son agravantes de violencia. Esto se traduce en mayor abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, falta de atención médica, centralización de las atenciones en salud, desabastecimiento de servicios de salud en zonas rurales y urbano-marginales, y disminución de la calidad de atención en las zonas más alejadas.⁶

En América Latina el 21% de los menores de 15 años sufren violencia, abusos y abandono en la familia, la escuela y en su comunidad. Es, por tanto, una de las zonas con la mayor desigualdades económicas y sociales del mundo, y con mayores índices de violencia que afectan, sobre todo, a mujeres y niños.⁷

La transición demográfica del país ha causado que se tenga una superposición tanto de enfermedades transmisibles como no transmisibles, lo cual no siempre se ve reflejado en adecuadas políticas de salud pública. Así, no se ha dado la relevancia suficiente a temas como actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, y violencia.⁸

En este contexto, existe un esfuerzo inicial por dar relevancia a la salud mental en el Perú. Este esfuerzo se cristaliza con la aprobación del Reglamento de la Ley 29889, que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de

Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.⁹ Gracias a ello, se han generado cambios importantes en los servicios de salud mental a lo largo de país, que, aunque aún insuficientes, han presentado una reestructuración general de las prestaciones y el abordaje, tanto a nivel de primer nivel de atención, como de manera especializada.¹⁰

Este proceso es de vital importancia dada la demanda de atención en salud mental en el país y los niveles de violencia que presenta. De esta manera, el Instituto Nacional de Salud Mental (2014) encontró una prevalencia de vida para trastornos psiquiátricos del 29% en zonas urbanas, a nivel nacional. De estos, los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes, con una prevalencia de 14.9%, seguidos de los trastornos del humor con 8.2% de prevalencia, y los problemas derivados por uso de sustancias con una prevalencia de 5.8%.¹¹ En cuanto a violencia, resalta un estudio epidemiológico realizado por la misma institución en 2004, en el que se encontró una prevalencia de vida del 56% para cualquier trastorno psiquiátrico en Ayacucho, y 24,5% de prevalencia de trastornos depresivos para la población que había sufrido la desaparición o fallecimiento de un familiar a causa de la violencia política para tal región.¹²

En el Perú, el problema de la violencia se desarrolló, principalmente, a partir de los problemas sociales y de salud que se manifestaron a partir de 1980. De ellos, cobra gran importancia el conflicto armado interno por terrorismo, el cual irrumpió en el escenario nacional, manifestándose en distintas esferas como alteración del orden constitucional, intimidación, tortura, desapariciones, y muerte.¹³ Según el Consorcio Nacional para el Estudio del Terrorismo y Respuestas al Terrorismo de los Estados Unidos (START, por sus siglas en inglés), el Perú habría ocupado el segundo lugar de violencia acumulada asociada a ataques terroristas durante el periodo comprendido entre los años 1970 y 2007. Tremblay, Pedersen y Errazuriz (2009) reportan que, de la población peruana expuesta a estos eventos, 38,9% desarrollaron síntomas de depresión y/o ansiedad y 24,9%, trastorno de estrés postraumático.¹⁴

Asimismo, es importante considerar que el centralismo y el periodo de terrorismo generaron desplazamientos en la población peruana. Sin embargo, en nuestro medio no hay datos que valoren el impacto de la migración sobre la salud mental, pero se pueden tomar como referencia lo sucedido en otras poblaciones. Por ejemplo, Phillips, Liu y Zhang (1999) encontraron que la migración aumentaba el estrés general en la población y exacerbaba la incidencia de pobreza, pocas oportunidades de trabajo, políticas de salud inadecuadas o insuficientes, subempleo, desigualdad y, como consecuencia de todo, la generación de violencia.

Por otra parte, el Perú se encuentra en una región geográfica vulnerable a desastres naturales. Por ejemplo, el terremoto de Pisco de 2007 destruyó gran parte de la ciudad dejando con vida a gran parte de la población, de manera que fue expuesta a las secuelas de salubridad, quedar sin hogar, duelo, pérdidas físicas y materiales, y consecuencias en salud mental.¹⁵ Así, se reportó que la incidencia de trastorno por estrés postraumático en los sobrevivientes fue del 15,9%, por encima del promedio esperado de 6%.¹⁶

La violencia de género es otro problema que considerar. La sociedad peruana mantiene, dentro de su cultura, creencias que apoyan la violencia contra la mujer. Según reporta el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en 2015, 56,3% de la población mantenían la idea que “el esposo o pareja debe ser siempre el jefe del hogar y quien represente a su familia”; 56,7%, la idea que “toda mujer debe cumplir primero su rol de madre, esposa, o ama de casa y después realizar sus propios sueños”; 46,2%, la idea que “en todo hogar se necesita un varón para que ponga orden y disciplina”. Asimismo, este reporte menciona que el 61,4% de las mujeres mayores de 18 años sufrieron violencia psicológica alguna vez en su vida; 31,1% de ellas, violencia física; 15,1%, violencia sexual. Del total de mujeres, el 11,2% fueron expuestas a estas tres manifestaciones de violencia en simultáneo.¹⁷ Para el 2017, fueron identificadas 66 mil víctimas de violencia familiar, lo que representa un promedio de 180 casos de agresión al día. Del total de víctimas, 9 de cada 10 eran mujeres.¹⁸

Otros eventos adversos a los que la población peruana es expuesta son a las altas tasas de criminalidad. Según el reporte del Barómetro de las Américas de 2017, un 33% de peruanos ha experimentado algún tipo de victimización por delincuencia en los últimos 12 meses.¹⁹

Sumando todas estas exposiciones, es factible concluir la alta exposición a experiencias adversas por las que atraviesa la población. Incluso Benjet y col. (2016) realizaron un estudio de exposición a cualquier tipo de violencia en 24 países, en el que el Perú ocupa el segundo lugar, con un 83,1% de exposición a eventos potencialmente traumáticos en los últimos 12 meses.²⁰

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

A continuación, se tomará en consideración las consecuencias de la violencia desde edades tempranas debido a que las experiencias adversas (EA) en la infancia y adolescencia son comunes, más de dos terceras partes de la población han sido expuestas a al menos una antes de los 18 años.^{5,21} Estas hacen referencia a un conjunto de acontecimientos desfavorables relacionados entre sí y a la falta de recursos individuales, familiares y/o ambientales,²¹ que tienen el potencial de generar cambios neurobiológicos, inmunológicos, endocrinos y epigenéticos a largo plazo.²²⁻²⁴ y con consecuencias deletéreas permanentes para la salud y el bienestar de la persona.²²⁻²⁵ Estos acontecimientos se agrupan en tres categorías: abuso, negligencia, y disfunción familiar.²⁵

Los estudios de experiencias adversas en la infancia y adolescencia

Las consecuencias negativas de las EA en la infancia y adolescencia persisten incluso en la etapa adulta, y han sido estudiadas a partir de las publicaciones realizadas por el CDC en conjunto con Kaiser Permanente, en California, EE. UU.. En el año 1998 realizaron los Estudios de Experiencias Adversas Infantiles (conocido como Estudios ACE, por sus siglas en inglés) partiendo de la observación de que existía una

alta prevalencia de abuso sexual infantil en los pacientes adultos que asistían al programa de obesidad de Kaiser. Para comprobar la hipótesis, diseñaron un cuestionario respecto a los primeros 18 años de vida de cada sujeto de estudio, en el que exploraban antecedentes de abuso infantil –abusos sexual, físico y psicológico–, negligencia infantil –negligencia física y negligencia emocional–, y disfunción familiar –ser testigo de violencia física hacia la madre, divorcio de los padres, convivir con algún familiar con consumo de sustancias, convivir con un familiar con alguna enfermedad mental y el haber convivido con alguien que posteriormente fuera encarcelado–. Recolectaron con ello una muestra de 17337 personas a lo largo de tres años, y encontraron una relación entre las EA infantiles y las diez principales causas de mortalidad en EE. UU. en aquel momento.^{5,25}

Los estudios ACE, en primer lugar, encontraron que las EA infantiles son comunes. El 64% de las personas encuestadas refirieron haber experimentado al menos una de las diez categorías evaluadas.⁵ Asimismo, de manera general se encontró que existe una relación directamente proporcional entre el número de EA en la infancia y adolescencia y el riesgo de reducción en la esperanza de vida. El 60% de las personas que refirieron no haber experimentado EA infantiles tienen una esperanza de vida de hasta 65 años, mientras que menos del 3% de aquellos que pasaron por cuatro EA infantiles viven hasta los 65 años. Esto implica una reducción de 20 años en la expectativa de vida.²⁶

En segundo lugar, se encontró un incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas en la etapa adulta conforme se incrementaban las EA en la infancia y adolescencia en las personas estudiadas. Así, por ejemplo, se encontró que existe un riesgo incrementado de hospitalización por enfermedad autoinmune durante la etapa adulta; en comparación con aquellos que reportaron ninguna EA infantil, quienes refirieron pasar por dos EA infantiles presentaban 70% de riesgo de hospitalizarse por enfermedades autoinmunes mediadas por linfocitos tipo T-helper 1, 80% por enfermedades mediadas por linfocitos tipo T-helper 2, y 100%

de riesgo para enfermedades reumáticas.²⁷ Otro estudio encontró una relación entre EA infantiles y el riesgo de desarrollar enfermedad hepática crónica, mediada posiblemente por adoptar conductas que incrementen el riesgo de hepatitis virales y de enfermedad hepática alcohólica. Cada EA incrementaría el riesgo de enfermedad hepática en 1,2 a 1,6 veces.²⁸ Un estudio posterior encontró que las personas que vivenciaron cinco o más EA infantiles presentaban 2,6 veces el riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y de tener 2 veces el riesgo de hospitalización por esta causa. Estos hallazgos se redujeron solo de manera pequeña cuando se realizó la corrección para el consumo de tabaco.²⁹ Asimismo, existen también estudios que vinculan la exposición a EA en la infancia y adolescencia con enfermedad isquémica coronaria, e, incluso considerando factores intervinientes (como tabaquismo, inactividad física, obesidad severa, ánimo depresivo e ira), aquellos con más de siete EA en la infancia y adolescencia presentaban 3,6 veces el riesgo de presentar un evento isquémico coronario en la etapa adulta que aquellos que no reportaron haber tenido alguna EA.³⁰ También se ha encontrado una correlación entre la exposición a EA infantiles y el riesgo de desarrollo de neoplasias, en especial de pulmón, ovario y mama, independientemente de otros factores intervinientes.³¹⁻³³ Por otra parte, existe relación entre el haber experimentado abuso físico y emocional en la infancia con el riesgo de obesidad en la etapa adulta.³⁴ También se ha encontrado una relación directamente proporcional entre el número de EA infantiles y el padecer de cefaleas recurrentes en la etapa adulta; se duplica el riesgo en los que han pasado por cinco a más EA infantiles en comparación con los que no la experimentaron.³⁵ Por último, es importante mencionar que existe una relación inversamente proporcional entre la exposición a EA en la infancia y adolescencia y la calidad de vida asociada a salud.³⁶

En tercer lugar, el haber pasado por EA infantiles incrementa la probabilidad que una persona adopte diferentes conductas de riesgo durante la adolescencia y etapa adulta. Así, aquellas personas que reportan dos o más EA en la infancia y adolescencia tienen un *odds ratio* de 2,0 para

iniciar el consumo de alcohol a los 14 años, y este riesgo se incrementa conforme se incrementa el número de EA vividas en la infancia.³⁷ Este consumo continuaría en la etapa adulta, incrementando el riesgo de consumo perjudicial y alcoholismo.³⁸ Se encontró una relación similar con el tabaquismo, aquellas personas con cinco EA en la infancia y adolescencia presentaban un *odds ratio* de 5,4 para inicio de consumo de tabaco a los 14 años, 3,1 de consumir tabaco al menos una vez en la vida, 2,1 de continuar con el hábito en la etapa adulta, y 2,8 de ser fumadores pesados en la adultez.³⁹ También se encontró un riesgo incrementado (entre 2 a 4 veces) para el inicio de consumo de sustancias antes de los 14 años, y aquellos con cinco a más EA en la infancia y adolescencia presentaban un riesgo entre 7 a 10 veces mayor de consumir sustancias en cualquier etapa de la vida.⁴⁰ Asimismo, las mujeres expuestas a EA en la infancia y adolescencia presentan un riesgo incrementado de conductas sexuales de riesgo, como el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, tener 30 a más parejas sexuales, y tener la percepción de estar en riesgo de contagio del virus de inmunodeficiencia humana.⁴¹

En cuarto lugar, las EA en la infancia y adolescencia condicionan secuelas en la salud mental de las personas expuestas a las mismas. Por ejemplo, conforme se sumen EA en la infancia y adolescencia, mayor será el riesgo de presentar alteraciones en la memoria autobiográfica de la etapa infantil, en especial en aquellas personas expuestas a seis o más tipos de EA infantiles.⁴² También se sabe que la exposición a EA en la infancia y adolescencia se relaciona a episodios depresivos a lo largo de la vida, incluso luego de décadas de haber cesado la exposición a estas EA. Se ha encontrado una relación directamente proporcional entre el número de EA en la infancia y adolescencia y antecedentes de episodios de alucinaciones, y esto es independiente del consumo de sustancias.⁴³ Quizá uno de los hallazgos más importantes sea con relación a suicidio. Cualquier EA en la infancia se relaciona con intento suicida entre 2 y 5 veces el riesgo en comparación con aquellas personas que no reportan haber pasado por este tipo de experiencias. El *odds ratio* de

las personas con siete a más tipos de EA en la infancia y adolescencia es de 31,1 en relación con los que reportan no haber tenido ninguna EA en su infancia.⁴⁴

Por último, como consecuencia de todo lo expuesto, las personas con antecedente de haber pasado por EA en la infancia y adolescencia presentan un peor desempeño laboral y mayor absentismo que aquellos que negaron haber pasado por tales experiencias. También se ha encontrado que las EA en la infancia y adolescencia se asocian de manera significativa a victimización sexual en la etapa adulta, en especial en aquellas personas que han experimentado abuso sexual antes de los 18 años.⁴⁵ El fenómeno contrario también ha sido observado. La mayoría de los tipos de abuso infantil incrementan el riesgo de perpetración de abuso hacia terceros en la etapa adulta y de ejercer violencia recíproca, tanto en varones como en mujeres.^{46,47}

Consecuencias neurobiológicas de las experiencias adversas en la infancia y la adolescencia

Consideraciones fisiológicas en situaciones de normalidad

Desde el punto de vista evolutivo, el ser humano está expuesto a amenazas que provienen de patógenos, depredadores, y de conespecíficos. Debido a esto, existen redes neuronales y un sistema de respuesta hormonal e inmune integrados para responder a estas amenazas.⁴⁸ En primer lugar, se cuenta con el circuito córtico-límbico. Este circuito integra la información percibida a través de los sentidos a través del tálamo, y este envía la información de baja resolución hacia la amígdala. Asimismo, también envía la información a las cortezas sensoriales para su procesamiento y obtener información de mejor resolución, pero esta vía suele ser más lenta. La vía de baja resolución es más rápida, y es la encargada de generar una respuesta también rápida ante situaciones potencialmente peligrosas. Esta respuesta está mediada por la amígdala. Si la situación es percibida como amenazante, posee vías

eferentes hacia el hipotálamo para la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, al tronco encefálico para la activación del sistema nervioso simpático, a la sustancia innominada para incrementar el nivel de alerta, a la ínsula para incrementar la interocepción, a la formación hipocampal para la memoria contextual, y, finalmente, hacia la corteza prefrontal para la atención y procesamiento de la información de lo que se está experimentando. A su vez, la corteza prefrontal se encarga de realizar una retroalimentación negativa hacia la amígdala en caso se hubiese tratado de una falsa alarma o en caso la amenaza haya terminado. Esta respuesta explica todo lo acontecido durante el proceso de “lucha o retirada” –incremento del tono muscular, incremento de la frecuencia respiratoria y patrón torácico de ventilación, incremento de la frecuencia cardíaca con consecuente elevación de la presión arterial, dilatación pupilar, palidez (por redistribución de flujo hacia el músculo estriado), sudoración, sequedad de boca, frialdad distal, enlentecimiento o cese momentáneo de la digestión, emociones de miedo o ira, contacto limitado con otros o con uno mismo, entre otros.^{49,50}

Es importante resaltar que una de las principales maneras de inhibir la respuesta de la amígdala, además de la corteza prefrontal y de la corteza cingulada anterior, es mediante la oxitocina, producida en las neuronas magnocelulares de los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo. Este neuropéptido forma parte de la intrincada regulación del cerebro frente a estímulos sociales complejos, como la cognición y conducta sociales. Su producción y acción sobre la amígdala (entre otras estructuras) está mediada por conductas o cogniciones prosociales, como el apoyo social, conductas de acercamiento, y contacto físico (por ejemplo, un abrazo). Por sí misma, también es capaz de inhibir la respuesta del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal directamente. Consecuentemente, el apoyo social, un adecuado entorno, y el vínculo con otros es capaz de inhibir la respuesta de “lucha o huida” de la amígdala, además de disminuir la respuesta fisiológica del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal ante estresores.⁵¹

En segundo lugar, dentro de las hormonas de respuesta ante estresores, destaca la secreción de glucocorticoides. Estos actúan a través de cuatro mecanismos sobre las redes neuronales en respuesta a estrés o a situaciones potencialmente traumáticas. En primer lugar, tienen una acción no genómica mediada por receptores de mineralocorticoides presinápticos. La estimulación de estos genera incremento en la liberación de glutamato. Esta liberación de glutamato se autolimita mediante receptores postsinápticos de glucocorticoides, los cuales estimulan la producción de endocannabinoides. A su vez, los endocannabinoides actúan sobre los receptores para cannabinoides tipo 1 (CB1) presinápticos, los cuales inhiben la liberación de glutamato. En segundo lugar, los corticoides tienen un efecto genómico indirecto a través de receptores de glucocorticoides en el soma neuronal de la neurona postsináptica. Al ser estimulados, se inicia una cascada de respuesta intracelular a través de segundos mensajeros. En tercer lugar, actúa sobre receptores de glucocorticoides a nivel de la membrana mitocondrial, de manera que se atenúa la liberación de calcio y de citocromo C mitocondriales (mediados por el complejo 2 de linfoma de células B, o Bcl-2 por sus siglas en inglés). Esta respuesta es anti-apoptótica, potenciando la neuroprotección y la respuesta energética ante una amenaza aguda. Por último, los glucocorticoides poseen un efecto genómico directo a través de receptores intranucleares. Estos median respuestas epigenéticas, de modo que la información adaptativa al medio queda almacenada en las células e, incluso, pudiendo pasar tal información adaptativa a la generación siguiente.⁵²⁻⁵⁵

En tercer lugar, se encuentran las respuestas inmunológicas ante situaciones de estrés. Por una parte, se encuentra un incremento en la secreción del factor nuclear promotor de cadenas ligeras kappa de células B activadas (NF- κ B por sus siglas en inglés). Este factor activa macrófagos y linfocitos T, los cuales, a su vez, incrementan la secreción de citocinas inflamatorias (como las interleucinas 1 y 6, factor de necrosis tumoral, e interferones) tanto a nivel

sistémico como a nivel de sistema nervioso central. Cuando estos mediadores inflamatorios llegan al hipocampo, amígdala, ínsula y corteza prefrontal medial incrementan las respuestas al miedo, la hipervigilancia, ansiedad y evitación del peligro. Por otra parte, el estímulo simpático iniciado por la amígdala genera liberación de células mieloides al torrente sanguíneo mediante la estimulación de la médula ósea con catecolaminas. Estas células mieloides (como, por ejemplo, monocitos) activan mecanismos inflamatorios a través del NF- κ B. La función de esta respuesta inmune es, en primer lugar, tener un sistema inmune activado ante alguna lesión potencial (por ejemplo, si se hace frente a algún depredador se espera recibir alguna lesión) y, en segundo lugar, activar una “conducta de enfermedad”. Esta última está diseñada para promover la supervivencia en el caso de infecciones, generando anhedonia para el ahorro de energía y emplearla en mayor respuesta inmune ante la infección, cicatrización de heridas, y mantener cierta hipervigilancia como prevención ante más ataques de depredadores con consecuente exposición a patógenos.^{48,56}

Todos estos mecanismos están diseñados para la supervivencia, y son útiles ante estresores agudos. No obstante, si estos mecanismos son expuestos a una serie de EA a repetición y durante un periodo extenso de tiempo se generan cambios permanentes, en especial por ocurrir durante periodos críticos de desarrollo cerebral y de los sistemas inmunológico y endocrino. Estas EA continuas, junto con las consecuencias en el organismo y las manifestaciones psicopatológicas reciben el nombre de trauma complejo.^{2,25,57}

Consecuencias fisiopatológicas de la exposición a experiencias adversas en la infancia y adolescencia

En primer lugar, se había mencionado sobre la integración de información circundante por parte del circuito córtico-límbico. Se sabe que las áreas más afectadas en el trauma complejo (siendo el hallazgo más común la atrofia) son el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, estructuras que son los centros de actividad más importantes del circuito mencionado. Se considera que tales

cambios pretenden ser adaptativos en exposición a alguna amenaza inmediata; no obstante, a largo plazo y en situaciones de EA continuas, estas alteraciones en las redes neuronales se enfocan en brindar respuestas autonómicas rápidas, lo que genera una hiperactivación del tronco encefálico y la amígdala. Esto se hace a expensas del desarrollo de otras estructuras importantes para el aprendizaje y la adaptación social, como, por ejemplo, la corteza prefrontal medial y la corteza prefrontal dorsolateral.² Asimismo, se ha identificado alteraciones específicas en determinadas regiones cerebrales dependiendo de EA específicas.

Por ejemplo, la exposición a abuso verbal por parte de los padres se asoció a un incremento en el volumen de la corteza auditiva en la circunvolución temporal superior y a una disminución en la integridad del fascículo arcuato. Aquellos que han sido testigos de violencia doméstica presentaron disminución en el volumen de la sustancia gris en la circunvolución lingual derecha, polo occipital izquierdo, y las cortezas visuales secundarias derecha e izquierda; también presentaron disminución en la integridad del fascículo longitudinal inferior. Las personas que refirieron exposición a múltiples episodios de abuso sexual presentaban menor grosor en la sustancia gris de ambas cortezas visuales primarias, la circunvolución lingual derecha, la circunvolución fusiforme izquierda, y la circunvolución occipital media izquierda.⁵⁸ Por otro lado, es importante mencionar que existe una alteración en el desarrollo de las vías mesolímbica y nigroestriatal, lo cual explicaría que algunas personas expuestas a trauma complejo desarrollen síntomas psicóticos en la etapa adulta.⁵⁸ Asimismo, se ha observado una alteración en la conectividad de las redes neuronales. De manera general, se produce una mayor conectividad hacia la región anterior de la ínsula derecha y hacia el precúneo derecho a expensas de la conectividad en la corteza cingulada anterior izquierda. Los cambios en el resto de estructuras cerebrales, como el hipocampo, fascículo longitudinal inferior, amígdala derecha, y grosor de la sustancia gris de las cortezas de asociación varían según la edad a la que se produjo la exposición a las EA. Esto explicaría la gran variabilidad en la

expresión psicopatológica en la etapa adulta ante EA en la infancia y adolescencia.⁵⁸

En segundo lugar, se ha encontrado alteraciones en la regulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. El estrés continuo genera una elevación crónica de los niveles de cortisol libre, el cual es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica.³ Como se mencionó, el cortisol genera liberación de glutamato, y esto es mayor a nivel del hipocampo. La liberación continua del mismo genera, por tanto, una liberación sostenida de cortisol en dicha región. Sin embargo, cuando pasan días a meses de este tipo de estímulos, el mecanismo que era inicialmente adaptativo (favorecer la memoria contextual) inicia procesos fisiopatológicos. Primero, se suprime la transmisión sináptica, la neurogénesis y la remodelación dendrítica. Luego, hay un incremento en la exotoxicidad glutamatérgica debido a un incremento de radicales libres e inflamación.⁵² Además, a nivel mitocondrial, el estímulo constante de los receptores para glucocorticoides en la membrana mitocondrial genera reducción en la capacidad de la mitocondria de regular las concentraciones de calcio, y la liberación de citocromo C al citosol. Estos estímulos son capaces de iniciar apoptosis a nivel neuronal.⁵³ Por último, a nivel del núcleo se producen cambios epigenéticos, como metilación de histonas, que generan disminución en factores de transcripción como en Factor Neurotrófico Derivado de Cerebro (BDNF por sus siglas en inglés), lo cual disminuye aún más la plasticidad neuronal, incrementa la inflamación y lleva toda la información poco adaptativa del trauma complejo a la generación siguiente.^{52,59} Asimismo, existe acortamiento de telómeros en personas expuestas a EA infantiles, y se postula que ello sería responsable, parcialmente, de la disminución en el tiempo de vida de estos sujetos.⁶⁰ Es importante resaltar que, en ciertas personas, se produce un incremento en la expresión y en la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides. Esto generaría una hipersensibilidad a la retroalimentación negativa del cortisol, y estos sujetos suelen mantener, por ello, una hiposecreción de cortisol a largo plazo. Esto interfiere con procesos de regulación emocional y cognitiva a nivel central.⁶¹

Por último, estas alteraciones mencionadas también generarán cambios en la regulación del sistema inmunológico a largo plazo. Las personas con exposición a EA en la infancia y adolescencia muestran niveles incrementados de marcadores inflamatorios, como proteína C reactiva, fibrinógeno y conteo leucocitario.⁴

Todos estos hallazgos se correlacionan con las consecuencias en la etapa adulta hallados en los estudios ACE, así como los síntomas encontrados por los mismos, síntomas somatomorfos positivos, psicomorfos positivos (como psicosis), somatomorfos negativos, psicomorfos negativos, disregulación afectiva y fisiológica, disregulación atencional y conductual, disregulación intra e interpersonal, y síntomas del espectro postraumático, tales como reexperimentación, hipervigilancia, evitación y disociación.^{62,63}

CONCLUSIONES

El contexto social peruano es un contexto de violencia que va en aumento. Tal exposición a violencia tiene el potencial de generar consecuencias negativas para la salud física y mental de la población, en especial si las personas son expuestas a EA en edades tempranas de la vida, dado que la fisiología del cerebro humano lo hace un órgano vulnerable al medio en el que un individuo se desenvuelve. Pese a ello, se observa que tal noción muchas veces no está presente al momento de tratar a un usuario en servicios de salud mental de nuestro medio o al momento de desarrollar políticas de salud pública. Así, se hace necesaria la priorización de temas de violencia, desde el nivel de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, hasta las actividades interdisciplinarias especializadas en psicotrauma y disociación para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con secuelas.

Desde esta perspectiva, es fundamental cubrir las brechas de atención en salud mental optimizando los determinantes sociales, integrando de manera activa a la población para dar sostenimiento y tener aceptación ante las medidas a tomar. Por lo expuesto, la necesidad del incremento de la oferta en esta cartera es indispensable. Debe

resaltarse, de igual manera, la necesidad de la ejecución de estudios epidemiológicos en el Perú que engloben estos determinantes sociales en conjunto a las EA en la infancia y adolescencia por su relevancia en la salud integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Serv.* 2010;61:218-221.
- Kliethermes M, Schacht M, Drewry K. Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clin North Am.* 2014;23:339-361.
- Shea A, Walsh C, MacMillan H, Steiner M. Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinol.* 2004;30:162-178.
- Danese A, McEwen B. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behavior.* 2012; 106:29-39.
- Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prevent Med.* 1998;14(4):245-258.
- Foro Económico Mundial, Escuela de Salud Pública de Harvard. The global economic burden of non-communicable diseases. Ginebra, Suiza; 2011.
- Del Águila-Escobedo A. Violencia y estrés infantil: ¿está en juego nuestro futuro? *Acta Méd Peru.* 2015;32(2):71-83.
- Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable disease in developing countries. *Int J Equity Health.* 2005;4(1):2.
- Ley N°29889. Aprobación del Reglamento de la Ley 29889, que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. *Diario Oficial El Peruano.* 2015 Octubre Martes 6.
- Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *Int J Health Policy Management.* 2017;6(9):501-508.
- Instituto Nacional de Salud Mental. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú. *Rev Per Med Experim Salud Púb.* 2014;31(1):39-47.
- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho 2003. *An Salud Mental.* 2004;20(1-2): 1-199.
- Garamendia F. La violencia en el Perú 2015. *An Fac Med.* 2016; 77(2):153-161.
- Tremblay J, Pedersen D, Errazuriz C. Assessing mental health outcomes of political violence and civil unrest in Peru. *Int J Soc Psych.* 2009;55(5):449-463.
- Kalantar Motamedi MH, Sagafinia M, Ebrahimi A, Shams E, Kalantar Motamedi M. Major earthquakes of the past decade (2000-2010): A comparative review of various aspects of management. *Trauma Monthly.* 2012;17(1):219-229.
- Flores E, Carnero A, Bayer A. Social capital and chronic post-traumatic stress disorder among survivors of the 2007 earthquake in Pisco, Peru. *Social Sci Med.* 2014;101:9-17.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Medición de la violencia contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes. Lima, Perú; 2016.
- Organización de las Naciones Unidas. Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. [Online]; 2017. Disponible en: <http://onu.org.pe/noticias/atencion-a-victimas-de-violencia-basada-en-genero-requiere-mayor-articulacion-multisectorial-y-presupuesto/>.
- Universidad de Vanderbilt. Latin America Public Opinion Project (LAPOP). [Online]; 2017. Available from: <https://www.vanderbilt.edu/lapop/studies-country.php>.
- Benjet C, Bromet E, Karam E, Kessler R, McLaughlin K, Ruscio A, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Med.* 2016;46(2):327-343.
- Vega-Arce M, Nuñez-Ulloa G. Experiencias adversas en la infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria.* 2017;14(2):124-130.
- Anda R, Felitti V, Bremner D, Walker J, Whitfield C, Perry B, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosc.* 2006;256(3):174-186.
- Roth T, Sweatt D. Epigenetic marking of the BDNF gene by early-life adverse experiences. *Horm Behavior.* 2011;59(3):315-320.
- Gershon N, High P. Epigenetics and child abuse: Modern-day darwinism. The miraculous ability of the human genome to adapt, and the adapt again. *Am J Med Genetics.* 2015;169C:353-360.
- Boullier M, Blair M. Adverse childhood experiences. *Pediatrics and Child Health.* 2018;28(3):132-137.
- Brown D, Anda R, Tiemeier H, Felitti V, Edwards V, Croft J, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prevent Med.* 2009;37(5):389-396.
- Dube S, Fairweather D, Pearson W, Felitti V, Anda R, Croft J. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic Medicine.* 2009;71(2):243-20.
- Dong M, Dube S, Felitti V, Giles W, Anda R. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into the causal pathway. *Arch Intern Med.* 2003;163:1949-1956.
- Anda R, Brown D, Dube S, Bremner D, Felitti V, Giles W. Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *Am J Prevent Med.* 2008;34(5):396-403.
- Dong M, Giles W, Felitti V, Dube S, Williams J, Chapman D, et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation.* 2004;110:1761-1766.
- Brown M, Thacker L, Cohen S. Association between adverse childhood experiences and diagnosis of cancer. *PLoS One.* 2013; 8(6):e65524.
- Brown D, Anda R, Felitti V, Edwards V, Malarcher AM, Croft J, et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health.* 2010;10:20.
- Van der Meer LB, Van Duijn E, Wolterbeek R, Tibben A. Adverse childhood experiences of persons at risk for Huntington's disease or BRCA1/2 hereditary breast/ovarian cancer. *Clinical Genetics.* 2012; 81(1):18-23.
- Williamson DF, Thompson TJ, Anda R, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes.* 2002;26:1075-1082.
- Anda R, Tietjen G, Schulman E, Felitti V, Croft J. Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache.* 2010; 50(9):1473-1481.
- Salinas-Miranda AA, Salemi JL, King LM, Baldwin JA, Berry E, et al. Adverse childhood experiences and health-related quality of life in adulthood: revelations from a community needs assessment. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13(123):1-12.
- Dube S, Miller J, Brown D, Giles W, Felitti V, Dong M, et al. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health.* 2006; 38(4): p. 444.e1-444.e10.
- Strine TW, Dube S, Edwards VJ, Prehn AW, Rasmussen S, Wagenfeld M, et al. Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *Am J Health Behav.* 2012;36(3):408-423.
- Anda R, Croft J, Felitti V. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA.* 1999; 282(17):1652-1658.

40. Dube S, Felitti V, Dong M, Chapman D, Giles W, Anda R. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*. 2003; 111(3): p. 564-572.
41. Hillis S, Anda R, Felitti V, Marchbanks P. Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Fam Plan Perspect*. 2001;33(5):206-211.
42. Brown D, Anda R, Edwards V, Felitti V, Dube S, Giles W. Adverse childhood experiences and childhood autobiographical memory disturbance. *Child Abuse Neglect*. 2007;31(9):961-969.
43. Whitfield C, Dube S, Felitti V, Anda R. Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Neglect*. 2005;29(7): 797-810.
44. Dube S, Anda R, Felitti V, Chapman D, Williamson D, Giles W. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA*. 2001;286(24):3089-3096.
45. Ports K, Ford D, Merrick M. Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 2016; 51: p. 313-322.
46. McMahon K, Hoertel N, Wall M, Okuda M, Limosin F, Blanco C. Childhood maltreatment and risk of intimate partner violence: a national study. *J Psychiat Res*. 2015;69:42-49.
47. Whitfield C, Anda R, Dube S, Felitti V. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults. *J Interpersonal Violence*. 2003;18(2):166-185.
48. Miller A, Raison C. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol*. 2015;16:22-34.
49. Hariri A. Looking inside the disordered brain: an introduction to the functional neuroanatomy of psychopathology Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates Inc.; 2015.
50. Rothschild B. The body remembers, volume 2: revolutionizing trauma treatment. Nueva York: W. W. Norton & Company; 2017.
51. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nat Rev Neurosci*. 2011;12:524-538.
52. McEwen B, Bowles N, Gray J, Hill M, Hunter R, Karatsoreos I, et al. Mechanisms of stress in the brain. *Nat Neurosci*. 2015;18:1353-1363.
53. Du J, McEwen B, Manji H. Glucocorticoid receptors modulate mitochondrial function: a novel mechanism for neuroprotection. *Communicative & Integrative Biology*. 2009; 2(4): p. 350-352.
54. McEwen B, Gray J, Nasca C. Recognizing resilience: Learning from the effects of stress in the brain. *Neurobiol Stress*. 2015; 1:1-11.
55. Chen Q, Yan W, Duan E. Epigenetic inheritance of acquired traits through sperm RNAs and sperm RNA modifications. *Nat Rev Genet*. 2016;17:733-743.
56. Michopoulos V, Powers A, Gillespie C, Ressler K, Jovanovic T. Inflammation in fear- and anxiety-based disorders: PTSD, GAD, and beyond. *Neuropsychopharmacol Rev*. 2017;42:254-270.
57. Organización Mundial de la Salud. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [Online].; 2018. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentfity%2f585833559>.
58. Teicher M, Samson J, Anderson C, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Rev Neurosci*. 2016;17:652-666.
59. Zannas A, Provencal N, Binder E. Epigenetics of posttraumatic stress disorder: Current evidence, challenges, and future directions. *Biol Psychiat*. 2015;78:327-335.
60. Price L, Kao HT, Burgers D, Carpenter L, Tyrka A. Telomeres and early-life stress: an overview. *Biol Psychiat*. 2013;73(1):15-23.
61. Ehler U. Enduring psychobiological effects of childhood adversity. *Psychoneuroendocrinol*. 2013;38:1850-1857.
62. Dell PF, O'Neil JA. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond Nueva York: Routledge-Taylor and Francis Group; 2009.
63. Van der Kolk BA. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma history. *Psychiat Ann*. 2005; 35: p. 401-408.
64. Herman J. Trauma and recovery: The aftermath of violence- from domestic abuse to political terror Nueva York: Basic Books; 2015.
65. Australian Psychological Society. Australian Psychological Society. [Online].; 2018. Disponible en: <https://www.psychology.org.au/for-the-public/Psychology-topics/Trauma>.
66. Leeb R, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta; 2008.
67. De La Revilla L, Fleitas L. Función y disfunción familiar. In De La Revilla AL. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España: Doyma; 1994. p. 91-100.
68. Ministerio de Salud. [Online].; 2016. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>.
69. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Hardcastle KA, Perkins C, Lowey H. Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *J Pub Health (Oxford)*. 2015;37(3):335-454.
70. Anda R, Felitti V, Chapman D, Croft J, Williamson D, Santelli J, et al. Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics*. 2001;107(2):e1-e19.
71. Dietz P, Spitz A, Anda R, Williamson D, McMahon P, Santelli J, et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA*. 1999; 282(14):1359-1364.
72. Hillis S, Anda R, Dube S, Felitti V, Marchbanks P, Marks J. The association between adverse childhood experiences and alcohol use during pregnancy in a representative sample of adult women. *Pediatrics*. 2004;25(6):688-695.
73. Chapman D, Whitfield C, Felitti V, Dube S, Edwards V, Anda R. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord*. 2004;82(2):217-225.
74. Anda R, Fleisher V, Felitti V, Edwards V, Whitfield C, Dube S, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and indicators of impaired adult worker performance. *The Permanente J*. 2004;8(1):30-38.
75. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Una situación habitual. Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes. Datos fundamentales. Nueva York; 2017.
76. Ribeiro WS, Mari JJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Perira LM. The Impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE*. 2013; 8(5): p. e63545.
77. Phillips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and social change in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1999; 23: p. 25-50.
78. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003; p. 609-615.
79. Aidoo M, Harpham T. The exploratory models of mental health amongst low-income women and health care practitioners in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning*. 2001;16:206-213.
80. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Situación y Perspectivas de la Mortalidad por Sexo y Grupos de Edad, Nacional y por Departamentos, 1990-2025. Lima; 2010.
81. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*. 2005; 83:731-757.
82. Becker AE, Kleinman A. An agenda for closing resource gaps in global mental health: innovation, capacity building, and partnerships. *Harvard Rev Psychiat*. 2012;20(1):3-5.
83. Díez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Gálvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exper Salud Púb*. 2014;31(1):131-136.

Aspectos socioculturales en el estudio y manejo de trastornos de personalidad

Sociocultural aspects in the study and management of personality disorders

Renato D. Alarcón-Guzmán¹

14

RESUMEN

Los trastornos de personalidad (TP) constituyen un área de creciente interés clínico tanto por sus síntomas anímicos, cognitivos y conductuales como por su indudable basamento neurobiológico. Al mismo tiempo, expresan más o menos claramente aspectos socioculturales de innegable factura y, en conjunto, dan lugar a significativos debates diagnósticos y etiopatogénicos. Luego de incidir en los aspectos propiamente culturales de los TP, incluido el necesario abordaje clínico desde tal perspectiva, este trabajo se centra en aspectos de su manejo, enfatizando en particular afrontes de psicoterapia individual y grupal y en el hecho de que TP representan un tipo de psicopatología muy sensible a maniobras estigmatizantes de diversas fuentes y requiere altos niveles de competencia cultural por parte del profesional tratante. Se describen las llamadas “psicoterapias culturales” y el rol (y cultivo) de la resiliencia como factor psicoterapéutico que contribuye decisivamente al establecimiento de sistemas de protección a pacientes de todos los grupos etarios. Se concluye que el manejo sociocultural por parte de profesionales de la salud mental debidamente entrenados puede no solo prevenir un tratamiento equivocado (v. gr., medicalización prematura) sino fomentar un manejo integral y eficiente de los trastornos de personalidad.

PALABRAS CLAVE. Trastornos de Personalidad; Temperamento; Resiliencia; Psicoterapias culturales.

ABSTRACT

Personality disorders (PDs) constitute an area of growing clinical interest, due to both their variety of mood, cognitive and behavioral symptoms, and to their undeniable neurobiological basis. Similarly, they clearly show strong socio-cultural features and, as a whole, generate significant diagnostic and etiopathogenic debates. After describing the properly cultural aspects of PDs, including a much needed clinical approach from such perspective, this article focuses on management issues, emphasizing in particular, individual and group psychotherapy

modalities, and the fact that PD represent a psychopathology type particularly sensible to stigmatizing maneuvers from different sources and require high levels of cultural competency on the treating professional's side. The so-called “cultural psychotherapies” are described and the role (and fostering) of resilience as a psychotherapeutic factor that decisively contribute to the establishment of protection system to patients of all age groups, are duly examined. As a conclusion, the socio-cultural management of PDs by appropriately trained mental health professionals can not only prevent wrong treatment approaches (v. gr. premature pharmacotherapy) but also stimulate an efficiently integrated management of personality disorders.

KEYWORDS. Personality disorders; Temperament; Resilience; Cultural psychotherapies.

1. Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Profesor emérito de Psiquiatría, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la psiquiatría clínica ha experimentado cambios notables en prácticamente todos sus campos teóricos y prácticos. Para los efectos de esta presentación deben resaltarse no solo los aspectos nosológico-diagnósticos reflejados en sintomatologías y nomenclaturas cambiantes,^{1,2} o los correlatos neurocientíficos que apuntan hacia un horizonte pleno de marcadores biológicos, sino, tal vez fundamentalmente, la aceptación del impacto socioambiental y cultural en todo tipo de psicopatologías y las repercusiones terapéuticas que un adecuado manejo de aquellos factores puede tener en la experiencia del paciente.^{3,4} Y, sin duda, dentro de las entidades en las que estos avances pueden tener un mayor efecto están los trastornos de personalidad (TP) como propiamente tales y como factores predisponentes de cuadros aún más dramáticos con base en sus significativas cargas afectiva, cognitiva y conductual.⁵

Se reconoce la necesidad de enunciar conceptos fundamentales que otorgarán consistencia a la definición de TP.

- Identidad. Personal, reflejada en el neologismo mismidad que alude a persistencia de actitudes, conductas, principios y autoconciencia;⁶ y social, influenciada por patrones de aculturación no siempre rígidos o innegociables.⁷
- Personalidad como tal. Conjunto modelado de hábitos, rasgos, actitudes e ideas externamente organizados como roles y estatus, aspectos del *self*, entendido y percibido como una unidad.⁸
- Carácter. Serie de rasgos íntimos y conductas aprendidas mayormente del exterior social pero expresadas primariamente como características morales y mentales de un individuo definiendo así el patrón conductual, el estilo de pensar y el control emocional de la persona.⁹
- Temperamento. O diferencias de naturaleza predominantemente biológica, desarrolladas en las diferentes etapas del ciclo vital constituyendo en buena medida rasgos de una diátesis subyacente de vulnerabilidades y predisposiciones.¹⁰

El estudio de personalidad como término integrador ha generado otros conceptos descriptivos y dinámicos que, en conjunto, otorgan solidez al conocimiento clínico y a la actividad heurística. Millon describe a la personalidad como “mecanismo huésped” de una variedad de eventos emocionales y conductuales y como “primera línea de defensa” ante agresiones, amenazas o traumas potenciales o reales.¹¹ La personalidad enfatiza ideas de “máscara” o “fachada”, conciencia de “forma”, nicho ecológico o plasticidad pasiva o activa.¹² La investigación en torno a ella ha sido masiva y basta citar el modelo de los Cinco Factores¹³ como ejemplo de estudios que sustentan un enfoque mixto (categórico-dimensional) de personalidad normal o patológica.

Es sobre esta trama conceptual y estructural que se instala el concepto de TP: un patrón persistente de experiencias internas y conductuales que se desvía marcadamente de las expectativas y normas socioculturales, legales y éticas establecidas y aceptadas por la comunidad circundante. Estas manifestaciones persistentes e inflexibles tienen un inicio más frecuente en la adolescencia o adultez temprana, llevan en buen número de casos a distrés, desadaptación o daño definido.^{5,14} Se acepta la existencia de varios tipos de TP basados en la combinación de una variedad de rasgos. La última edición del DSM incluye en su sección III (referida a entidades en necesidad de más investigación probatoria) una propuesta clara de modificación de la modalidad diagnóstica tradicional, abarcando aspectos funcionales, dimensiones y enfoques flexibles que contribuirán sin duda a una mejor clasificación y óptimo manejo de estos trastornos.¹

PERSPECTIVAS CULTURALES EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La ecuación personalidad-cultura ha sido y es materia de ingentes estudios de reflexión e investigación. Un punto fundamental en estas discusiones es el denominado “relativismo cultural”, reafirmación indispensable del proceso de “contextualización”,^{15,16} es decir, la aceptación y comprensión de circunstancias ambientales e

individuales (genéricamente llamadas “variables culturales”), que juegan un rol activo o pasivo, agravador o aligerante de la conducta humana. La apreciación del contexto cultural en la vida de cada persona es factor decisivo en la delineación del llamado estilo personal y en la construcción de las nociones de autoconcepto y autoimagen. Más aún, su vigencia determina la dicotomía egocentrismo-sociocentrismo como elemento diferencial de individuos y grupos en una sociedad o cultura determinadas.¹⁷

Es así como una objetiva evaluación de los factores culturales, que dan forma decisiva al escenario ambiental en el que se desenvuelve todo individuo, puede prevenir una temprana “patologización” de la conducta humana: lo que algunos pueden apresurarse a llamar “trastorno de personalidad” no puede ser sino un esfuerzo de adaptación a circunstancias sociales (por lo tanto, externas) poco favorables. Esto significa entonces que no todo esfuerzo de adaptación es exitoso. A su turno, los factores culturales pueden “reforzar” conductas que el medio social ya ha sancionado como “indeseables” y a las que ha empezado ya a aplicar la práctica condenatoria del estigma.¹⁸⁻²⁰

Etioopatogenia cultural

Se vislumbra así, en primer término, el impacto etioopatogénico de factores socioculturales en la forja de TP. Antes de identificarlos, sin embargo, es necesario descartar una suerte de pseudoetioopatogenia cultural de estos trastornos, determinada por malinterpretaciones de conductas y actitudes de una persona, por parte de un grupo circundante adverso, poco objetivo, sesgado y estigmatizante. Luego de este proceso, la labor del clínico es evaluar cuidadosamente cada uno de los siguientes aspectos generadores de actitudes y estilos de afronte que pueden desembocar en TP claramente diagnosticables:

- a. Prácticas o estilos de crianza. El estrecho contacto de todo ser humano con sus padres desde el nacimiento y, sobre todo, las características afectivas de tal proceso, en particular a lo largo de las etapas tempranas del ciclo vital,²¹ han sido temas persistentes de estudio, con hallazgos que han confirmado más o menos categóricamente su vigencia etioopatogénica.
- b. Costumbres y tradiciones de base familiar. Sientan muchas veces las bases de la conducta humana, particularmente en las esferas religiosa, moral y ética, así, abren el camino para ulteriores reafirmaciones (o negaciones, estas últimas de naturaleza obviamente conflictiva) en etapas posteriores de la vida del individuo.
- c. Factores económicos. Tanto pobreza como riqueza. La carencia de medios compatibles con una vida decente o llevadera, o el exceso de los mismos, que determinan disipación y abuso como elementos de conducta interpersonal, ejercen un rol etioopatogénico en TP, que siguen rutas diferentes pero a la larga son convergentes de violencia, crueldad, indiferencia, resentimiento, ostentación, oportunismo y otros rasgos de personalidad anormal.²²
- d. Proceso de aculturación. Suele aplicarse más a poblaciones migrantes que tienen que afrontar realidades nuevas en una sociedad-huésped no siempre acogedora o cordial.²³ No obstante, las ciencias sociales de la época moderna tienden a aceptar la noción de que aculturación se aplica a todo ser humano en todo tipo de medio, dado el acelerado cambio de la realidad global en función de logros tecnológicos, redes sociales, medios de información y acontecimientos de diverso orden, incluidos desastres naturales o cambios climáticos.²⁴ El impacto de procesos de aculturación en procesos de adaptación y sobrevivencia es realmente poderoso.
- e. Vínculo entre individuo y sociedad. No es siempre armonioso o cómodo. A eventuales divergencias dentro del ambiente familiar, se unen otras, menos sutiles, entre el grupo familiar y el entorno social (el barrio, la región, el país, el continente) y da lugar a lo que se conoce como posturas defensivas hacia normas societarias percibidas como impersonales, arbitrarias e injustas. El ejemplo

más dramático en este contexto es, sin duda, la vigencia del racismo como factor poderoso de interrelaciones sociales dramáticamente conflictivas. Racismo y conductas similares son tanto factor causal como consecuencia indeseable de trastornos de personalidad.

Impacto clínico de abordajes culturales

En el terreno clínico, el componente cultural es múltiple y variado. Puede jugar un papel preventivo sumamente valioso si el clínico utiliza su competencia cultural para interpretar, explicar y comprender conductas que, de otro modo, podrían ser consideradas patológicas²⁵ y, con ello, evitar etiquetamientos injustos y dañinos. Por otra parte, sin embargo, cultura puede ser un factor patogénico (como se ha visto en la sección precedente) cuyos alcances se extienden al rol causal o desencadenante de diversas condiciones que, asentadas en definidos TP, bien podrían ser consideradas entonces, comórbidas; se cuentan entre ellas, trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, trastornos ansiosos, cuadros somatomorfos, afectivos y hasta algunos de naturaleza psicótica. En tanto que factor patoplástico, cultura modula (o moldea) la expresión de formas sindrómicas, descripción de síntomas, contenido de delusiones o alucinaciones, nuevas entidades nosológicas como ludopatías, entre otras.²⁶

Alguna vez se consideró que procesos de base eminentemente cognitiva eran menos influenciados por factores culturales que los de naturaleza afectiva o puramente emocional. En décadas recientes, sin embargo, los conceptos de inteligencia emocional, primero, y social, después,²⁷ han dado lugar a una serie de debates en los que personalidad y sus trastornos aparecen fuertemente involucrados, particularmente en la naturaleza evolutiva del concepto: las conexiones entre rasgos de personalidad y la materialización de fenómenos grupales adscritos a actitudes, pronunciamientos, conductas y juicios se desenvuelven en el tiempo, de modo similar a las diversas fases del desarrollo de la personalidad individual. La noción de “personalidad grupal” responde a esta formulación.

Finalmente, no existe duda respecto al valor y significación de cultura como recurso diagnóstico. En este sentido, debe recordarse el valioso contenido cultural del DSM-5 que incluye la Entrevista para la Formulación Cultural (CFI, sigla en inglés), un instrumento que permite la evaluación de identidad, autopercepción, causalidad, explicaciones y reflexiones del paciente en torno a su sintomatología desde su singular perspectiva.^{28,29} Si a este enfoque se añade el uso del modelo alternativo de TP (también incluido en DSM-5, sección III)³⁰ y sus instrumentos de medición del “nivel de funcionalidad personal” y peso clínico de los síntomas detectados, la posibilidad y vigencia de un diagnóstico cultural de estos trastornos constituiría un punto de investigación indudablemente atractivo.

Evaluación clínica

Uno de los primeros elementos en la evaluación clínica de todo cuadro psicopatológico, con mayor énfasis en TP, es el de determinación de factores de riesgo y de protección, particularmente en las etapas formativas iniciales e intermedias de la personalidad.³¹ Es importante recordar que en no pocas ocasiones una misma fuente de factores puede entrañar riesgo o implementar protección. Es el caso de estilos de crianza, relaciones intrafamiliares, trayectoria educacional o formación religiosa que, si impuestos o cultivados de manera rígida o defectuosa pueden generar fenómenos definidos de predisposición y vulnerabilidad. Un factor nocivo en este terreno es, indudablemente, el de violencia, más aún violencia de género estimulada por una cultura que juzga a las mujeres como “víctimas naturales” de aquel proceso.³²

Por el contrario, si estos factores epigenéticos o puramente socioculturales proveen modelaje parental positivo, fomento adecuado de independencia y toma de decisiones y cultivo de destrezas sociales e interpersonales, los factores epigenéticos y socioculturales van a favorecer el desarrollo de personalidades normales, flexibles y adaptables a situaciones cambiantes o diversas en el futuro.

La introducción de un enfoque cultural en el proceso evaluativo de personalidad tiene otro beneficio fundamental: la “despatologización” de pronunciamientos, actitudes o conductas que, en un momento dado, pueden ser erróneamente consideradas como manifestaciones clínicas de TP.^{25,26} Estas malinterpretaciones se dan principalmente cuando corresponde juzgar creencias morales, factores religiosos, nivel y tipo de expresividad emocional o se ingresa en terrenos polémicos como edad, etnicidad y género. Es obvio que todo clínico debe estar alerta a sus propias reacciones ante la patología que se va desbrozando en la consulta: se han descrito, en efecto, formas sutiles de rechazo o de disgusto de profesionales enfrentados al diagnóstico de varios tipos de TP.³³

Un ejemplo típico de esta coyuntura es el de casos erróneamente diagnosticados como trastorno límite (o *borderline*) de personalidad (TLP). Puede tratarse de adultos jóvenes, particularmente mujeres, miembros de minorías étnicas, inmigrantes de zonas rurales o residentes de zonas suburbanas. Acuden a consulta, generalmente referidos por otros, con reportes de impulsividad, inestabilidad afectiva, gestos de autoagresividad o heteroagresividad, pasividad o impresionabilidad; por otro lado, la paciente muestra tendencias somatizantes, anda en busca de “novedades” o exhibe emociones diversas como indiferencia, ostentación, displicencia o posesividad.

El clínico bien puede concluir que se trata de un TLP (y el cuadro puramente descriptivo lo justificaría hasta cierto punto) si no se da a la tarea de ahondar en el impacto de experiencias vinculadas al proceso migratorio *per se*: estrés característico de tal proceso, esfuerzos intensos de adaptabilidad y autoafirmación frente a las exigencias y expectativas de la sociedad-huésped, aculturación a veces abrumadora y caótica, vigencia de tradiciones y ritos religiosos de la comunidad de origen, aspectos de forma y fondo en cuanto a relación con figuras de autoridad y temas aún no resueltos de identidad y aceptación. La subestimación de estos factores puede dar lugar a decisiones arbitrarias, ineficientes y hasta peligrosas en el proceso de tratamiento. Situaciones de esta naturaleza pueden darse en todos y cada uno de los TP conocidos.

ASPECTOS SOCIOCULTURALES DEL MANEJO DE TP

Una integración pragmática de psicoterapia (individual y de grupo) y manejo farmacológico constituye un primer principio general en el manejo de TP. El énfasis en el modelo de “manejo de caso” o *case management*³⁴ con un bien estructurado afronte multidisciplinario son otras condiciones previas al manejo sociocultural, propiamente dicho, de TP. Algunas de sus características fundamentales son un definido foco interpersonal, psicoeducación y activa participación familiar, dentro de un proceso de apertura y mejora continua de la comunicación.

Debe anotarse, asimismo, que los TP representan el tipo de psicopatología más sensible a maniobras estigmatizadoras como resultado de etiquetamiento o *labeling* tanto por parte de allegados y extraños, como del mismo profesional; paradójicamente, el no uso de etiquetas diagnósticas no necesariamente atenúa el estigma,^{31,35} en tanto que la descripción de dificultades conductuales (por parte del propio paciente o formuladas por el profesional hacia el paciente) parece mostrar menos posibilidades de resultar en juicios o predicciones negativas.³⁶

El tema de la competencia cultural del proveedor o profesional tratante es sumamente actual. La frase se refiere a familiaridad con y uso adecuado de factores o recursos culturales en pacientes en los que se sospecha el diagnóstico. Definida como un conjunto de conductas congruentes, destrezas o habilidades, la competencia (o fluidez) cultural permite la detección, comprensión y manejo de sesgos conceptuales y conductuales derivados del medio cultural del paciente. Combina la curiosidad, el respeto y el procesamiento efectivo de estos rasgos y posibilita la comunicación y la interacción efectiva y eficaz del terapeuta con propios y extraños.³⁷ Permite aceptación de las diferencias culturales entre el paciente y el profesional, una autoevaluación continua (utilidad y valor del “grupo de referencia”), atención a la dinámica de tales diferencias y la aplicación flexible de modelos de servicio que respondan a las necesidades de diversas poblaciones.³⁸

La competencia cultural hace posible la caracterización del rol de estatus socioeconómico de paciente y terapeuta en la sintomatología y en el núcleo del proceso terapéutico. Igualmente, contribuye a la detección y manejo adecuado de las complejas “emociones expresadas” como resultado de la dinámica del grupo familiar, por ejemplo, permite delinear los alcances del efecto placebo, fenómeno vigente en una variedad de afrontes psicoterapéuticos.³⁹⁻⁴¹

Se ha señalado que un afronte cultural efectivo puede prevenir diagnósticos equivocados de TP y permitir la aplicación más precisa de técnicas psicoterapéuticas en el manejo de las realidades intrapersonal y circundante del paciente. Por otro lado, existe un grupo de “psicoterapias culturales” que fluyen y se desarrollan dentro de realidades específicas de países o regiones.⁴² Se tiene, por ejemplo, la llamada terapia Morita, ideada por el psiquiatra japonés Shoma Morita⁴³ y basada en principios budistas que combinan reposo, meditación, terapia ocupacional, escritura de diarios personales y actividad física regulada. La “comprensión contextual” de las experiencias clínicas es componente esencial de esta psicoterapia cultural.

La “psicoterapia de dichos o refranes”, originada en grupos o comunidades hispanicas, utiliza estos recursos (frases o aforismos didácticos que contienen mensajes de apoyo, éticos o correctivos) en sesiones individuales o grupales que exploran diversas emociones normales y patológicas y contribuyen a un entendimiento racional y razonable de realidades que inducen ansiedad, depresión, problemas conductuales, entre otros.⁴⁴ Variantes de este afronte que lo hacen aplicable a otros grupos étnicos o socioculturales están dadas por técnicas de, por ejemplo, “relatos de cuentos” que constituyen el *compositum* de las llamadas terapias narrativas.⁴⁵

Finalmente, no debe olvidarse el rol de la resiliencia y su basamento sociocultural como factor preventivo en salud conductual.⁴⁶ Se habla incluso en esta época, de la llamada “personalidad resiliente”, portadora de un *self*

sólido, bien diferenciado e integrado, con rasgos que promueven relaciones interpersonales recíprocas y vigorosas y generan la capacidad de resistir o sobreponerse a eventos adversos, mantener serenidad, objetividad y buen juicio en la toma de decisiones.⁴⁷ En cierto modo, los rasgos de personalidad resiliente son precisa y casi diametralmente opuestos a los de TP; con base en esto, el cultivo de la resiliencia, como elemento terapéutico, responde a predisposiciones de tipo cultural hacia el reforzamiento de la llamada “fábrica social”,⁴⁸ en la que conexiones interpersonales constructivas, adquisición y cultivo de destrezas sociales y emocionales y un fomento activo de la autoestima con subsecuente minimización del impacto de experiencias traumáticas, contribuirán al establecimiento de sistemas de protección a personas de todo los grupos etarios.⁴⁹

CONCLUSIÓN

Si se considera a la cultura como una influencia parcial pero importante en el funcionamiento cotidiano de la persona, el conocimiento cultural es importante tanto para los profesionales como para los pacientes. En aquellos, la falta de información cultural puede inducir una medicalización prematura e inapropiada de rasgos de personalidad, al tiempo que, si factores culturales son confirmados como agentes etiopatogénicos de TP, los asistirá en un manejo integral y eficiente de este tipo de psicopatologías. En los pacientes, acentuará bases sólidas de identidad y estilos de afronte de realidades adversas, y los hará mejor dispuestos a un enfoque psicocultural objetivo y sólido.

No es exagerado afirmar, entonces, que los TP representan un producto del impacto negativo de factores socioculturales en el desarrollo del individuo, al igual que una oportunidad de utilización eficaz de otros factores, también socioculturales, que contribuyen a un manejo terapéutico exitoso y duradero. Este fenómeno típicamente interactivo refleja asimismo, los beneficios y los riesgos del multiculturalismo en el mundo actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Ed (DSM-5). Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing Co., 2013.
- World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th. Ed. (ICD-10) Section VI, Mental Disorders. Geneva: WHO, 1993.
- Kirmayer LJ. Fifty years of transcultural psychiatry. (Editorial). *Transcultural Psychiatry*. 2000;50(1):3-5.
- Jilek WG, Hollweg MG. Compendio de Psicopatología General y Transcultural. Santa Cruz de la Sierra: Ed. Universitaria, Universidad Autónoma Gabriel René Moreno; 2012.
- Oldham JM, Skodol AF, Bender DS. Textbook of Personality Disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005.
- Riveros Cruz MA, Ricoeur P, Levi P. Identidad narrativa y testimonio. Rosario: Universidad del Rosario, Facultad de Ciencias Humanas; 2011.
- Rojas Gomez M. Identidad cultural e integración. Bogotá, : Universidad de San Buenaventura; 2012.
- Whiting J. Socialization process and Personality. En: *Psychological Anthropology: Approaches to culture and personality*. (Hsu F, editor). Memorial: Dorsey Press, 1964.
- Delgado H. La Personalidad y el Carácter (5ª. ed.). Lima: Centro Editorial, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006.
- Steiner R, Bridgmont P, et al. The four temperaments. Hillside House, NY: Rudolf Steiner Press, 2012.
- Millon T. Theory of personality and its disorders. *Psychiatry*. 2003;7(2):91-95.
- Paulos AT. Recognizing people: Looking beyond the Façade. London, UK: Civilisation Books, 2012.
- Widiger TA. (Editor). The Oxford Handbook of the Five Factor Model of Personality. Oxford, U.K.: Oxford Handbooks Online, 2015. doi:10.1093/oxfordhb/9780199352487.013.23
- Lenzenweger MF, Clatkin JF (Eds.) Major theories of personality disorder (2nd. Ed.) New York, NY: Guilford Press, 2005.
- Inkeles A, Levenson H. National character: the study of modal personality. En: *Handbook of Social Psychology* (G. Lindzey, Editor). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1954.
- McHugh PR, Slavney PR. The perspectives of Psychiatry, 2nd. Ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1998.
- Bitterli U. Cultures in conflict (8th Ed.). Stanford, CA: Stanford University Press, 1989.
- Cervone D, Shoda Y (Eds.) The coherence of Personality: Social-cognitive bases of consistency, variability and organization. New York: Guilford Press, 1999.
- Mulder RT. Cultural aspects of personality disorder. En: Widiger TA. (Editor) *Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 260-274). Oxford, U.K.: Oxford university Press, 2012.
- Ahmedani BK. Mental Health stigma: Society, individuals and the profession. *J Soc Work Values Ethics*. 2011;8(2):1-16.
- Harkness S, Super CM. (Eds.) Parents' cultural belief systems. Their origins, expressions and consequences. New York: Guilford Press, 1996.
- Javier RA, Herron WG, Yanos PT. Urban poverty, ethnicity and personality development. *J Soc Distr Homeless*. 1995;4:219-235.
- Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M. Personality disorders and culture. Clinical and conceptual interactions. New York, NY: John Wiley & Sons, 1998.
- Chung H, Mahler JC, Kakuma T. Racial differences in treatment of psychiatric inpatients. *Psychiatric Serv*. 1995;46:586-591.
- Alarcón RD, Foulks EF, Westermayer J, Ruiz P. Clinical relevance of contemporary Cultural Psychiatry. *J Nerv Ment Dis*. 1999; 187:465-471.
- Alarcón RD. (Editor). *Cultural Psychiatry*. Basel: Karger, 2013.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: Theory, findings and implications. *Psychol Inquiry*. 2004;15: 197-215.
- Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L, et al. (Eds.) *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc., 2015.
- Kirmayer LJ. The future of Cultural Formulation. En: Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L, et al. (Eds.) *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*, pp. 267-285. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc., 2015.
- Skodol A. Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Curr Op Psychol*. 2017;21:334-38.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ. (Eds.) Reducing risks for mental disorders: Frontiers for Preventive Intervention research. Washington D.C.: National Academies Press, 1994.
- Sheehan L, Dubke R, Corrigan PW. The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression-related stigma. *Psychiatr Res*, online, June 2017 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.015>
- Knaak S, Modgill G, Patten SP. Key ingredients of anti-stigma programs for healthcare providers: A data synthesis of evaluative studies. *Can J Psychiatry*. 2014;59(Suppl. 10):19-26.
- De Noronha M. *Terapia Social*. Florianópolis, Brasil: Letras Contemporâneas, 2012.
- Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ*. 2016;50(3):300-310.
- Torgersen S. The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol*. 2009;50(6):634-632.
- Bhui K, Warfa N, Edonya P, et al. Cultural competence in mental health care: A review of model evaluations. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:15-21.
- Oquendo MA. Psychiatric evaluation and psychotherapy in the patient's second language. *Psychiatr Serv*. 1996;47:614-618.
- Aggarwal NK, Cedeño K, Guarnaccia P, et al. The meaning of cultural competence in mental health: An exploratory focus group study with patients, clinicians and administrators. *Springerplus* 2016;5:384-389.
- Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF. (Eds.) *Integrated Treatment for Personality Disorder. A modular approach*. New York: Guilford Press; 2016.
- Hooley JM. Expressed emotions and relapse in psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol*. 2007;5:119-139.
- Alarcón RD, Frank JB, Williams M. Cultural Dynamics in Psychotherapy and Cultural Psychotherapies. Ingredients, processes and outcomes. En: *The Psychotherapy of Hope. The legacy of Persuasion and Healing*. Alarcón RD, Frank JB Eds. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2012. pp. 281-309
- Kitanishi K., Mori A., Morita Therapy: 1919 to 1995. *Psych & Clin Neurosci*. 1995; 49: 245-254.
- Aviera A. "Dichos" therapy group: A therapeutic use of Spanish language with hospitalized Spanish-speaking psychiatric patients. *Cult Div Ment Health*. 1996;2:7:73-87.
- Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*, 2001;286:1897-1902.
- Narayanan A. The Resilient individual: A personality analysis. *J Ind Acad Appl Psychol*. 2008;34:110-118.
- Gracia D. *Construyendo valores*. Madrid: Edit Triacastela, 2013.
- Carvalho Juliano MC, Mattar Yunes MA. Reflections on the social support network as a mechanism for the protection and promotion of Resilience. *Ambiente Sociedade*. 2014;17(3): 135-154.
- Skodol AE. The resilient personality. En: *Handbook of Adult Resilience*. Reich JW, Zautra AJ, Hall JS, Eds. New York: Guilford Press; 2010. pp. 112-125.

Creatividad, arte y psicopatología en el mundo: la contribución peruana de Honorio Delgado

Creativity, art and psychopathology in the world: the peruvian contribution of Honorio Delgado

Renato D. Alarcón-Guzmán¹

RESUMEN

Existe abundante literatura acerca de las dimensiones psicopatológicas de la creatividad artística, incluyendo la identificación de cuadros clínicos declarados en grandes figuras de la historia de las artes, particularmente poetas, pintores y compositores. Las ciencias sociales han sido también fuente importante de bases teóricas y prácticas de investigaciones sobre el tema. Considerando Arte como componente intermedio entre Creatividad y Psicopatología, el presente trabajo examina aquellos aspectos y se centra en la entidad clínica más estudiada, la enfermedad bipolar y sus diversas expresiones sindrómicas. Se comentan las contribuciones más notables en este campo y se resaltan aspectos tales como semejanzas fenomenológicas entre estados creativos y manifestaciones críticas del cuadro. Finalmente, se examina la contribución peruana representada por los trabajos epistemológicos y de investigación de Honorio Delgado. Sobre la base de la evolución favorable de un paciente esquizofrénico con marcada vocación pictórica, Delgado alentó y estudió más de 130 de sus obras, proceso que culminó, luego de varias décadas, en una vida ordenada y productiva. Se requiere aportes nuevos que, a través de enfoques estéticos y clínicos, profundicen la comprensión de la creación artística como elemento diagnóstico y como recurso terapéutico alrededor del mundo.

PALABRAS CLAVE. Creatividad, Arte, Psicopatología, diagnóstico psiquiátrico, psicoterapia por el arte.

ABSTRACT

There is an abundant literature about the psychopathological dimensions of artistic creativity, including the identification of declared clinical entities among figures in the history of the arts, particularly poets, painters and composers. Social Sciences have also been important theoretical and practical bases of research on the topic. If Art is considered an intermediate component of the Creativity-Psychopathology equation, this article examines those aspects and focuses on Bipolar Disorder and its different syndromic expressions,

the most studied clinical entity. Comments are made on the most notable contributions, and aspects such as phenomenological similarities between creative states and critical manifestations of the clinical picture, are remarked. Finally, Peruvian contributions, represented by Honorio Delgado's epistemological and research work, are presented. On the basis of the favorable clinical course of a schizophrenic patient with strong painting vocation, Delgado encouraged and studied more than 130 of the patient's works, a process that, after several decades, culminated in a well-organized and productive life. New contributions are required on esthetic and clinical approaches that will deepen the understanding of artistic creativity as a diagnostic element and a therapeutic resource across the world.

KEYWORDS. Creativity, Art, Psychopathology, psychiatric diagnosis, art psychotherapy.

1. Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Profesor emérito de Psiquiatría, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

INTRODUCCIÓN

Los vínculos entre talentos creativos y una variedad de manifestaciones psicopatológicas han sido tema de numerosos enfoques desde diferentes perspectivas, a lo largo del tiempo. Desde el relato anecdótico hasta la indagación epidemiológica, pasando por recuentos autobiográficos, análisis psicológicos, reflexiones filosóficas, investigaciones históricas, estudios clínicos y correlatos neurobiológicos, el tema ha fascinado a estudiosos de diversas estirpes en el mundo.^{1,2} Creatividad es un término relativamente simple que describe un quehacer extremadamente complejo, particularmente cuando es examinado en el terreno artístico. Implica características poco usuales, originales y superiores en las obras o productos que genera; refleja entonces rasgos de personalidad o temperamento, cognición y emoción que bordean áreas distintas, cuando no exóticas de la conducta humana. Frases como “genio y locura” son parte del lenguaje popular en el análisis genérico de trabajos creativos.

No resulta pues extraño que exista una ingente literatura que explora las dimensiones psicopatológicas de la creatividad artística y, dentro de ellas, entidades clínicas concretas, reconocidas por cargas sintomáticas en las que la producción artística (pintura, música, literatura, escultura) es componente central. De hecho, grandes figuras en la historia de las artes han sido objeto específico de estudios psicopatológico-diagnósticos de muy alto valor.^{3,4} En tanto que los ejemplos así individualizados son altamente instructivos, no debe dejarse de lado estudios colectivos o grupales de pacientes hospitalizados o ambulatorios, con diversos diagnósticos, que utilizaron lienzos, pinceles, pianos o plumas para expresar emociones nucleares y profundas de su sufrimiento. A la elocuencia de estos hallazgos se suma, por otro lado, el valor terapéutico de la creatividad artística de pacientes psiquiátricos mediante un proceso de búsqueda que, con adecuada asistencia profesional, conduzca a una mejor comprensión de lo que son y de lo que pueden aspirar a ser.⁵

El propósito de esta sucinta revisión es entonces el examen del vínculo creatividad-arte-

psicopatología a través de conceptos teóricos de diverso fuste y, en particular, de reflexiones antropológico-clínicas que, en conjunto, permitan asumir una perspectiva integral del proceso y sus implicaciones. Nos trasladaremos luego a un breve análisis de arte psicopatológico en la entidad clínicas más estudiada en esta esfera: el trastorno bipolar, la clásica psicosis o enfermedad maniaco-depresiva magistralmente descrita por artífices de la historia de la psiquiatría en el mundo como Kraepelin, Jaspers, Ey o Schneider. Y luego de pasar una rápida revista a personajes de la historia del arte con patología afectiva reconocida, el artículo cierra con una visión de psicopatología y pintura de pacientes psiquiátricos en el Perú basada fundamentalmente en las investigaciones y contribuciones del Maestro Honorio Delgado, a punto de partida de su labor en el Hospital Víctor Larco Herrera y la pinacoteca que él creó y desarrolló⁶ inspirado por sus pacientes en varios pabellones del primer nosocomio psiquiátrico en nuestro país.

UN ESCENARIO INTEGRAL

Desde un punto de vista conceptual, la diada creatividad-psicopatología solo puede ser entendida mediante la aceptación plena del enfoque integral o multidimensional de salud y enfermedad, sancionado décadas atrás por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con los términos bio-psico-socio-cultural-espiritual de una declaración histórica.⁷ Obviamente complejo, este tipo de pronunciamiento es indispensable, sin embargo, porque va más allá de la distinción binaria genético-ambiental. Al paso de los años, el estudio moderno de la psicopatología enriqueció la perspectiva fenomenológico-descriptiva con la consideración de los llamados factores de riesgo y de protección, modalidad dinámica recogida más tarde en los términos de vulnerabilidad y resiliencia, respectivamente.⁸ El escenario se hace más complejo (pero no por ello menos claro) con crecientemente sólidas definiciones de conceptos clínicos centrales –afectividad, cognición y personalidad– entendidos como fuentes, repositorios e instrumentos gestores de creatividad.

Se sabe que el desarrollo evolutivo de todo ser humano tiene patrones comunes y generalmente bien definidos en cada fase del llamado ciclo vital.⁹ Lo que varía en cada individuo, sin embargo, es el número, naturaleza, severidad e impacto de las llamadas situaciones estresantes y su impacto físico y emocional. En tanto que el rol de la familia y otros factores socioambientales puede seguir postulados también comunes a un nivel general, las múltiples interacciones a lo largo del proceso de desarrollo configuran, en última instancia, el llamado estilo individual presente en los mecanismos de afronte interpersonal, expresividad afectiva y capacidades de cognición y decisión, una serie de rasgos que, con mayor o menor énfasis, configuran la manera de ser o identidad de cada persona.¹⁰ Si bien identidad puede tener conceptos de base en lo que se conoce como personalidad, temperamento y carácter,¹¹ existe acuerdo en que, en conjunto, este proceso de desarrollo contribuye a lo que clínicamente se denomina predisposición, sea a una perspectiva de vida saludable, a modalidades distintivas de inclinación vocacional, a percepción y manejo del ambiente y sus varios niveles de estrés o a variedades de enfermedad física o emocional.

Si cada ser humano es expresión singular y única de la combinación de numerosos factores, creatividad, en tanto que conjunción eminentemente humana de talentos y objetivos diversos, varía en cada uno y produce resultados también diversos en cuanto a áreas (ciencias, artes, capacidades cognitivas, imaginación) y calidad de sus productos. El debate de arte o ciencia como suprema expresión creativa es y será interminable y, por cierto, inspirador.

REFLEXIONES ANTROPOLÓGICO-CLÍNICAS

Para los efectos de este trabajo, consideraremos arte como un componente intermedio entre creatividad y psicopatología, aquella entendida como factor dinámico de productividad más o menos intensa y esta como una eventual ruta expresiva de tales productos. Las ciencias “sociales”, particularmente antropología y psicología describen imaginación e imágenes

como “presencia de lo ausente”¹² y sitúan a imágenes (o ficciones) como una suerte de inicio del trato interpersonal, una expresión simbólica representativa de la funcionalidad de la condición humana.¹³ Tal perspectiva hace del estudio y la percepción del arte (pintura, literatura y música en los ejemplos más frecuentes) un intento, pionero y transparente, de comprender las necesidades e intenciones de otros (en este caso, los pacientes) y de ser percibido o aceptado por otros.

Hay más. Creatividad es descrita como un intento o intentos de liberación de las opresiones (auténticas o percibidas) de la realidad y las imágenes (gráficas, musicales o escritas) que ella produce, como un intento y una oferta de comunicación.¹⁴ Esta es la base de lo dicho anteriormente: el arte y sus productos pueden ser también una forma de terapia, ya felizmente consagrada a lo largo de tiempos y geografías,¹⁵ un puente de contacto interhumano que debe ser reconocido, promovido y continuamente mejorado en lo que tiene de instrumento de apertura de rutas hacia experiencias ocultas o sumergidas y de apreciación de significados y alternativas que ponen distancia entre angustia, incertidumbre o sufrimiento *vis-a-vis* esperanza, autoexploración y autorrealización.¹⁶

Es por estas razones que cuando se estudia la ecuación creatividad-arte-psicopatología (CAP) un punto de partida de alto valor didáctico ha sido el estudio correlativo de vida y obra, biografía y productividad de artistas que arribaron a la cúspide de realizaciones creativas (poetas, compositores, escritores, pintores, escultores), en medio de la experiencia clínica de diversos cuadros, principalmente trastornos afectivos (enfermedad bipolar, depresión), psicosis (particularmente, esquizofrenia) o trastornos de personalidad.¹⁷⁻¹⁹

Este enfoque no postula una cadena etiopatogénica de carácter absolutista en un sentido u otro: es decir, no todo paciente bipolar es un pintor calificado o un escritor magistral ni todo gran compositor o poeta lleva consigo un diagnóstico psiquiátrico de base.

BIPOLARIDAD Y CREATIVIDAD

Lo dicho. Se ha comprobado que cultores consagrados de diferentes campos artísticos han mostrado, al lado de su producción creativa, manifestaciones claras de diferentes entidades o conglomerados psicopatológicos. Un buen número de aquellos han sufrido de una variedad de entidades diagnósticas, en particular cuadros del hoy llamado espectro bipolar (episodios depresivos y/o maníacos muchos de ellos alcanzando dimensiones psicóticas).¹⁷⁻²¹ En los siglos XVIII y XIX, el tema fue explorado principalmente desde perspectivas histórico-biográficas. Durante la primera mitad del siglo XX, las contribuciones fundamentales son de carácter clínico. Trabajos más recientes y completos han agregado consistentes enfoques epidemiológicos y valiosas caracterizaciones clínicas y neurobiológicas. Rushton,²² en 1990, puso de relieve la significativa correlación entre creatividad, inteligencia y psicoticismo. Batey y Furham encontraron mayores y mejores niveles de creatividad en individuos esquizotípicos comparados con pacientes esquizofrénicos y aún con sujetos normales.²³ Varios estudios han precisado una relación “neuropsiquiátrica” entre esquizotipia e hipomanía²⁴ y su conexión con creatividad artística.

En el área afectiva, la relación entre ánimo y actividad cognitiva varía en función del tipo, positivo o negativo, de aquel: un afecto positivo posibilita una mayor disponibilidad y flexibilidad de uso de material cognitivo pero también una atención menos focalizada, en tanto que el afecto negativo genera resultados aún más controvertidos.^{25,26} Andreasen²⁷ encontró en el 80 % de una muestra de escritores encuestados en Iowa, evidencia de un trastorno afectivo y, más precisamente, 43% con el diagnóstico de trastorno bipolar y 30 % de alcoholismo. Por su lado, Vellante y col.²⁸ evaluaron a 152 estudiantes universitarios de pregrado, matriculados en cursos de creatividad artística; comparados con grupos control, los probandos presentaron puntajes más altos en subescalas de ciclotimia, hipertimia e irritabilidad y el “riesgo bipolar” fue mayor en función del involucramiento en actividades creativas que en logros creativos *per se*.

Akiskal y Akiskal²⁹ entrevistaron a 20 escritores, pintores, poetas y escultores europeos galardonados: dos tercios reportaron historia de tendencias ciclotímicas o hipomaniacas recurrentes y 50 %, historia de Episodio Depresivo Mayor; los mismos autores informaron posteriormente de hallazgos similares en músicos y compositores de jazz, evaluados en Memphis, Tennessee y en otros artistas y profesionales en diferentes ciudades.³⁰

Dentro de los investigadores que han dedicado sus mayores esfuerzos al deslinde de esta correlación está sin duda, Kay Redfield Jamison, quien, en dos libros y numerosas otras publicaciones, ha contribuido notablemente al reconocimiento histórico, clínico, existencial y hasta filosófico del tema. Uno de sus libros³¹ es el relato claro y objetivo de su propia experiencia con el diagnóstico de enfermedad bipolar y el otro,³ una laboriosa y completa revisión de la biografía, historia, reflexiones y logros de figuras consagradas en el mundo de las artes y de las letras, muy probablemente portadoras de diagnósticos como ciclotimia, enfermedad bipolar o depresión mayor. En otro de sus estudios, con 47 escritores y artistas británicos,³² 38 % recibieron tratamiento por trastornos del ánimo y 75%, antidepresivos o litio.

Un primer componente del vínculo entre creatividad y bipolaridad es la semejanza fenomenológica entre estados o procesos creativos y algunas manifestaciones críticas del cuadro clínico. El llamado temperamento artístico tiene numerosos puntos de contacto con la psicología descriptiva del cuadro bipolar, i.e. fluidez, rapidez y flexibilidad cognitiva, habilidad de combinar ideas o categorías del pensamiento, forjando conexiones nuevas y originales (imaginación, inspiración o fantasía).³³ Por otro lado, creatividad e inspiración entrañan incursiones en áreas “prerracionales” o “irracionales” y personas creativas y pacientes bipolares presentan también “arranques” o “explosiones” de energía, entusiasmo, verbosidad y actividad incesante que les permiten hacer o culminar tareas en tiempos relativamente breves; estas son también expresiones “temperamentales” asociadas al quehacer artístico.³⁴

Finalmente, se han identificado también rasgos “anormales” de personalidad en el paciente bipolar, es decir factores clínicos comórbidos cuyo rol en el proceso creativo es materia de discusión. Por ejemplo, rasgos narcisistas, limítrofes (o *borderline*) y hasta antisociales o psicopáticos que contribuyen a dar forma al cuadro bipolar.^{14,18,35-37} egocentrismo, exhibicionismo, manipulación, hipercontrolismo, explosividad, agresividad, arrogancia, inestabilidad, protagonismo o búsqueda intensa de poder, éxito o admiración, rasgos todos asociados además a una marcada tendencia al abuso de sustancias.³⁸

LA CONTRIBUCIÓN PERUANA: HONORIO DELGADO

El reconocimiento global de estos vínculos clínico-artísticos es evidente. Hospitales psiquiátricos u otros escenarios clínicos a lo largo del mundo albergan museos o pinacotecas con obras pictóricas de exclusiva autoría de pacientes. En muchas ciudades del mundo, museos o centros de exposición artística poseen secciones o galerías de obras de pacientes mentales. Exposiciones viajeras o presentaciones y discusiones en congresos científicos internacionales contribuyen al crecimiento de un terreno importantísimo de estudio e investigación que, bajo el rubro de Psicopatología de la Expresión reafirma la trascendencia del arte como producto creativo y de la psicopatología como disciplina depositaria de alta expresividad artística.^{39,40}

Dentro de los muchos testimonios de esta línea de indagación, se cuenta la llamada Colección Iconográfica Internacional, que contiene abundantes obras pictóricas de pacientes mentales, escogida y debidamente analizada por doce clínicos/investigadores de talla mundial, entre 1964 y 1975.⁴¹ La mayoría de participantes son europeos, hay una de Estados Unidos, uno de Australia, dos autores hispanohablantes Gonzalo Lafora, de Madrid, y el único latinoamericano, el maestro Honorio Delgado.

Bajo el subtítulo La estética, en el capítulo sobre Nicolai Hartmann y el reino del espíritu de su magna obra De la cultura y sus artífices,⁴² Delgado

resume sus ideas acerca del arte en general y de la pintura, en particular. Desde su punto de vista, nos dice, el artista, el pintor “descubre lo que no aparece a la mirada vulgar, desentrañando, seleccionando, subrayando y hasta magnificando los elementos fisonómicos, si se toma este término en su más amplia significación. En general, el artista opera una efectiva desrealización del mundo en la medida que lo irreal transparece en lo real. Su principio rector es lograr que se revelen en la obra los valores que constituyen la causa final de su espíritu creador”.

El trasfondo del contenido pictórico o escultórico, escribe Delgado, “se resuelve en una serie de planos sucesivos e intercalados, todos igualmente irreales y estéticos: en la profundidad del último aparecen las ideas, no de manera inmediata, sino por conducto de otras etapas del escalonamiento..... En la imaginación del artista, el plano profundo es concebido antes que el superficial”. En una pintura, el primer plano es la superficie real de la tela o el papel “con las manchas de color y con el marco”, seguidos por “la espacialidad tridimensional, las cosas y la luz”; como tercer plano “el movimiento en sus transiciones y en las actitudes de los cuerpos” y luego “el plano de la vida de las figuras fuertemente apoyada en los colores ‘vivos’”. Recién, “en quinto lugar, con la vida vigorosa de las figuras humanas emerge la intimidad de lo anímico (y) solo en raros casos se logra, en un sexto plano, la revelación de lo individual, el espíritu, el carácter y el destino personales; finalmente, al fondo puede aparecer la diversidad de lo genérico ideal, sea como acierto original, sea como tema convencional o fábula preconcebida”.

No cabe pues duda alguna respecto a la total coherencia entre el pensamiento de Delgado respecto a estos temas y su labor de varias décadas, concretamente, en el Hospital Víctor Larco Herrera, donde contó con el apoyo de figuras como Juan Francisco Valega.^{43,44} y de los discípulos a los que formó y fueron la base y la vanguardia de la Escuela Psiquiátrica Peruana.⁴⁵ En el campo de Arte y Psicopatología, la idea original y las etapas subsiguientes en la creación y funciones de la Pinacoteca del Hospital (constituida fundamentalmente por pinturas,

diseños, esculturas y piezas cerámicas concebidas y hechas por pacientes) son testimonio claro de su visión de avanzada. La Colección Iconográfica Internacional mencionada arriba,⁴¹ incluyó la obra de un paciente de Delgado con comentarios y opiniones pertinentes del maestro.

UN PINTOR ESQUIZOFRÉNICO: EVOLUCIÓN FAVORABLE

Paciente varón de 27 años a su ingreso al Hospital en 1926, uno de 14 hijos de un matrimonio entre primos hermanos, con abundante historia familiar, descrito desde pequeño como reservado, apático, tímido y silencioso, mostró en el examen clínico inicial negativismo, gesticulaciones, alucinaciones auditivas y visuales, delusiones paranoides (i.e., temor a ser envenenado) y clara tendencia al aislamiento, rechazo a los alimentos y clara pérdida de peso. Los informantes señalaron que desde muy joven el paciente había mostrado una decidida vocación por la pintura; de hecho, a los 24 años viajó a Italia para cultivar su interés pero retornó desalentado menos de tres años después. En el curso de actividades psicoeducativas grupales y biblioterapia, recibió especial estimulación de orden artístico pero mostró, primero, rechazo e incapacidad, y después dificultad para producir obras, hasta 1934. A partir de entonces, produjo 132 obras, 61 de las cuales fueron óleos, la mayoría de alto valor artístico. La influencia terapéutica del cultivo del arte en el curso de los siguientes 13 años fue evidente, su nivel de sociabilidad aumentó significativamente. Fue dado de alta en 1946, instaló un taller artístico, ayudó económicamente a su familia y mostró plena readaptación.

Los comentarios de Honorio Delgado en relación a las 12 pinturas incluidas en la colección son claros y concretos. Menciona la preferencia del paciente por representar rostros femeninos en los que se percibe ambigüedad o ambivalencia de la expresión, sonrisas extrañas, imprecisión de límites y cierta tendencia a la obscuridad. En un número de paisajes reconoció a veces la influencia de pseudopercepciones y delusiones en interrupciones o escenas inconclusas. Estos incidentes fueron gradualmente cediendo paso

a paisajes campestres y marinos más claros y mejor estructurados, con mejor explicitación de imaginación fecunda, mentalidad creadora y creciente alegría y optimismo. Una de las pinturas más vigorosas representa la carga de Don Quijote al rebaño de carneros; durante su elaboración inicial, el paciente protegió su autonomía personal como artista pero, con la evolución favorable de su estado clínico, escuchó sugerencias para mejorarla.

La evolución clínica favorable, a partir de 1933 representa “el triunfo creciente de las disposiciones de la mentalidad sana y creadora sobre la patológica. En su curso va ampliándose el contacto con la realidad y unificándose el yo con el contenido de la conciencia, contenido que es cada vez más sensato, con creciente vigor de las categorías”. Y además de una reafirmación de la altura artística así lograda, “el aspecto psiquiátrico se caracteriza por la consolidación de la telesis, desapareciendo los síntomas residuales y haciéndose definitivo el ajuste –con apreciable soltura– a la vida activa y productiva”.⁴⁵

DISCUSIÓN

La realidad del paciente mental que hace del arte instrumento de sus vivencias, expresión de sus síntomas y preludio sublimador de sus anhelos, contiene la carga estética de su contacto con el mundo y la carga psicológica y ética de sus emociones, conductas, valores y aspiraciones. El trinomio afectividad-cognición-personalidad da sustento a las experiencias de creatividad-arte-psicopatología, la ecuación original.

Esta ecuación ha sido y es tema central en investigaciones neuropsicológicas y neurobiológicas contemporáneas. La perspectiva neuropsicológica proporciona bases conceptuales, enfoques psicométricos, correlatos psicosociales y soporte instrumental⁴⁶⁻⁴⁸ a mediciones que el enfoque neurobiológico conduce en diversas regiones cerebrales. En el momento actual, este último se centra preferentemente en el lóbulo frontal (elemento crítico de la llamada “innovación creativa”) y en sus conexiones polimodales y supramodales con los lóbulos temporal y parietal (“almacenes” de conceptos y conocimiento)

que inhiben y activan selectivamente porciones del neocórtex posterior (incluido el cerebelo), un proceso importante en el desarrollo de las llamadas “soluciones alternativas” a dificultades emocionales, cognitivas, conductuales o creativas.⁴⁹⁻⁵¹

¿Se ha estudiado el fenómeno CAP en el Perú? La pregunta entraña, en primer término, el tema histórico, es decir un afronte completo y sistemático de biografías, referencias, anécdotas o semileendas de figuras de la cultura y el arte en el país que generen hipótesis o explicaciones de índole psicopatológica. Y en segundo, enfoques epidemiológicos, clínicos y, ¿por qué no?, neurocientíficos de poblaciones hospitalarias o ambulatorias de pacientes psiquiátricos con mayor o menor inclinación a artes como pintura, música, escultura, cerámica, poesía, literatura, etc.

La respuesta, en ambos casos, puede ser mixta. La primera pregunta puede zanjarse con la mención de reportes aislados aun cuando no por ello carentes de valor. El personaje sobre el cual se ha escrito más, en este sentido, es José María Arguedas,⁵²⁻⁵⁴ portador de un posible diagnóstico de bipolaridad reflejado en el ritmo y contenido de sus obras. Son conocidos el episodio de su emotiva reacción ante críticas públicas de intelectuales peruanos y latinoamericanos a *Todas las sangres*, (novela escrita en escasos seis meses), su trabajo más intenso en torno al mestizaje en nuestra patria y en el continente, y su dramático suicidio en el campus de la universidad donde ejercía la docencia. Hay libros y reportes periodísticos sugerentes^{55,56} pero no trabajos de investigación académica sobre arte y psicopatología en la vida y obra de figuras como Mariano Melgar, César Vallejo, Abraham Valdelomar, Martín Adán, Alfonso de Silva, Alberto Hidalgo, Luis Hernández y muchos otros. Menos aún, estudios sistemáticos de literatos, poetas, pintores, escultores o compositores peruanos que conduzcan a confirmaciones o desmentidos de hallazgos en otros países, regiones o continentes.

El tono de una respuesta a la segunda pregunta es también, desafortunadamente, negativo. No se ha estudiado, desde perspectivas diagnósticas

clínico-epidemiológicas o terapéutico-preventivas, series o poblaciones de pacientes peruanos cuya psicopatología exhiba elementos persuasivos de arte creativo o creatividad artística. Puede decirse que los aportes de Hermilio Valdizán,⁵⁷ Carlos Gutiérrez-Noriega,^{58,59} Jiménez Borja⁶⁰ y los de Honorio Delgado, citados arriba,^{42,43,45} constituyen valiosos basamentos históricos de trabajos aún pendientes en manos de clínicos e investigadores de las generaciones jóvenes.

CONCLUSIONES

Creatividad, arte y psicopatología (CAP) son componentes de un escenario integral en el que elementos afectivos, cognitivos y conductuales interactúan para producir tanto los talentos y disposiciones requeridos por el quehacer artístico, como niveles de perturbación mental que conducen a entidades diagnosticables por la clínica y la nosología. En tanto que tema de estudio de las ciencias sociales, clínicas y neurobiológicas, la ecuación CAP se constituye en ruta de entrada al significado individual, social y comunicacional de la creación artística y a una caracterización más completa de entidades como trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de personalidad y depresión.

El amplio escenario del arte psicopatológico, es decir obras (en particular, pinturas) elaboradas por pacientes mentales agrupadas, por ejemplo, en la Colección Iconográfica Internacional, permite apreciar multitud de facetas a través de enfoques estéticos y clínicos evaluados en términos de profundidad y significado: de lo superficial o meramente descriptivo a lo subjetivamente motivacional o íntimo del creador.

La presencia peruana al estudio universal del fenómeno puede ser relativamente pequeña pero su significado es profundo. Con las contribuciones y estudios de figuras como Honorio Delgado se han dado pasos efectivos en una ruta que requiere aportes de las generaciones jóvenes de estudiosos e investigadores. Delgado ha añadido elementos filosófico-existenciales a la apreciación estética y ha utilizado pioneramente a la creación artística como elemento psicopatológico y diagnóstico, y como recurso terapéutico, ético y heurístico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gabora L. The origin and evolution of Culture and Creativity. *J Memetics, Evolutionary Models of Information Transmission*. 1. 1997; <http://cogprints.org/794/1/oec.html>
- Mumford MD. Where have we been, where are we going? Taking stock in creativity research. *Creat Res J*. 2003;15:107-120.
- Jamison KR. Touched with fire. Manic-Depressive illness and the artistic temperament. New York: The Free Press; 1993.
- Brown JF. (Comp.) The gift of depression. Koloa: Inspire Hope Publishing Corp., 2001.
- Gedo M. Looking at Art from the empathic viewpoint. En: *On Empathy*, J. Lichtenberg (Ed.). Hillsdale: Erlbaum Press; 1983.
- Alarcón RD. Creatividad, Arte y Psicopatología: Reflexiones desde el Perú hacia el mundo. *Rev U Ricardo Palma* (en prensa), 2018.
- Sartorius N. The meanings of Health and its promotion. *Croat Med J*. 2006;47(4):662-664.
- Luthar SS. (Ed.) Resilience and vulnerability. New York: Cambridge University Press; 2003.
- Buss D (Ed.) The Evolutionary Psychology Handbook, 2nd ed., Vol. 2: Integrations. New York: John Wiley & Sons; 2015.
- Izenberg G. Identity. The necessity of a modern idea. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016.
- Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M. Personality Disorders and culture. Clinical and conceptual interactions. New York: John Wiley & Sons; 1998.
- Kozbelt A, Beghetto RA, Runco MA. Theories on Creativity. En: *The Cambridge Handbook of Creativity* (Kaufman JC, Sternberg RJ, Eds.). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.
- Gedo JE. Portraits of the artist. New York: The Guilford Press; 1983.
- Kellner D (Ed.) Art and liberation. Collected papers of Herbert Marcuse, Vol. 4. New York: Routledge; 2004.
- Powers R. No one cares about crazy people. The chaos and heartbreak of mental health in America. New York: Hachette Books; 2017.
- Seguín CA. Psicoterapia. Lima: Colegio de Psicólogos del Perú; 2007.
- Chaucer G. The Parson's Tale. London: Tumbler House; 2011.
- Winnicott DW. The location of cultural experience. *Int J Psychoanal*. 1967;45:450-455.
- Andreasen NC. The relationship between creativity and mood disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10:251-255.
- Cropley DH, Cropley AJ, Kaufman JC, et al. (Eds.) The dark side of Creativity. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2010.
- Climent CE. La locura lúcida. Antisociales, narcisistas y borderline. Bogotá: Panamericana Editorial; 2014.
- Rushton JP. Creativity, intelligence and psychoticism. *Pers Individ Differences*. 1990;11:1291-1298.
- Batey M, Furnham A. The relationship between measures of creativity and schizotypy. *Pers Individ Differ*. 2008;45:816-821.
- Furnham A, Batey M, Anand K, Manfield J. Personality, hypomania, intelligence and creativity. *Pers Individ Differ*. 2008;44:1060-1069.
- Isen AM, Daubman KA, Nowicki GP. Positive affect facilitates creative problem solving. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52:1122-1131.
- Ludwig AM. Creative achievement and psychopathology: comparison among professions. *Am J Psychother*. 1992;46:330-356.
- Andreasen NC. Creativity and mental illness: prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry*. 1987;144:1288-1292.
- Vellante M, Zucca G, Preti A, Sisti D, Rocchi MBL, Akiskal KK, Akiskal HS. Creativity and affective temperaments in non-clinical professional artists: An empirical psychometric investigation. *J Affect Dis*. 2011;135:28-36.
- Akiskal HS, Akiskal KK. Reassessing the prevalence of bipolar disorders: clinical significance and artistic creativity. *Psychiatr Psychobiol*. 1988;3:29-36.
- Akiskal HS, Akiskal KK. TEMPS: Temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *J Affect Disord*. (Special issue). 2005;85:1-242
- Jamison KR. An unquiet mind: A memoir of moods and madness. New York: Vintage, 1997.
- Jamison KR. Mood disorder and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*. 1989;52:125-134.
- Slater E, Roth M. (Eds.) *Clinical Psychiatry* (3rd. ed.). Baltimore, : Williams and Wilkins; 1969. p. 206-207.
- Akiskal HS, Akiskal KK. Bipolar disorder. The genius-insanity debate: focus on bipolarity, temperament, creativity and leadership. Singapore: Wiley Blackwell; 2010.
- Baas M, De Creu CKW, Nijstad B. A meta-analysis of 25 years of mood-creativity research: hedonic tone, activation or regulatory focus? *Psychol Bull*. 2008;134:779-806.
- Kyaga S, Lichtenstein P, Boman M, Hultman C, Langstrom N, Landen M. Creativity and mental disorder: Family study of 300,000 people with severe mental disorder. *Brit J Psychiatry*. 2011;199(5):373-379.
- Feist G.J. A meta-analysis of personality in scientific and artistic creativity. *Pers Soc Psychol Rev*. 1998;2:290-309.
- Santora PB, Dowell ML, Henningfield JE. Addiction and Art. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2010.
- Phelps EA, Sharot T. How (and why) emotion enhances subjective sense of recollection. *Curr Dir Psychol Sci*. 2008;17:147-152.
- Flaherty AW. The Midnight Disease: The drive to write, writer's block and the Creative Brain. New York: Houghton Mifflin 2004.
- Sandoz Labs. Psicopatología de la Expresión. Una Colección Iconográfica Internacional. Ginebra; 1976.
- Delgado H. De la Cultura y sus artifices. Madrid: Aguilar; 1961.
- Mariátegui J. Honorio Delgado, Magister Honorabilis. Lima: Editorial Minerva Miraflores, 1990.
- Mariátegui J. Juan Francisco Valega. Una presencia vital. *Rev Neuropsiquiatr*. 1984;47:112-121.
- Alarcón RD. La Escuela Psiquiátrica Peruana: Leyenda, Historia y Vigencia. Conferencia, Symposium on Masters of Latin American Psychiatry, 15th. World Psychiatric Association Congress, Buenos Aires, Argentina, 21 agosto, 2011.
- Bridewell W, Gabora L, Kirsh D, et al. Creative Cognition. *Proc Ann Meet Cognit Sci Soc*. 2014;36:6-23.
- Riley S, Gabora L. Evidence that threatening situations enhance creativity. *Proc 34th. Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, (pp.2234-2239), Houston, TX, 2012.
- Karimi L, Ramezani V, Ahmadi M, Heshmati R, Jafar E. Psychometric properties of Torrance test of creative thinking (A form). *Proc Soc Behav Sci*. 2010;5:1429-1433.
- Flaherty AW. Frontotemporal and dopaminergic control of idea generation and creative drive. *J Compar Neurol*. 2005;493(1):147-153.
- Vandervort L, Schimpf P, Liu H. How working memory and the cerebellum collaborate to produce creativity and innovation. *Creativity Res J*. 2007;19(1):1-19.
- Strakowski S.M. (Ed.) The bipolar brain. Integrating Neuroimaging and Genetics. Oxford, UK: Oxford University Press, 2012.
- Mariátegui J. Arguedas o la agonía del mundo andino. *Psicopatología* (Madrid). 1995;15:91-102.
- Alarcón RD. La identidad mestiza de la Psiquiatría Latinoamericana en la agonía de José María Arguedas. *Arch Psiquiatría* (Madrid). 2001;64:197-218.
- Stucchi, S. Depresión y creatividad literaria. A cien años del nacimiento de José M. Arguedas. *Rev Neuropsiquiatr*. 2011;73:209-212.
- Corcuera A. Vida cantada/Memorias de un olvidadizo. Lima: La Mula División Editorial; 2017.
- Jáuregui E. Maldito e iluminado. *Caretas* (Lima), Febrero 1, 2018, pp. 46-47.
- Mariátegui J. Hermilio Valdizán. El proyecto de una psiquiatría peruana. Lima: Editorial Minerva Miraflores; 1981.
- Gutiérrez-Noriega C. El pensamiento mágico en las culturas del antiguo Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 1939;2:426-462.
- Gutiérrez-Noriega C. Significado de los dibujos en la historia de un esquizofrénico. *Rev Neuropsiquiatr*. 1940;3:355-392.
- Jiménez Borja A. Historia e iconografía de un esquizofrénico. *Rev Neuropsiquiatr*. 1939;2:228-245.

Insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú: estudio introductorio

Insulin therapy for schizophrenia in Peru: an introductory study

Jeff Huarcaya-Victoria¹

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Usualmente se tiende a considerar que los antiguos tratamientos psiquiátricos fueron “poco científicos”, “inhumanos” y “basados en el control de una clase dominante”, constituyendo solo un escalón necesario de superar para llegar al estado actual de la moderna psicofarmacología. Sin embargo, esta visión resulta históricamente sesgada.

OBJETIVO. Contextualizar adecuadamente el trabajo de Honorio Delgado que presentamos luego de este artículo. **MÉTODO.** Se llevó a cabo un análisis historiográfico social y clínico bajo el cual se practicó la insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú. **CONCLUSIONES.** Bajo la constante presión social del hacinamiento de pacientes en los asilos, los psiquiatras aceptaron nuevas formas de tratamiento, no solo por su efectividad “real”, sino también por ser “socialmente eficaces”. La insulinoterapia le permitió al psiquiatra redefinir su propia imagen, pudiendo acercarse más a las demás especialidades médicas y dejar de custodiar solo la conducta de los pacientes. Por varias décadas fue el tratamiento de elección para la esquizofrenia, conviviendo por cerca de dos décadas con la clorpromazina. El declive en su uso pareció obedecer más a causas sociales que científicas.

PALABRAS CLAVE. Insulina; Psiquiatría; Esquizofrenia; Tratamiento; Perú

29

SUMMARY

INTRODUCTION. It is relatively common to consider the old psychiatric treatments as “unscientific”, “inhuman” and “based on the control of a dominant class”, constituting only a necessary step to overcome to reach the current state of modern psychopharmacology. However, this view is historically biased. **OBJECTIVE.** Contextualize adequately the work of Honorio Delgado that we present after this article. **METHOD.** A social and

clinical historiographic analysis was carried out under which insulin therapy was practiced for schizophrenia in Peru. **CONCLUSIONS.** Under the constant social pressure of the overcrowding of patients in the asylums, psychiatrists accepted new forms of treatment, not only for their “real effectiveness”, but also for being “socially effective”. The insulin therapy allowed the psychiatrist to redefine his own image, being able to get closer to the other medical specialties and stop guarding only the behavior of the patients. For several decades it was the treatment of choice for schizophrenia, coexisting for about two decades with chlorpromazine. The decline in its use seemed to obey more social causes than scientific.

KEYWORDS Insulin; Psychiatry; Schizophrenia; Treatment; Peru (source: MeSH NLM).

1. Médico psiquiatra. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina, Centro de Investigación en Salud Pública. Lima, Perú Departamento de Psiquiatría, Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Saenz”, Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

La historiografía de los tratamientos biológicos en psiquiatría no es tan sencilla como a primera vista pudiera parecer. No se trata simplemente de mencionar el “hecho histórico” de que tal investigador realizó por primera vez un determinado tratamiento. Debemos tener en cuenta que además de estos “hechos históricos” (que en algunas ocasiones son incorrectos), es necesario examinar la naturaleza y el origen de las necesidades sociales y morales que llevaron a realizar un tratamiento, además de contar la historia interna, es decir, la garantía científica que sustentó dicho tratamiento.¹

Existen hasta dos formas de realizar una historiografía de los tratamientos psiquiátricos: a) siguiendo un modelo tradicional, según el cual cada hito en la terapéutica psiquiátrica (eventos) pueden ser ordenados de manera ascendente, desde un pasado poco científico hasta la moderna y refinada psicofarmacología; y b) siguiendo un modelo social, según el cual, cada tratamiento psiquiátrico es una forma de respuesta social y cultural a una serie de conductas que consideramos anormales, de tal forma que, si cambia el contexto social y cultural, ya sea de forma abrupta o progresiva, cambiarían también la forma en que tratamos a los trastornados mentales (Figura 1).

Si analizamos solo los “eventos” de forma descontextualizada, mencionaríamos que Honorio

Delgado fue quien introdujo los primeros tratamientos biológicos para la esquizofrenia en el Perú. Sin embargo, esto parece ser insuficiente si queremos llevar a cabo un análisis de los factores sociales y económicos externos que también participan en el “éxito” de un tratamiento.² Este artículo tiene como objetivo delimitar el contexto social y científico bajo el cual se introdujo y aplicó la insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú con el fin de servir de introducción para poder entender el trabajo de Delgado que presentamos luego de este artículo. Para esto, se revisaron los registros históricos (clínicos e institucionales) en los cuales se menciona a la insulinoterapia.

ANTECEDENTES SOCIALES Y CLÍNICOS

Durante el siglo XIX, el excesivo ímpetu de institucionalización condujo a un progresivo optimismo terapéutico bajo la égida del paternalismo.³ El asilo mental o manicomio comenzó a ser visto como la solución al problema de los enfermos mentales. Sin embargo, este optimismo inicial pronto se transformó en pesimismo, ya que para finales del siglo XIX los índices de pacientes dados de alta de los manicomios no eran los que se esperaban.

Para la década de 1930, la principal labor de los psiquiatras era la de cuidar a los enfermos mentales, para los cuales en muchos casos no había un tratamiento efectivo.⁴ Como bien señaló James: “Una vez que un paciente había

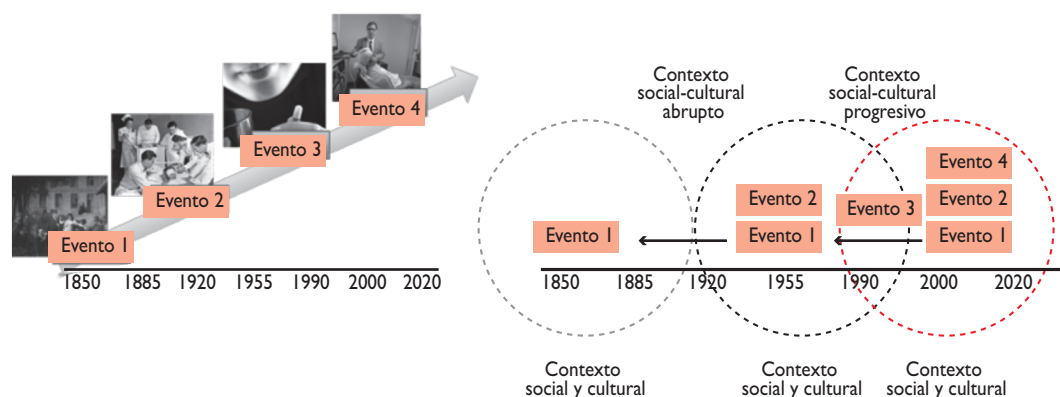


Figura 1. Enfoques historiográficos de los tratamientos en psiquiatría.

Tabla 1. Nuevos ingresos de pacientes en el Hospital Víctor Larco Herrera en los años de 1930 a 1939

	Ingresados por primera vez			Ingresados por varias veces			Total			% de aumento sobre el año anterior			% de disminución sobre el año anterior		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total	PV	VV	Total	PV	VV	Total
● 1930	223	136	359	70	50	120	293	186	479	—	—	—	—	—	—
● 1931	252	171	423	87	66	153	339	237	576	17,83	27,50	20,25	—	—	—
● 1932	233	204	437	77	32	109	310	236	546	3,31	—	—	—	28,76	5,21
● 1933	235	162	397	75	59	134	310	221	531	—	22,94	—	9,15	—	2,75
● 1934	271	187	458	86	62	148	357	249	606	15,37	10,46	14,12	—	—	—
● 1935	291	208	499	89	63	152	380	271	651	8,95	2,70	7,42	—	—	—
● 1936	316	186	502	87	67	154	403	253	656	0,66	1,32	0,77	—	—	—
● 1937	326	225	551	104	91	195	430	316	746	9,76	26,62	13,72	—	—	—
● 1938	286	221	507	116	80	196	402	301	703	—	0,51	—	7,99	—	5,76
● 1939	317	248	565	116	96	212	433	344	777	11,44	8,16	10,53	—	—	—

Elaborado a partir de la "Memoria de la Dirección" del Hospital Víctor Larco Herrera correspondiente al año de 1939.⁵
 V: varones; M: mujeres; PV: primera vez; VV: varias veces

sido certificado (por incapacidad mental), y en ese momento prácticamente todos los pacientes estaban certificados, se tenía que encontrar una cama (para el paciente)".⁴ Esto condujo, lógicamente, a un hacinamiento de pacientes, fenómeno que se dio en varios países de Europa y América. En el Perú, la sobrepoblación de pacientes en el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) preocupó a los psiquiatras de la primera

mitad del siglo XX. Durante la década de 1930 hubo un incremento de los pacientes ingresados nuevos (Tabla 1).⁵ Además, el número de los enfermos asistidos en el antiguo Manicomio del Cercado de 1891 hasta 1917, y en el HVLH de 1918 hasta 1939 fue en incremento (Figura 2), siendo el aumento sobre los asistidos en el año de 1891 del 424,7% para 1939. Debemos recordar que gran parte de la actual estructura urbana de

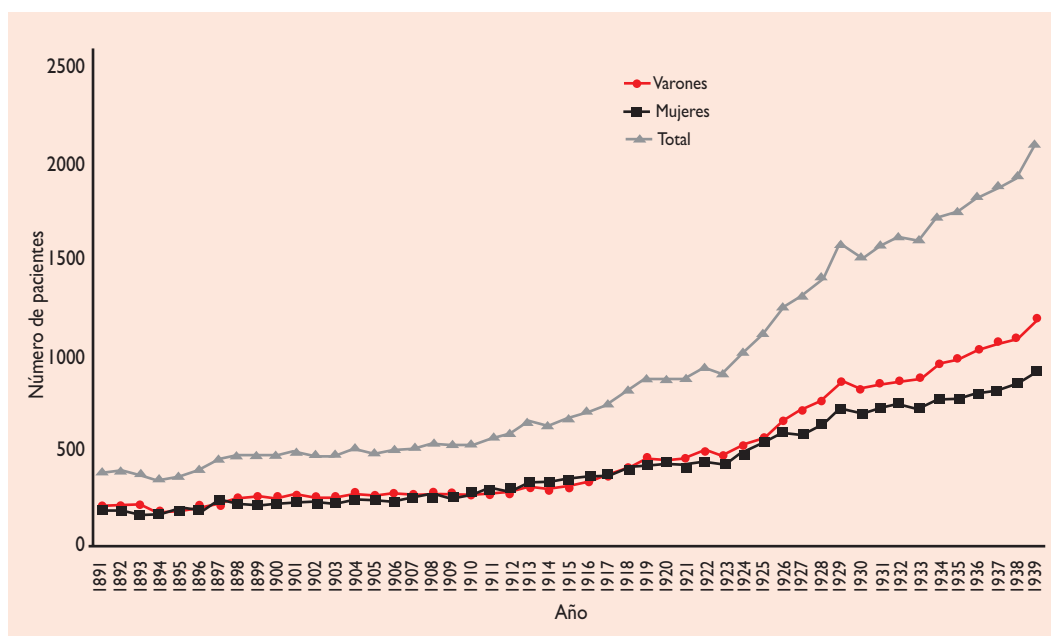


Figura 2. Enfermos asistidos en el antiguo manicomio del Cercado de 1891 a 1917 y en el Hospital Víctor Larco Herrera de 1918 a 1939. Elaborado a partir de la "Memoria de la Dirección" del Hospital Víctor Larco Herrera del año de 1939.⁵

Lima surgió durante el oncenio de Augusto B. Leguía, entre los años de 1919 a 1930.⁶ Además, cambiaron las costumbres, comenzó a difundirse el uso del automóvil, ferrocarriles, medio de radiodifusión y telefonía, sumado a esto, fueron aumentando los conocimientos científicos teniendo al positivismo como principal sustento filosófico.⁶

Todos estos cambios permitieron a Valega ensayar algunas explicaciones respecto a este “incremento” de enfermos mentales en el HVLH:

- a. La acumulación, ya que existe un grupo de pacientes incurables crónicos que no son dados de alta.
- b. Mayor facilidad de viajar a Lima, lo que genera un aumento de atención en el hospital.
- c. Mayor conocimiento del pueblo, ya se consideraba al enfermo mental digno de asistencia.
- d. Se reemplazó la idea de que los enfermos mentales eran incurables.⁷

A esto agregaríamos: e) la centralización de la asistencia de los enfermos mentales en Lima (en aquel entonces, el HVLH el único centro para atender a los enfermos mentales).

En el Proyecto de Ley sobre la Asistencia de los Alienados, Toxicómanos y Psicópatas, Caravedo mencionó:

“El aumento de alienados es un problema que preocupa hondamente a la asistencia pública en todos los países. Hay quienes piensan –como los alienistas ingleses y escoceses– que este aumento es más aparente que real, si se tiene en cuenta que la población de los asilos crece más por el aumento de crónicos que por el número de nuevas admisiones. Para otros, todo depende del mejor concepto que hoy se tiene sobre esta clase de enfermos y su asistencia, pues el tratamiento humanitario científico que hoy se da en los asilos concentra en ellos mayor número de enfermos. En fin, hay quienes piensan que el aumento de alienados en tratamiento no es solo aparente sino real, pues se debe a que los factores etiológicos de la locura (el alcohol,

*la sífilis, y la lucha por la vida), crecen en frecuencia e intensidad. No conocemos el número de alienados que existen en el Perú, pues no hay estadística alguna.”*⁸

Más específicamente sobre el problema de la sobrepoblación de enfermos mentales en el Perú, Caravedo dejó escrito en las Memorias de la Dirección del HVLH correspondiente al año de 1937:

*“Es mi deber llamar una vez más la atención a la Sociedad de Beneficencia sobre el aumento incesante del número de enfermos, que este año ha llegado a 1208, es decir, a más del 100% de la capacidad del Hospital, siendo la cifra mayor que se ha registrado en nuestra Estadística. Los Servicios del Régimen Común atraviesan por situación muy difícil y el Servicio de Admisión y Observación es absolutamente insuficiente para atender las necesidades que a diario se presenten. Se impone, pues, aumentar la capacidad del Hospital de acuerdo con el plan que hemos propuesto en repetidas oportunidades, comenzando por construir pabellones destinados al tratamiento de los agudos, de los casos recientes, en general, de aquello de tipo curable, sobre las cuales debe ejercerse la mayor actividad posible, tanto médica como administrativa.”*⁹

La consolidación de la psiquiatría como especialidad médica en el mundo, e impulsada en el Perú por Valdizán y continuada por Delgado, llevó a la noción de que, haciendo un paralelismo con otras especialidades médicas, debían de existir tratamientos específicos para ciertas enfermedades mentales. La mayoría de los psiquiatras ya no buscaban solo el cuidar a los pacientes, sino también el poder curarlos, o en todo caso, el remitir los síntomas para que el enfermo pudiera reinsertarse a la sociedad.⁴ En este contexto se hicieron necesarios nuevos tratamientos para las enfermedades mentales, en general, y la esquizofrenia, en particular. Así, fueron apareciendo nuevas formas de terapias para esta última: la cura del sueño propuesta por Kläsi, a inicios de 1920;¹⁰ la insulinoterapia reportada por Sakel, en 1933;¹¹ la inducción

de convulsiones producidas químicamente con cardiazol ideada por Meduna en 1934¹ y la terapia electroconvulsiva diseñada por Cerletti y Bini en 1937.¹ Si caemos en los siempre peligrosos análisis anacrónicos, podríamos pensar que estas formas de tratamiento nunca debieron de ser aceptadas por su “pobre rigor científico”, además de ser “muy peligrosas”. Sin embargo, debemos de recordar que en esa época existía una urgencia para tratar a los enfermos mentales y evitar el constante hacinamiento. La sociedad le exigía al psiquiatra resultados claros.

COMO LA INSULINOTERAPIA REDEFINIÓ LA IMAGEN DEL PSIQUIATRA

El 11 de enero de 1922 ocurrió un hecho trascendente en la historia de la medicina. Banting y Best inyectaron por primera vez insulina de forma subcutánea a un joven de 14 años que padecía de una diabetes tipo I.¹² Este nuevo tratamiento generó un gran impacto no solo en la comunidad médica, sino también en el público en general. La diabetes, hasta entonces, una penosa enfermedad crónica intratable que generaba muchas complicaciones, tenía una forma de ser tratada y controlada. Así fue extendiéndose el uso de la insulina para tratar esta enfermedad metabólica.

De forma casual, el psiquiatra y neurólogo Sakel notó que aquellos pacientes con diabetes y esquizofrenia a los cuales se les había administrado de forma accidental una sobredosis de insulina, luego de salir del coma, tuvieron una mejoría en sus síntomas psicóticos.¹³ La insulinoterapia pronto se convirtió en el tratamiento recomendado para la esquizofrenia, la más enigmática de las enfermedades mentales que, tal como sucedió con la diabetes antes de la introducción de la insulina, era una penosa enfermedad crónica intratable y degenerativa.

Para Doroshow, la aceptación de la insulinoterapia para la esquizofrenia no se debió únicamente a la percepción de eficacia que producía dicho tratamiento, sino también a que su administración fue un medio para hacer de

la psiquiatría un campo médico más legítimo.¹⁴ Comenzaron a inaugurarse las “unidades de insulina” en los hospitales generales, los psiquiatras tenían que conocer todas las posibles complicaciones de este tratamiento para poder identificar alguna situación de emergencia, además podían monitorear el estado de los pacientes en unidades de cuidados intensivos.¹⁴ En suma, el psiquiatra dejó de verse a sí mismo como un supervisor conductual o disciplinario, su imagen se redefinió gracias a la insulinoterapia, ahora participaba del conocimiento médico imperante.¹⁴

LA INSULINOTERAPIA PARA LA ESQUIZOFRENIA EN EL PERÚ

El Perú no fue ajeno a este nuevo tratamiento para la esquizofrenia. El aire esperanzador también se vivió en la psiquiatría de nuestro país gracias a la insulinoterapia, tal como escribió Caravedo:

*“El método de Sakel representa, pues, un gran progreso en la terapéutica de la esquizofrenia y, al mismo tiempo, impone, como el empleo del cardiazol, una serie de investigaciones y de problemas de interés verdaderamente científico, estudios que permitirán tal vez comprender el efecto de los nuevos tratamientos y, lo que es más importante, aportar nuevas luces a la etiología de esta enfermedad. Por eso el método de Sakel y el de von Meduna vienen despertando tanto interés y en la actualidad se ensayan en todos los países. La insulina y el cardiazol han entrado en la práctica psiquiátrica corriente.”*⁹

Con igual hálito de esperanza se expresó Delgado respecto a estos nuevos tratamientos para la esquizofrenia:

*“La terapéutica moderna ha cambiado muy satisfactoriamente el pronóstico de la esquizofrenia, no solo porque la proporción de las remisiones provocadas es dos o tres veces mayor que la de las espontáneas, sino porque una forma como la paranoide, que antes era prácticamente incurable, con frecuencia sana por completo si es tratada al comienzo.”*¹⁵

La insulinoterapia comenzó a practicarse en el Perú. Así, comenzaron las primeras publicaciones de este tratamiento:

“...en el número 1 de ARCHIVOS PERUANOS DE HIGIENE MENTAL aparecen los resultados de las primeras aplicaciones verificadas en este Hospital de la insulina en el tratamiento de la esquizofrenia, trabajo que hemos llevado a cabo en colaboración con el doctor Carlos Gutiérrez-Noriega... Actualmente se aplica la insulina en mayor escala, de acuerdo con la autorización concedida

al doctor Honorio Delgado para utilizar este método en colaboración con los Jefes de Servicio del Régimen Común de hombres y mujeres, doctores Juan F. Valega y Fernando Loayza.”⁹

En la Tabla 2, se aprecian los trabajos publicados en la bibliografía psiquiátrica peruana sobre la insulinoterapia para la esquizofrenia. En total existen 17 trabajos, publicados desde 1937 hasta 1970. Es interesante notar que de todos estos, 9 fueron publicados luego de 1954, fecha en la cual se comenzó a utilizar la clorpromazina

Tabla 2. Trabajos publicados en la bibliografía psiquiátrica peruana sobre la insulinoterapia para la esquizofrenia

Autor	Año	Nombre del artículo / publicado en
● Caravedo B, Gutiérrez-Noriega C.	1937	El shock hipoglucémico en la terapéutica de la esquizofrenia <i>Archivos Peruanos de Higiene Mental</i> . 1937;1(1):2-24.
● Delgado H, Valega JF, Gutiérrez-Noriega C.	1938	Contribución al tratamiento de la esquizofrenia con insulina <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1938;1(4):463-498.
● Delgado H.	1939	Tratamiento de la esquizofrenia con cardiazol e insulina <i>Segunda Reunión Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas</i> . 823-877.
● Mejía L.	1939	Complicaciones del tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1939;2(4):552-572.
● Ortega F.	1939	Estudio de la memoria en los esquizofrénicos tratados por la insulina <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Bachiller</i> : 62 pp.
● Guerra L.	1942	Observaciones psicopatológicas en pacientes tratados por la insulina <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1942; 5(1):75-114.
● Yépez H.	1944	Influencia de la constitución somática sobre el resultado inmediato de la insulinoterapia de los esquizofrénicos <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1944;7(3):310-329.
● Saavedra A.	1953	Algunas alteraciones psicopatológicas en el despertar del coma insulínico <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1953;16(1):1-92.
● Ayala L.	1954	El electrocardiograma en el shock insulínico <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Bachiller</i> : 43 pp.
● Delgado H.	1959	La insulinoterapia de la esquizofrenia, Nuestra experiencia en veinte años <i>Acta Neuropsiquiátrica Argentina</i> . 1959;5(1):3-8.
● Delgado H.	1959	Insulin therapy of schizophrenia in Peru: our 20 years of experience <i>Insulin Treatment in Psychiatry</i> . 253-265.
● Mariátegui J, Ramírez E, Otárola P, Bachmann C.	1962	El glucagón en la interrupción del coma insulínico <i>Revista de Neuro-Psiquiatría</i> . 1962;25(4):384-394.
● Otárola S.	1962	El uso del glucagón en la interrupción del coma insulínico terapéutico <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de Bachiller</i> : 126 pp.
● Felipa E.	1966	La cure d'insuline dans un établissement psychiatrique moderne: L'Institut Marcel Riviere <i>L'Institut Marcel Riviere</i>
● Mariátegui J, Ramírez E, Bachmann C.	1966	Glucagon in terminating insulin coma. Clinical and biochemical aspects <i>Biological Treatment of Mental Illness</i> . 694-714.
● Mariátegui J, Ramírez E, Bachmann C.	1968	Efecto hiperglicémico del glucagón en el coma insulínico <i>Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina</i> . 1968;14(1):61-65.
● Valdivia O.	1970	Terapéutica biológica. Insulinoterapia <i>Curso de Psiquiatría</i> . 239-244.

Elaborado a partir del libro “Bibliografía Psiquiátrica Peruana”.¹⁶

para la esquizofrenia en el Perú. Por cerca de dos décadas, ambos tratamientos eran recomendados para la esquizofrenia. No obstante, en los textos de psiquiatría se recomendaba como tratamiento de elección a la insulino-terapia. Veamos cómo fue la evolución del tratamiento de la esquizofrenia en el “Curso de Psiquiatría” de Delgado. En la primera edición de su texto en 1953 escribió:

*“El principal tratamiento de la esquizofrenia es en general la insulino-terapia, y si con ella no se logran buenos efectos, la combinación con la convulsivoterapia mejora el resultado. Sin embargo, en ciertos casos, especialmente cuando no es posible la hospitalización, la convulsivoterapia cura a menudo; y en todos los casos la asistencia individual y activa es complemento importante. Aparte esto, los métodos antiguos –como la narcosis prolongada y la piroterapia– son aprovechables en determinadas circunstancias.”*¹⁵

En la segunda edición, de 1955, agregó la experiencia con el Largactil® (clorpromazina):

*“El principal tratamiento de la esquizofrenia es en general la insulino-terapia, y si con ella no se logran buenos efectos, la combinación con la convulsivoterapia mejora el resultado. Sin embargo, la cura intensiva y suficientemente prolongada con Largactil® parece ser superior incluso a la insulínica, particularmente en la forma paranoide, según lo han comprobado GÄDE y HEINRICH. En ciertos casos, especialmente cuando no es posible la hospitalización, la convulsivoterapia cura a menudo; y en todos los casos la asistencia individual y activa es complemento importante. Aparte esto, los métodos antiguos –como la narcosis prolongada y la piroterapia– son aprovechables en determinadas circunstancias.”*¹⁷

Estos buenos resultados logrados con la clorpromazina no produjeron un deceso en el uso de la insulino-terapia. Para la tercera edición de su texto, publicada en 1963, continuó

recomendándose junto a nuevos tratamientos, como el electrochoque y el fármaco Stelazine® (trifluoperazina):

*“... [la esquizofrenia], con frecuencia sana por completo si es tratado al comienzo con insulina, y si es necesario, asociando el electrochoque... La cura intensiva y suficientemente prolongada con Largactil o Stelazine parece ser superior en algunos casos incluso a la insulínica, particularmente en la forma paranoide.”*¹⁸

En la última edición de su texto, publicada en 1969, Delgado siguió manifestando que la terapia con insulina es la ideal para el tratamiento de la esquizofrenia.¹⁹ Esta preferencia del uso de la insulino-terapia podría ser explicada por el hecho de que este tratamiento produjo una sensación de eficacia tanto en el paciente como en los psiquiatras. Además, la literatura nacional y mundial avalaba esta experiencia.^{20,21} De hecho, los estudios no demostraron que este tratamiento sea menos efectivo que la clorpromazina, el fármaco que terminó reemplazándolo.²²⁻²⁴ Esto resulta interesante, ya que podemos preguntarnos ¿se dejó de utilizar la insulino-terapia por haberse demostrado que era ineficaz? ¿o fueron otro tipo de razones lo que originó el declive de este tratamiento?

Uno de los principales problemas que presentó este tratamiento fue la falta de un protocolo estandarizado: la duración del coma, el número de comas y el tiempo de aplicación de este tratamiento variaban de psiquiatra en psiquiatra, por lo que se hizo muy difícil el seguir produciendo artículos en los cuales se compare la eficacia de este tratamiento, ya no solo a nivel mundial, sino también local.²⁵ Además, su aplicación era muy difícil, requería varias personas entrenadas, unidades especiales.⁴ A esto debemos sumarle el auge del movimiento antipsiquiátrico, que vio en estos tratamientos “formas de tortura”, “poco científicos” e “inhumanos”, narrativa que logró penetrar en el ideario social (p.ej. en la película “A beautiful mind” de 2001, se presentó de forma dramática una sesión de insulino-terapia aplicada a John Nash. Es curioso notar que se hace hincapié en las convulsiones, cuando en

realidad se pensaba que la cura se producía por el coma insulínico). No queda del todo claro cuáles fueron los verdaderos motivos del declive de la insulinoterapia, posiblemente se deba, no a que se haya demostrado científicamente que no era eficiente, sino a que administrar los psicofármacos resultaba mucho más cómodo, además de la sensación de rechazo que generó en la sociedad la inducción de comas con insulina.

CONCLUSIONES

El análisis histórico de la insulinoterapia para la esquizofrenia nos muestra que, en el contexto en el cual se aplicó, resultó ser un tratamiento eficaz, no solo por la evidencia científica que lo avalaba, sino también porque al fin se comenzó a poder tratar médicamente a una de las enfermedades más enigmáticas y comunes de la psiquiatría. En el Perú, tal como sucedió en otras partes del mundo, se vio con creciente optimismo como se podría lograr llegar a curar esta enfermedad, llegando a ser recomendada como el tratamiento de elección para la esquizofrenia en el texto fundamental de Psiquiatría peruana de aquella época. No queda claro porque se dejó de utilizar este tratamiento durante finales de la década de 1960, podemos sugerir que se debió a factores sociales y de facilidad clínica para administrar los nuevos psicofármacos. En futuros trabajos se debería investigar no solo los registros clínicos e institucionales, sino también la apreciación que tenían los psiquiatras y pacientes de esta forma de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berrios GE. The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 1997;8(29):105-119.
- Berrios GE. Prólogo. En: López-Muñoz F, Álamo C. Historia de la Psicofarmacología. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2006.
- Porter R. Breve historia de la locura. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2003.
- James FE. Insulin treatment in psychiatry. *Hist Psychiatry*. 1992;3(10):221-235.
- Hospital Víctor Larco Herrera. Memoria de la Dirección Correspondiente al Año de 1939. Lima: Sociedad de Beneficencia Pública de Lima; 1939.
- Basadre J. Historia de la República del Perú 1822-1933. Tomo 13. Lima: Editorial Universitaria; 1970.
- Stucchi S. Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
- Caravedo B. La reforma psiquiátrica en el Perú. Lima: Clínica Baltazar Caravedo; 1985.
- Hospital Víctor Larco Herrera. Memoria de la Dirección Correspondiente al Año de 1937. Lima: Sociedad de Beneficencia Pública de Lima; 1937.
- Windholz G, Witherspoon LH. Sleep as a cure for schizophrenia: a historical episode. *Hist Psychiatry*. 1993;4(13):83-93.
- Sekel M. Neue Behandlungsart schizophreniker und verwirrter erregter. *Wien Klin Wochenschr*. 1933;46:1372-1373.
- Cardoso L, Rodrigues D, Gomes L, Carrilho F. Banting and best: the extraordinary discovery of insulin. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*. 2017;12(1):106-115.
- Stucchi S. Breve historia de los tratamientos biológicos en la Psiquiatría. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009.
- Doroshov DB. Performing a cure for schizophrenia: insulin coma therapy on the wards. *J Hist Med Allied Sci*. 2007; 62(2):213-243.
- Delgado H. Curso de Psiquiatría. Lima: Imp. Santa María; 1953.
- Valdivia O. Bibliografía Psiquiátrica Peruana. 2.ª Ed. Lima: Talleres Litográfica del Perú; 1981.
- Delgado H. Curso de Psiquiatría. 2.ª Ed. Lima: Imprenta Santa María; 1955.
- Delgado H. Curso de Psiquiatría. 3.ª Ed. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1963.
- Delgado H. Curso de Psiquiatría. 5.ª Ed. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1969.
- West FH, Bond ED, Shurley JT, Meyers CD. Insulin coma therapy in schizophrenia; a fourteen-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1955;111(8):583-589.
- Palmer DM, Riepenhoff JP, Hanahan PW. Insulin shock therapy, a statistical survey of 393 cases. *Am J Psychiatry*. 1950; 106(12):918-926.
- Boardman RH, Lomas J, Markowe M. Insulin and chlorpromazine in schizophrenia; a comparative study in previously untreated cases. *Lancet*. 1956;271(6941):487-491.
- Markowe M, Steinert J, Heyworth-Davis F. Insulin and chlorpromazine in schizophrenia: a ten year comparative survey. *Br J Psychiatry*. 1967;113(503):1101-1106.
- Fink M, Shaw R, Gross GE, Coleman FS. Comparative Study of Chlorpromazine and Insulin Coma in Therapy of Psychosis. *J Am Med Assoc*. 1958;166(5):1846-1850.
- Berrios GE. The history of psychiatric therapies. En: Tyrer P, Silk KR, editores. *Cambridge Textbook of Effective Treatments in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

Insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú: nuestros 20 años de experiencia^a

Insulin therapy of schizophrenia in Peru: our 20 years of experience

Honorio Delgado

Traducido por Jeff Huarcaya-Victoria

INTRODUCCIÓN

En julio de 1937, iniciamos en el Perú el tratamiento con insulina para la esquizofrenia en dos grupos, uno en mujeres y el otro en hombres. Comenzamos siguiendo el método concebido por Sakel,^{1,2} y luego las modificaciones introducidas por Braunmühl.³ Finalmente, usamos el método de administrar la insulina en dosis divididas en los casos con resistencia a la insulina. Así tratamos a 76 pacientes hasta octubre de 1938. En la mayoría de estos casos, la enfermedad estuvo presente durante seis meses. Los resultados de este trabajo fueron publicados en diciembre de 1938.⁴ El tratamiento fue interrumpido en 3 pacientes debido a enfermedades intercurrentes. De los 73 casos de esquizofrenia que recibieron un promedio de 52 comas de una hora de duración, obtuvimos una remisión completa en 45 (61,6%), remisión social en 9 (12,3%) y una leve mejoría o resultados negativos en 19 (26,1%). De los 73 esquizofrénicos, 31 fueron hombres y 42 mujeres. Las remisiones ocurrieron en el 70,9% de los hombres (16 completas y 6 sociales), mientras que en las mujeres fue de 76,3% (29 completas y 3 sociales).

En un estudio previo,⁵ presentamos en detalle los resultados en un total de 100 esquizofrénicos: 91

casos recibieron solo insulina y 9 insulina con metrazol. La remisión se obtuvo en 70, completa en 56 y social en 14. No se ha realizado una mención de este grupo de pacientes en el trabajo que a continuación presentamos, excepto en la primera de las conclusiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos 440 casos de esquizofrenia^b, de los cuales, 335 fueron hombres y 105 mujeres. De estos casos, 317 (72,05%) fueron paranoides, 25 (5,68%) catatónicos, 37 (8,41%) hebefrénicos, 20 (4,55%) simples, y 41 (9,31%) esquizofrénicos atípicos. Con respecto a la edad, los pacientes se dividieron en tres grupos: a) de 10 a 20 años, 69 casos (15,68%); b) de 21 a 30 años, 221 (50,23%); y c) desde los 31 años en adelante, 150 (34,09%). Respecto a la condición física, los pacientes fueron clasificados siguiendo el esquema de Kretschmer: asténico 211 (47,95%), pícnico 74 (16,82%), atlético 33 (7,50%), displásico 4 (0,91%) y atípico 118 (26,82%).

– Herencia. Con respecto a la herencia, clasificamos a nuestros pacientes de la siguiente manera: a) pacientes entre cuyos parientes inmediatos (padres y hermanos) hay enfermos mentales, en especial

^a N. del T. Trabajo enviado por Delgado a la *International Conference on the Insulin Treatment in Psychiatry*, celebrada en la *New York Academy of Medicine*, 24 y 25 de octubre, 1958. El trabajo apareció en: Rinkel M y Himwich H, editors. *Insulin Treatment in Psychiatry*. New York: The Philosophical Library; 1959:253-265.

^b 242 fueron de mi servicio, pensionistas masculinos del Hospital Víctor Larco Herrera, y 198 de la clínica privada Santa Clara, dirigida por el maestro J.O. Trelles y por mí.

esquizofrénicos, 80 (20%); b) pacientes cuyos familiares distantes demuestran enfermedades mentales, 206 (46,82%); c) pacientes sin antecedentes hereditarios patológicos, 146 (33,18%). Con respecto a la personalidad premórbida, 177 (40,23%) fueron normales y 263 (59,77%) anormales.

- Duración de la enfermedad. Se fechó la duración de la enfermedad desde el momento en que aparecieron los primeros síntomas hasta los primeros signos de curación con insulina, sin tomar en consideración los pocos casos previos remitidos con o sin tratamiento, pero que incluimos en el análisis de los resultados de la terapia. Así, tenemos tres grupos: a) enfermedad que duró de 0 a 6 meses: 151 (34,31%); b) de 6 a 12 meses: 90 (20,46%), y c) a partir de 12 meses en adelante: 199 (45,23%).
- Duración del tratamiento. La duración del tratamiento se decidió con base en el número de comas (de una hora de duración cada uno), para lo que los casos se dividieron en tres grupos: a) el primer grupo hasta 51 comas, 95 casos (21,60%); b) el segundo grupo de 51 a 100 comas, 176 casos (40%); c) tercer grupo con más de 100 comas, 169 casos (38,40%). Se utilizó insulina cristalina simple por vía subcutánea (en pequeñas dosis) e intermuscularmente. El coma fue interrumpido con una inyección intravenosa de una solución de dextrosa hipertónica y la administración oral de un jarabe de dextrosa.

Los métodos de tratamiento que seguimos fueron cuatro: a) insulina sola, siguiendo el método concebido por Sakel, el sistema de zigzag de von Braunmühl y el procedimiento de dosis divididas que presentamos y describimos en nuestro primer trabajo para casos resistentes a la insulina: 149 casos (33,86%); b) tratamiento mixto, utilizando insulina y electrochoque o metrazol aplicado durante el período previo al coma una o dos veces por semana (en algunos

casos adicionamos relajantes musculares e inhalación de oxígeno): 256 casos (58,18%); c) insulina y clorpromazina: 9 casos (2,05%); d) insulina, electrochoque y clorpromazina: 26 casos (5,91%).

El método de tratamiento se seleccionó de acuerdo con el estado clínico y físico del paciente, la duración de la enfermedad, los antecedentes personales y familiares, los tratamientos previos (si los hubo) y la respuesta a este último. Así, los paranoides se trataron preferentemente solo con insulina. Los otros tipos de esquizofrenia recibieron más frecuentemente un tratamiento mixto. La combinación con clorpromazina se utilizó principalmente en casos crónicos, de más de un año de duración, con fuertes tendencias hereditarias o en casos que no fueron beneficiados por otros tipos de tratamiento (insulina, electrochoque, metrazol, clorpromazina, reserpina, leucotomía, etc.). A los pacientes con pobre pronóstico se les administró una combinación de insulina con electrochoque y clorpromazina, asumiendo de que los tratamientos ofrecen más efectividad por la acción simultánea de estos agentes terapéuticos sobre la causa de la enfermedad.

El uso diario de clorpromazina varió entre 100 y 400 mg, administrados por vía oral en la mayoría de los casos y excepcionalmente intramuscularmente. La dosis promedio de insulina necesaria para producir el primer coma fue de 106 unidades. 237 casos (53,86%) necesitaron una dosis por debajo de este valor promedio y 203 casos (46,14%) por encima. La dosis mínima fue de 15 unidades en un paciente de 25 años de edad, en el que se administraron 200 mg de clorpromazina por vía oral antes y durante el tratamiento con insulina. La dosis máxima fue de 480 unidades, en un hombre de 29 años de edad, castrado por una automutilación durante el proceso de su enfermedad.^d En pacientes tratados solamente con insulina, la dosis para producir el coma varió hasta 20 unidades más o menos. En pacientes tratados con clorpromazina,

^c N. del T.: En el texto original figura erróneamente "First group up to 59 comas".

^d N. del T.: La automutilación es una poco frecuente y dramática complicación de diversos trastornos mentales, más frecuente en pacientes con psicosis que presentan delusiones de contenido religioso. (Huarcaya-Victoria J, Ledesma-Gastañadui M, Reinoso-Santa Cruz C. Automutilación genital y de falanges en un paciente con esquizofrenia: reporte de un caso. Rev Neuropsiquiatr. 2016;79(3):172-179.)

Tabla 1. Resultados inmediatos y diagnóstico

Diagnóstico	Remisión total	Remisión social	Mejoría	Sin mejoría	Muertes	Total
● Paranoide	116 (36,60%)	91 (28,71%)	45 (14,20%)	61 (19,22%)	4	317 (72,05%)
● Catatónico	13 (52,00%)	4 (16,00%)	5 (20,00%)	3 (12,00%)	0	25 (5,68%)
● Hebefrénico	7 (18,92%)	12 (32,43%)	11 (29,73%)	7 (18,92%)	0	37 (8,41%)
● Simple	2 (10,00%)	7 (35,00%)	4 (20,00%)	7 (35,00%)	0	20 (4,55%)
● Atípico	13 (31,71%)	14 (34,15%)	8 (19,51%)	6 (14,63%)	0	41 (9,31%)
Total	151 (34,32%)	128 (29,09%)	73 (16,59%)	84 (19,09%)	4 (0,91%)	440 (100%)

además, la dosis efectiva de insulina siempre disminuyó progresivamente en el transcurso de 1 a 4 semanas en cantidades que variaron entre 20 y 80 unidades, llegando en algunos casos a la mitad de la dosis inicial.

RESULTADOS

Clasificamos los efectos producidos por los cuatro métodos de insulino terapia como sigue: a) remisión total (RT), en el cual, el estado mental del paciente fue idéntico o muy similar al de antes de iniciar la enfermedad, en cualquier caso, sin síntomas; b) remisión social (RS), si la condición psicológica del paciente le permitió vivir con sus familiares y llevar a cabo un trabajo, más o menos, de forma similar al anterior de iniciar la enfermedad; c) mejoría (M), cuando se obtuvieron algunos cambios de actitud del paciente que le permitieron vivir dentro del hospital; y d) sin mejoría (SM), con ausencia de cambios favorables. Para evaluar los resultados en relación con los factores de segundo orden y evitar la división excesiva del grupo total, decidimos combinar los cuatro grupos en dos: con remisión (R) para incluir los casos con (RT) y (RS) y sin remisión (SR), para incluir aquellos con (M) y (SM).

Cabe señalar que, para clasificar a los pacientes según su estado psicológico al momento en que dejaron el hospital o la clínica, se les sometió a diferentes pruebas durante las últimas semanas de insulino terapia. Luego de salir del coma, los pacientes fueron examinados psicopatológicamente con el principal objetivo de averiguar si el trastorno mental había desaparecido y demostrar la aceptación de su enfermedad. Además, utilizamos, fuera de los efectos de la insulina, narcoanálisis con amital^e, la prueba de Rorschach, Wartegg^f o la prueba de pirámide de Pfister^g y el Test de Apercepción Temática (TAT)^h, además de los exámenes de rutina. Los pacientes con remisión fueron dados de alta aproximadamente un mes después de la finalización de la terapia. Respecto a la clorpromazina, una vez aplicado, recomendamos la continuación del tratamiento con pequeñas dosis de este medicamento durante un período prolongado y bajo supervisión médica.

La tabla 1 muestra un resumen de los resultados del tratamiento según las formas de esquizofrenia. Respecto a los diversos métodos, aunque la introducción de la clorpromazina es relativamente reciente, parece que se puede afirmar que su combinación con la

^e N. del T.: El término "narcoanálisis" fue introducido por J.S. Horsley (1936) para referirse a una técnica que utiliza la narcosis inducida artificialmente por un barbitúrico con el propósito de hacer más sencillo el análisis del contenido mental de un paciente. Inicialmente fue ideado como una técnica específica para pacientes psicóticos (Bleckwenn, 1930), para luego ser utilizado en población no psicótica (Lindemann, 1932). Las drogas más utilizadas para estos fines son el amital sódico, el pentotal sódico, la escopolamina, entre otros.

^f N. del T.: Desarrollada en la década de 1930 por el psicólogo alemán E. Wartegg, quien fuera miembro del partido Nazi. Consiste en proporcionar al paciente una serie de ocho cuadros en blanco, en los cuales hay unas pequeñas formas, se le indica al paciente que complete el dibujo en cada cuadro.

^g N. del T.: Técnica proyectiva basada en la interpretación simbólica de los colores. Consiste en proporcionar a los pacientes unos cuadrados de diferentes colores, de los cuales debe elegir 15 para colocar sobre una hoja de papel blanca en un espacio en forma de pirámide.

^h N. del T.: Técnica proyectiva ideada por H.A. Murray (1930). Consiste en la presentación de 31 láminas de imágenes ambiguas, a partir de las cuales se le pide al paciente que cuente una historia.

Tabla 2. Resultados inmediatos y duración de la enfermedad

Duración de la enfermedad	R	SR	Muertes	Total
● Menos de 6 meses	119 (78,80%)	30 (19,87%)	2	151 (34,31%)
● De 6 a 12 meses	56 (62,22%)	34 (37,78%)	0	90 (20,46%)
● Más de 12 meses	104 (52,26%)	93 (46,73%)	2	199 (45,23%)
Total	279 (63,41%)	157 (35,68%)	4 (0,91%)	440 (100%)

R: remisión (remisión tota, remisión social); SR: sin remisión (mejoría, sin mejoría)

insulinoterapia y electrochoque dan los mejores resultados. En 24 paranoides con menos de seis meses de tratamiento tratados de esta manera, se obtuvieron los siguientes resultados: (RT) en 62,5% y (RS) en 25% (R = 87,5%).

Con respecto a la edad, un grupo de 150 pacientes de más de 30 años presentó la mayor proporción de remisiones: 110 (73,33%). Seguido por el grupo de 10 a 20 años de edad: 69 pacientes (15,68%), con 47 remisiones (68,12%). Los pacientes de 21 a 30 años de edad presentaron menos remisiones: de los 221 pacientes (50,23%), 122 tuvieron remisiones (55,21%).

Los pacientes en cuyas familias no se presentaron antecedentes de enfermedades mentales o nerviosas presentaron una mayor proporción de remisión: 67,81%; mientras que, en el grupo con antecedentes familiares hereditarios fuertes, la tasa de remisión fue del 59,09%. Con respecto a la personalidad premórbida, entre los pacientes con personalidad normal y anormal, la diferencia en la proporción de remisión fue prácticamente nula. Lo mismo se observó en los que la enfermedad se presentó por primera vez.

Los resultados que comparan la duración de la enfermedad (Tabla 2) concuerdan, como se puede ver muy bien, con los resultados obtenidos universalmente. Con respecto a los efectos de la duración del tratamiento en sí, nuestra experiencia, contrariamente a la opinión imperante, favorece el tratamiento prolongado, como se muestra en la Tabla 3.

Al comparar los resultados según el sexo, solo consideramos aquellos pacientes que fueron tratados en nuestra clínica privada en condiciones similares. De estos 198 pacientes, 93 hombres y 105 mujeres, la remisión ocurrió en 64 (68,71%) hombres y 53 (60%) mujeres.

Recaídas

Consideramos que un paciente sufrió una recaída cuando vuelve a enfermarse durante el primer año después del tratamiento. Verificamos 11 recaídas (2,5%), la mayoría de ellas en trabajadores de la seguridad social que regresaron al mismo servicio hospitalizado por su condición. De los 11 casos, 7 fueron paranoides, 3 atípicos y 1 hebefrénico. De ellos, 8 recibieron tratamiento

Tabla 3. Resultados inmediatos y horas de coma

Horas de coma	R	SR	Muertes	Total
● Menos de 51	54 (56,84%)	39 (41,06%)	2	95 (21,6%)
● De 51 a 100	129 (73,29%)	47 (26,71%)	0	176 (40,0%)
● Más de 100	96 (56,80%)	71 (42,01%)	2	169 (38,4%)
Total	279 (63,41%)	157 (35,68%)	4 (0,91%)	440 (100%)

R: remisión (remisión tota, remisión social); SR: sin remisión (mejoría, sin mejoría)

Tabla 4. Una comparación de los resultados inmediatos

Resultado	Braunmühl	West et al.	Patterson	Kolle	Feuerlein	Delgado
● Remisión	73,3%	67,6%	64,3%	46,1%	79,3%	63,4%
● Mejoría	15,0%	7,8%	–	37,2%	11,3%	16,6%
● Sin mejoría	11,7%	24,6%	–	16,7%	9,3%	20,0%

mixto (insulinoterapia y electrochoque); 2, solo insulinoterapia y 1, tratamiento mixto más clorpromazina. El pequeño porcentaje de fallas comprobadas se puede explicar por la dificultad en el seguimiento de los pacientes que fueron dados de alta del hospital y la clínica. No fue posible para nosotros el realizar un seguimiento sistemático de nuestros casos.

Complicaciones

Pudimos observar las siguientes complicaciones:

- Muerte. Durante la insulinoterapia 4 pacientes murieron (0,90%), todos paranoídes: 1 por hemorragia subaracnoidea, 1 por edema pulmonar y 2 por falla cardíaca.
- Coma prolongado. Esta desagradable complicación ocurrió en 15 pacientes (3,40%). El tratamiento que usamos para revertir este estado consistía en inyectar analépticos, vitamina B, ácido nicotínico, piridoxina, pequeñas dosis de insulina en una solución de dextrosa hipertónica y, sobre todo, la punción lumbar repetida dos o tres veces y la eliminación de 50 a 80 mL de líquido. También administramos solución salina fisiológica mediante un catéter nasal e hidrocloreto de metanfetamina por vía subcutánea e intravenosa, 0,5 mL (10 mg) cada treinta minutos. Con estos tratamientos, los pacientes respondieron lentamente y el cambio en el estado de conciencia duró varios días. En dos casos, hemos probado un nuevo tratamiento con sorprendente éxito. En vista de la ineficacia de las medidas terapéuticas mencionadas anteriormente, administramos 50 mg de cocarboxilasa (Verolase®), en 2 mL de agua, por vía intravenosa. En uno de los casos, la recuperación del coma fue inmediata. Otro paciente, que estaba en un

estado de gran agitación psicomotora, se tranquilizó, se sentó en su cama después de dos horas, pero permaneció en un estado mental confuso que desapareció luego de tres días después de la inyección intravenosa de 100 y 200 mg de clorhidrato de azacilonol (Frenquel) cada seis horas. Ambos pacientes recibieron un tratamiento mixto y tuvieron un coma prolongado con fiebre de 38,5° y 39°C, respectivamente.

- Coma con agitación. Nos referimos a la excitación psicomotora que se presentó en el precoma y en el período del despertar del coma insulínico. Se manifestó en 123 pacientes (27,95%). El tratamiento preventivo que resultó más efectivo fue la administración clorpromazina. La dosis varió según los casos.
- Ataques epileptiformes. Se presentaron durante el efecto de la insulina en 77 casos (17,50%). El tratamiento fue con anticonvulsivos. Si se administra por la mañana, antes de que se administre la insulina, generalmente no es efectiva. Por lo tanto, fue necesario administrarlos tanto por la tarde como por la noche en la mayoría de los casos.

DISCUSIÓN

Cuando se comparan nuestros resultados (Tabla 4) con los de otros investigadores como los de von Braunmühl,⁷ West et al.,⁸ Patterson,⁹ Kolle,¹⁰ y Feuerlein,¹¹ se observa que la incidencia de las remisiones, las mejorías y los resultados negativos de nuestros hallazgos se aproxima en gran medida a la media de los investigadores anteriormente mencionados.

Queremos comentar especialmente sobre los resultados de la insulinoterapia en relación con el sexo. Algunos autores, como Gralnick,¹²

Freudenberg,¹³ y West et al.,⁸ obtuvieron mejores resultados en mujeres que en hombres. Además, Freudenberg¹³ da importancia al papel que desempeñan las hormonas sexuales, citando a Houssay, sugiere que, en presencia de insulina, los estrógenos tienen un efecto sensibilizante mientras que los andrógenos tienen un efecto desensibilizante. De acuerdo con nuestra experiencia, al usar solamente insulina, la mayor parte de la remisión se produjo en las mujeres, tal cual informamos en nuestro artículo de 19384; mientras que, en los pacientes tratados en un período posterior, en gran parte con insulina y electrochoque, la proporción fue inversa. De hecho, hemos demostrado que las mujeres son más sensibles a la insulina para entrar en coma. En efecto, al determinar la dosis capaz de producir el primer coma en los dos grupos de la clínica privada, encontramos que la media aritmética para las mujeres fue de 115,9 unidades, mientras que para los hombres fue de 140,7 unidades. En lo que atañe al argumento ofrecido por Freudenberg,¹³ nos inclinamos a dudar de su valor, teniendo en cuenta el hecho de que, de todos nuestros pacientes, el que requirió la mayor dosis de insulina fue un hombre castrado.

Finalmente, podemos afirmar que, de acuerdo con el estado de actual de la experiencia concerniente al tratamiento de la esquizofrenia, el método fundamental es la insulinoterapia. En casos crónicos y aquellos en los que la insulina sola no produce una mejoría progresiva, la combinación con electrochoque y clorpromazina da los mejores resultados. Esto no excluye el hecho de que una vez que uno de estos tratamientos falla uno puede producir buenos resultados mediante el uso de clorpromazina combinada con serpasil o solo serpasil en grandes dosis. Hemos observado algunas remisiones producidas bajo las condiciones anteriores. En consecuencia, con el uso de la insulina y otras drogas nuevas, particularmente clorpromazina y serpasil, el pronóstico terapéutico de la esquizofrenia es francamente alentador, sobre todo, en los resultados inmediatos.

RESUMEN

Hemos tratado 540 casos de esquizofrenia: 100 de 1937 a 1939 con remisión en el 70% de los casos; 440 de 1939 a 1958 con remisión en el 63,4% de los casos. Las siguientes conclusiones se refiere solo a los 440 pacientes.

- En lo que respecta a los tipos de esquizofrenia, la catatónica constituyó la mayor parte de las remisiones totales (52%).
- Dentro de los cuatro métodos utilizados, aquel que mostró los mejores resultados fue la combinación de insulinoterapia, electrochoque y clorpromazina.
- En aquellos pacientes con menos de seis meses de enfermedad, la remisión se produjo en el 78,80% de los casos; en aquellos de seis a doce meses en el 62,22% y en aquellos con más de doce meses en el 52,26%.
- Los tratamientos asociados con menos de 50 comas produjeron una remisión en el 56,84% de los casos; con 50 a 100 comas en el 73,29% y con más de 100 comas en el 56,80%.
- En lo que respecta al sexo, al comparar los dos grupos en igualdad de condiciones de cuidado, la remisión se produjo en el 68,71% de los hombres y en el 60% de las mujeres.
- Cuatro de nuestros pacientes murieron (0,91%). Se mencionan otras complicaciones y su respectivo tratamiento efectivo.

Agradecimientos

Me gustaría expresar mi sincero agradecimiento a los Doctores Miguel A. Chicata, Alfredo Saavedra y José L. Cunza por su valiosa colaboración en la revisión de las historias clínicas y la preparación del material presentado en este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sakel M. Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Vienna-Leipzig: Moritz Perles; 1935.
2. Sakel M. Zur Methodik der Hypoglykämiebehandlung von Psychosen. Wiener klinische Wochenschrift. 1936;2:1278.
3. v. Braunmühl A. Die Insulinshockbehandlung der Schizophrenie. Berlin: Julius Springer; 1938.
4. Delgado H, Valega JF, Gutiérrez-Noriega C. Contribución al tratamiento de la esquizofrenia con insulina. Rev Neuro-Psiquiat. 1938;1:463.
5. Delgado H. Tratamiento de la esquizofrenia con cardiazol e insulina. Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Lima: Imprenta Torres Aguirre; 1939.
6. Saavedra A. Algunas alteraciones psicopatológicas del despertar del coma insulínico. Rev Neuro-Psiquiatr. 1953;16:1.
7. v. Braunmühl A. Insulinshock und Heilkampf in der Psychiatrie (2.^a ed). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 1947. p. 17.
8. West FH, et al. Insulin Coma therapy in schizophrenia. Am J Psychiat. 1955;111:583.
9. Patterson ES. Effectiveness of insulin coma in the treatment of schizophrenia. Arch Neurol Psychiat. 1958;79:460.
10. Kolle K, Ruckdeschel K-Th. Erfolge der Insulin-kur bei Schizophrenie. Dtsch Med Wschr. 1956;81:89.
11. Feuerlein W. Die Erfolgsaussichten bei der Insulin-behandlung der Schizophrenie. Nervenarzt. 1968;29:255.
12. Gralnick A. A seven year survey of insulin treatment in schizophrenia. Am J Psychiat. 1945;101:449.
13. Freudenberg RK. Observations on the relation between insulin coma dosage and prognosis in schizophrenia. J Ment Schi. 1952;98:441.

¿Cómo investigar en historia de la psiquiatría?*

How to research in the history of psychiatry?

Jeff Huarcaya-Victoria¹

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. En la práctica psiquiátrica actual, la investigación empírica predomina sobre la investigación conceptual (histórica y epistemológica), lo cual influye en la didáctica de la psiquiatría. En consecuencia, los psiquiatras en proceso de formación no reciben una instrucción adecuada en cuanto a la historia y la epistemología de la especialidad. Objetivos: Presentar modelos de investigación historiográfica que sirvan de guía a los especialistas en psiquiatría.

MÉTODO. Se desarrolla un análisis conceptual de la investigación histórica y de la psiquiatría como disciplina. Así también, se describen determinados enfoques historiográficos (tradicional, conceptual y cuantitativo), y su metodología de investigación. **CONCLUSIONES.** La psiquiatría es una disciplina híbrida, en la cual participan dos epistemologías: las ciencias naturales y las ciencias humanas. La historia de la psiquiatría es fundamental, pues permite al psiquiatra contar con una herramienta epistemológica que potenciará su capacidad crítica. La visión tradicional de la historia de la psiquiatría se ha basado en la historia de la medicina en general, según la cual la historia es una simple sucesión lineal de eventos; sin embargo, hoy se requieren estudios historiográficos conceptuales y cuantitativos.

PALABRAS CLAVE. Psiquiatría; Historia; Perú.

43

SUMMARY

INTRODUCTION. In current psychiatric practice there is a special emphasis on empirical research, leaving aside conceptual research (historical and epistemological). This fact influences the way of teaching psychiatry; psychiatrists in training do not receive adequate training in history and epistemology. **OBJECTIVES.** To provide psychiatrists with some

models of historiographic research. **METHOD.** A conceptual analysis of psychiatry as a discipline and historical research is carried out. It also presents some historiographical approaches (traditional, conceptual and quantitative) and the way in which we can investigate them. **CONCLUSIONS.** Psychiatry is a hybrid discipline, in which two epistemologies participate: the natural sciences and the human sciences. The history of psychiatry is important, since it allows the psychiatrist to have an epistemological tool to enhance their critical capacity. The traditional view of the history of psychiatry has been that of the history of medicine in general, according to which history is a simple linear succession of events. It is necessary to carry out conceptual and quantitative historiographic studies.

KEYWORDS. Psychiatry; History; Peru

* Conferencia dictada en las "Actividades académicas por el centenario del Hospital Víctor Larco Herrera". Lima, 1 de febrero de 2018.

1. Médico psiquiatra. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina, Centro de Investigación en Salud Pública. Departamento de Psiquiatría, Hospital Central Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz. Lima, Perú.

CONCEPTOS PROTAGONISTAS

Psiquiatría

Antes de ahondar en la historia de la psiquiatría, debemos partir de una definición conceptual de nuestro objeto de estudio. Existen, desde luego, muchas definiciones de la psiquiatría:

“... es la rama de las ciencias médicas que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, esto es, tanto en las enfermedades propiamente psiquiátricas como otras patologías psíquicas, entre que los que se incluyen los trastornos de personalidad.”¹

Esta es la definición más usual, difundida a través de diversos textos de psiquiatría. Nótese que únicamente define la psiquiatría como una rama de la medicina. De acuerdo con la consulta de archivos médicos, artículos científicos, revistas y textos médicos que escribieron los alienistas o los psiquiatras, esta definición data de fines del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, esto es, cuando surgió la psiquiatría o alienismo como rama de la medicina. Otra definición a considerar es la formulada por el grupo de Cambridge:

“(la psiquiatría es) ... una disciplina híbrida entre las ciencias naturales y humanas, cuyas áreas de estudio implican comportamientos mal adaptativos que resultan probablemente de enfermedades físicas o conflictos psicológicos, sociales o políticos.”²

Según esta conceptualización, la psiquiatría no solamente es una ciencia natural, como rama de la Medicina, sino que se la comprende a través de dos epistemologías: las ciencias naturales y las ciencias humanas, lo cual genera muchos problemas, ya que en las universidades hemos sido formados para ser científicos naturales, no científicos humanistas, y esa gran dificultad la percibimos al momento de tratar frente a frente con un paciente.

Existe otra definición todavía más amplia que nos aproxima al concepto de la psiquiatría. Para Otto Marx, historiador de la medicina y de la psiquiatría, esta disciplina implica la suma de distintos esfuerzos médicos, tal como describe a continuación:

“Todos los esfuerzos médicos (no limitados a estos) para buscar ayudar a los enfermos mentales, incluidas las doctrinas, la ciencia, las prácticas y las instituciones utilizadas con este fin.”³

Por tanto, se trata de una rama médica que involucra a distintos profesionales, como el médico, la enfermera, el psicólogo, la asistente social, etc. Además, no solamente se refiere a las teorías o prácticas de los tratamientos psicofarmacológicos que los psiquiatras realizan, sino también a las instituciones. Entonces, con base en esta definición, nos remontaremos a las fuentes históricas para buscar los resultados clínicos que entregaban los psiquiatras y hurgaremos, además, en la historia de la institución. Recapitulando, entonces, la psiquiatría se encarga de comprender y manejar algunas dolencias humanas que a partir del siglo XIX se denominan síntomas mentales; en este sentido, la comprensión no solo será cognitiva o intelectual, sino también subjetiva, historiográfica, biológica y hasta estética, en torno al síntoma mental. En consecuencia, el tratamiento se enmarcará dentro de un contexto ético,² como corresponde a los profesionales de la salud mental.

A partir del siglo XIX, la historia de la psiquiatría se vincula con la historia de la medicina. Antes de esta unión, el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales estaba a cargo de las religiosas, las instituciones policíacas, entre otras. Pero, desde el siglo XIX, los médicos asumen el tratamiento de estos enfermos: “Nosotros nos vamos a encargar de tratar a los enfermos mentales”. Entonces, los médicos observaron la necesidad de crear un lenguaje que propicie la comunicación entre el médico y el paciente, que permita expresar o conceptualizar lo que el paciente manifiesta o muestra: nace la psicopatología.

Cuando aparece la psiquiatría, una ciencia nueva, resultaba complejo distinguir a alguien “normal” de alguien “anormal”; entonces, los psiquiatras adoptaron ciertos conceptos de otras ciencias humanas que, en el siglo XVIII, época de la Ilustración, ya se habían consolidado como

parte de la antropología, la sociología, etc. Así, los primeros psiquiatras que acogieron estas delimitaciones establecieron una correlación entre esta nueva patología y alguna parte del cuerpo humano. Ahora sabemos que el cerebro es el órgano que dirige la conducta, pero, inicialmente, se pensaba que lo hacía el corazón, el estómago o los intestinos. Por tanto, lo que define un trastorno en psiquiatría no lo hace una patología neurobiológica, sino que es la sociedad (ciencia social) quien determina qué es anormal; de ahí que los psiquiatras, neurocientíficos y neurobiólogos relacionen esta conducta socialmente anormal con algún sustrato putativo en el cerebro. Esta doble epistemología ocasiona que la psiquiatría difiera enormemente de otras especialidades médicas, pues es esta diferencia la que marca sus pautas en la enseñanza y la investigación, considerando la semántica, esto es, el mundo de los significados que genera o que crea el paciente, y toda investigación neurocientífica, lo que en las últimas décadas ha cobrado relevancia. Por medio de esta conjunción, será posible crear una idea clara, precisa y, sobre todo, útil para el tratamiento del enfermo.

No obstante, actualmente, observamos diversas crisis en la psiquiatría. Primero, nuestra especialidad, al tener doble epistemología, depende de dos tipos de investigación: la empírica y la conceptual, pese a que en las últimas décadas ha surgido o se ha afianzado la creencia de que en nuestra especialidad ya se resolvieron todas las dudas conceptuales, todos los síndromes psicopatológicos están descritos, y solo queda centrarse exclusivamente en la investigación del correlato neurobiológico. Esto debido a que existe la idea de que la realidad es única, constante, enteramente cognoscible, y se piensa que no hay subjetividad, que la cultura no importa en la génesis del síntoma mental.⁴ Además, se estima que el conocimiento es algo progresivo, acumulativo y tendemos a ver a los psiquiatras del pasado como “poco científicos”, pues no tenían mucha información.⁴ Estas creencias han originado el malestar que existe hoy en nuestra especialidad, prevaleciendo un gran número de investigaciones empíricas, en detrimento de la investigación conceptual (histórica y epistemológica).

Investigación histórica

Existen muchas formas de historia: historia general, historia biológica, historia filosófica o también científica. Nosotros vamos a acercarnos a la historia filosófica o científica, que consiste en la recuperación y en repensar algún suceso y adecuarlo al contexto en que nos encontramos.⁵ Cabe destacar que no solamente se hace historia de las cosas que pasaron, sino también se puede hacer historia de los sucesos presentes. Así nos lo recuerda Arnold Toynbee en su libro *La Europa de Hitler*:

*“La visión del historiador está condicionada siempre y en todas partes por su propia ubicación en el tiempo y en el espacio; y como el tiempo y el espacio están cambiando continuamente, ninguna historia, en el sentido subjetivo del término, podrá ser nunca un relato permanente que narre, de una vez y para siempre, todo de una manera tal que sea aceptable para los lectores de todas las épocas, ni siquiera para todas las partes de la Tierra.”*⁶

Los historiadores, según el contexto, reconceptualizan los eventos del pasado, acorde con el cuerpo de conocimiento que poseen. Debido a esto, actualmente todavía se escriben libros sobre el Antiguo Egipto, tal como hace 50 o 200 años, dado que en cada contexto histórico se observan estos sucesos de manera diferente. Por lo tanto, no hay historias de la psiquiatría perennes: cada generación de psiquiatras tiene que volver a repensar qué es lo que está haciendo. Con respecto a la investigación histórica, esta sigue, generalmente, tres fases: (Figura 1): a) descripción: se define el objeto de estudio, en nuestro caso, el síntoma mental; b) clasificación: cómo estos objetos o síntomas mentales se han clasificado; y c) explicación: cómo los psiquiatras o alienistas del pasado explicaban el origen o la génesis de tales síntomas.⁷ Asimismo, si la investigación histórica se centra en una revisión de los sucesos del pasado, entonces nos encontramos ante una investigación diacrónica (análisis descriptivo del pasado); si, por el contrario, se ocupa de los hechos presentes, entonces nos encontramos ante una investigación sincrónica (análisis descriptivo del presente), la

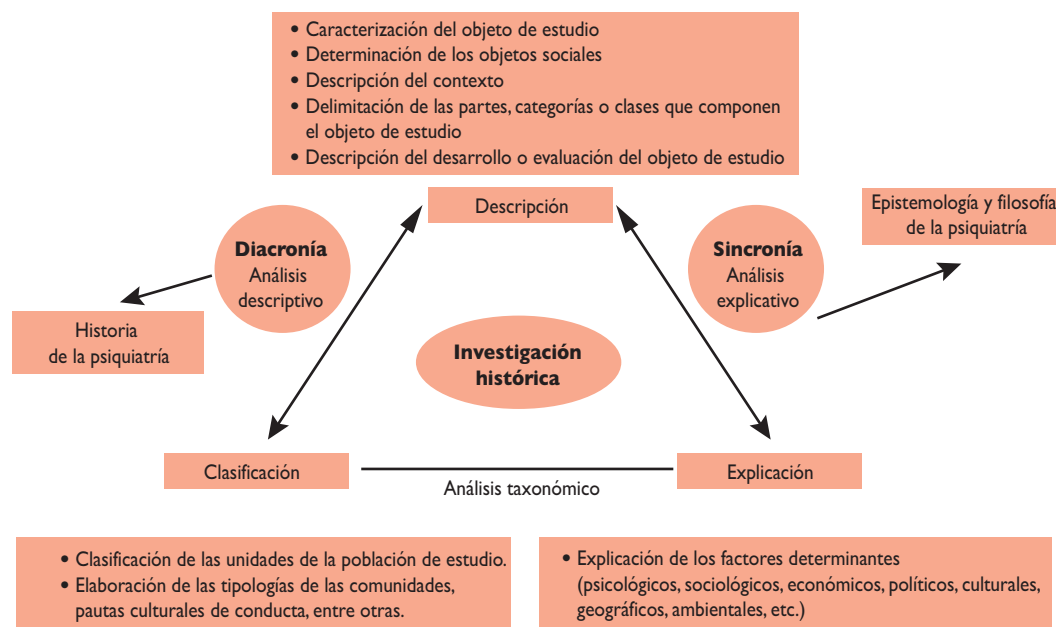


Figura 1. Diferentes componentes de la investigación histórica.

cual constituye la epistemología de la psiquiatría, mientras que la diacrónica pone énfasis en la historia de la psiquiatría.² De esta manera, se genera un puente entre la investigación histórica y la investigación epistemológica.

Así también, los métodos de la investigación histórica son diversos: a) heurístico: consiste en recurrir al pasado y buscar la información y datos; b) hermenéutico: consiste en entender y explicar las causas de un evento; c) deductivo-inductivo, se parte de lo general a lo particular, y en sentido inverso, de lo particular a lo general; y d) otros submétodos: cronológico, etnográfico, geográfico, etc.⁸

¿Para qué sirve la historia de la psiquiatría?

Usualmente, en nuestra práctica profesional debemos atender a muchos pacientes en poco tiempo, por lo que la pregunta “¿para qué sirve la historia de la psiquiatría?” no es simplemente retórica. Son varias las respuestas a esta pregunta: a) justificar el presente; b) explicar el presente; c) identificar fuentes de error; d) buscar ideas y repensar la información ya difundida (p. ej. cuestionar la datación de los descubrimientos actuales). Además de estas razones, probablemente, la utilidad principal de

la historia de la psiquiatría se deba a que es una gran herramienta epistemológica que permite al residente ampliar su capacidad crítica. ¿Cómo podemos formar a los residentes en psicoterapia, psicofarmacología o psicopatología si no les damos antes las herramientas para que puedan analizar de manera crítica todas estas narrativas? ¿Qué sucede si no adquieren estas competencias de análisis crítico? El residente entra en una zona de confort, donde las ideas que adopten quedarán perennes; o en el peor de los casos, será crítico, pero no desde una postura filosófica, sino más bien dogmática.

Sin embargo, pese a las razones que justifican la importancia de la historia de la psiquiatría, ¿por qué es frecuentemente dejada de lado? Algunas de las causas son las siguientes:

a) Existe la creencia de que todos los seres humanos tenemos, intrínsecamente, la capacidad filosófica integrada. Por lo tanto, “¿para qué le vamos a enseñar eso si el residente ya tiene la capacidad de análisis filosófico?”. Frente a esta postura, debemos recalcar que no todas las personas tienen las mismas cualidades; por tanto, es necesaria cierta formación filosófica, tanto en la formación como médico general como, en especial, en la formación psiquiátrica.^{9,10}

- b) Debido a eventos vergonzosos en la historia de la psiquiatría: “Para qué voy a hablar de la historia si los psiquiatras en el pasado hacían lobotomías, golpeaban a los pacientes o ayudaron a los nazis. Es mejor olvidarlo”. Si vemos la historia de manera descontextualizada, obviamente, sentiremos vergüenza de los eventos del pasado.^{9,10}
- c) Por la visión “iluminista” de la historia, según la cual ya no es necesario ver los acontecimientos del pasado, sino solo el presente y aumentar el conocimiento.^{9,10}
- d) La psiquiatría es vista como súbdita de las neurociencias. Según esta idea, ya no se requiere seguir investigando en la historia de la psiquiatría; solo es importante acometer estudios “neurocientíficos”.^{9,10} Lamentablemente, algunos psiquiatras se conforman con fungir de “minineurólogos”.

mación, que según Berrios no es tan importante, son las patobiografías.² Los pacientes generan síntomas mentales, en los que, si se desea investigar, se debe iniciar una historia conceptual (analizar por separado la historia de las palabras, los conceptos y las conductas).² En un nivel superior, los psiquiatras generan algunas teorías que explican tales síntomas mentales. Se tendrían que investigar, desde una perspectiva histórica, los textos en los cuales los psiquiatras produjeron estas teorías; además de reparar en su biografía, sus influencias, las causas de sus argumentos, de donde derivan las teorías que propusieron. En este momento, se comienzan a generar tratamientos, de los que no solo se necesita investigar el tratamiento farmacológico, sino también el psicológico, y la historia de las instituciones, dentro de un contexto social y cultural, por lo que se debe solicitar la colaboración de sociólogos, antropólogos culturales, etc.

HISTORIOGRAFÍA DE LA PSIQUIATRÍA

El análisis historiográfico de la psiquiatría puede llevarse a cabo en distintos niveles (Figura 2). Por ejemplo, para abordar el análisis histórico de las personas que sufrieron trastornos mentales, podría buscarse información en los registros clínicos de los pacientes o en las cartas donde ellos relataron cómo veían a sus psiquiatras. Otro tipo de infor-

Cabe resaltar el flujo constante que se aprecia en el modelo de la Figura 2, con énfasis en la retroalimentación: la persona que sufre un trastorno mental configura sus síntomas mentales de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra, y los síntomas que exprese provocará que los psiquiatras generen sus propias teorías, las cuales, a su vez, provocarán que la población tenga una idea de por qué una persona enloquece

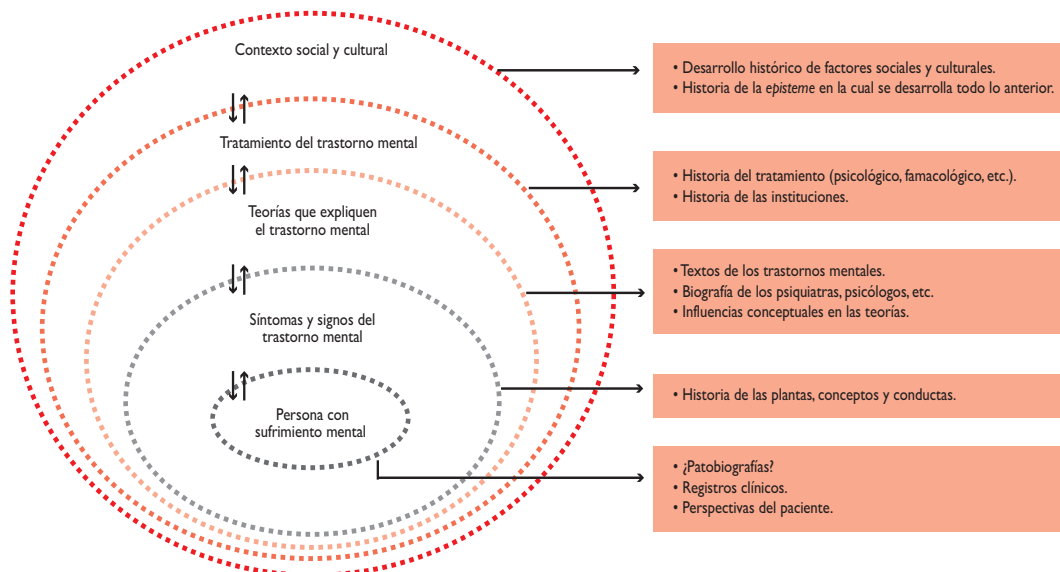


Figura 2. Niveles de enfoque historiográfico de la psiquiatría.

(en la década de 1940, se pensaba que había enfermos mentales porque las madres no daban mucho amor a sus hijos; ahora se habla de teorías neurobiológicas). De esta manera, la sociedad va a comprender al trastornado mental a través de las teorías que la psiquiatría brinde.

Enfoques historiográficos de la psiquiatría

Historiografía tradicional

Es uno de los enfoques más difundidos, y el que generalmente se sigue en la historia de la medicina (también conocido como enfoque whig de la historia). Consiste en aproximarse a la historia de la psiquiatría como una escalera, una sucesión lineal de eventos que llevan desde un pasado oscuro hasta un presente iluminado. Basta con revisar cualquier texto base de psiquiatría, donde encontraremos un primer capítulo dedicado a la historia, en el cual se muestra una sucesión lineal desde Hipócrates, Areteo de Capadocia, Galeno, la Edad Media, Esquirol, Kraepelin, Bleuler, Schneider, Freud y el DSM-5: esa es la “historia de la Psiquiatría”. Recoge solamente las cosas positivas que hicieron los psiquiatras del pasado. En nuestro país, tenemos una historiografía tradicional (Figura 3) que inició con el joven profesor Valdizán, conocido como el “Pinel peruano”, quien liberó a los “locos”; de ahí, se rescata la figura de Honorio Delgado, quien consolidó la

psiquiatría como especialidad médica e introdujo diversos tratamientos biológicos; luego, apareció Segúin, quien introdujo y expandió las diversas formas de psicoterapia en el Perú; y, por último, llegamos a un estado de tranquilidad, estabilidad, donde utilizamos el DSM-5 o el CIE-10, para, posteriormente, solo encargarnos de encontrar el correlato neurobiológico de los diferentes trastornos mentales. Este enfoque es, sin embargo, muy sesgado y reducido. La historia de la psiquiatría peruana no inicia con Valdizán, sino mucho antes, dado que no se ha escrito sobre los primeros alienistas peruanos, como, por ejemplo, Casimiro Ulloa. Toda esta historia tiene que ser documentada, escrita y explicada. La historia no debe entenderse como una continuación lineal, pues son más bien capas que confluyen en una época donde hubo conflictos, que también tienen que ser mencionados (p. ej.: las razones sociales y clínicas del conflicto entre la escuela somática liderada por Delgado y la psicodinámica liderada por Segúin).

El enfoque tradicional genera trabajos tradicionales, p. ej., en un artículo muy citado sobre la historia del autismo, escrito por Lorna Wing, encontramos esta visión historiográfica tradicional. Se habla del pasado oscuro, de cómo los psicoanalistas culpaban de los síntomas del autismo a la madre. Tras diversos estudios, estamos a punto de descubrir las bases genéticas y neurobiológicas del autismo.¹¹ Otro tipo de artículos tradicionales son las patobiografías: ¿de

Interpretación Whing de la historia

Los grandes hombres



Figura 3. Historiografía tradicional de la psiquiatría peruana.

qué me sirve conocer el diagnóstico psiquiátrico de Miguel Ángel, da Vinci, Jesús, Mahoma, entre otros? Se piensa, erróneamente, que, dado que escribimos sobre personajes del pasado, hacemos historia de la psiquiatría, p.ej.: en algunos trabajos, se sugiere que Mozart tuvo el síndrome de Gilles de la Tourette;¹² sin embargo, cuando el síndrome de Asperger comenzó a ponerse de “moda”, surgieron artículos en los cuales se planteaba la posibilidad de que Mozart haya tenido en realidad este trastorno del espectro autista.¹³

Historiografía conceptual

Este es el modelo historiográfico propuesto y desarrollado por la Escuela Psicopatológica de Cambridge (Tabla 1). Consiste en estudiar históricamente los tres componentes fundamentales de los síntomas mentales: las palabras, el concepto y las conductas.

- a. Existen palabras recicladas, como es el caso de la palabra clásica “melancolía”, utilizada en reiteradas oportunidades. Los griegos asumieron que este término no podía equipararse con el concepto actual que tenemos de la palabra “depresión”. Igualmente, la palabra “bipolaridad”, descrita por Leonhard, no puede equipararse con el concepto actual que tenemos de

bipolaridad. ¿Por qué es interesante observar estos significados? Porque nos permite entender cómo se nombran los síntomas y trastornos mentales en la psiquiatría. Los psiquiatras crean palabras (neologismos) o nombran los síntomas con palabras que ya hubo en el pasado. Ciertas palabras, tales como acedia, monomanía y drapetomanía, se abandonaron. ¿Por qué? Tomemos el ejemplo más reciente, el de la homosexualidad: ¿por qué motivo se la ha retirado de los manuales de clasificación diagnóstica? ¿Acaso porque hubo mucha investigación neurobiológica y neurocientífica que demostró que la homosexualidad no era una enfermedad? No. Fue por el hecho de que la sociedad comenzó a estigmatizar que se llame enfermo a alguien solo por mostrar intereses amorosos y sexuales por personas del mismo sexo.¹⁴ La psiquiatría genera sus síntomas en el contexto social en que se encuentre, lo cual también significa que la psiquiatría no es ética ni políticamente neutra (no es conveniente vivir en un país donde piensen que porque uno tiene un color de piel o gustos sexuales diferentes es un enfermo mental). Aunque encuentren una alteración neurobiológica en el cerebro de un homosexual, eso no demuestra que se trate de un enfermo: todos decidimos quién es o no un enfermo mental.¹⁴

Tabla 1. Modelo historiográfico conceptual propuesto por la Escuela Psicopatológica de Cambridge. Elaborada a partir de Berrios²

	Historia de las palabras	Historia de los conceptos	Historia de las conductas
● Disciplinas asociadas	Etimología Semántica histórica Lexicografía histórica Filología	Historia conceptual Historia de las ideas	Paleontología de la conducta Antropología social
● Características	Sencilla de hacer en personas iniciadas Poco informativa Transhistórica	Informativa Compleja Se vincula a la filosofía Propensa a la abstracción	Difícil de trabajar Triangulación transhistórica y transcultural basada en “cuanto más fuerte es la invariante biológica subyacente, más estereotipadas son las descripciones” (p.ej. embriaguez, cocainismo).
● Objetos de estudio	Oficial (p.ej. DSM-5, CIE-11) No oficial Abandonados	Epistemes, themata	Conductas, interacciones humanas, etc. Disponibles como “textos fosilizados” nombrados y explicados de manera diferente

- b. Para investigar la historia de las conductas, debemos utilizar registros históricos que describen cómo se comportaba una determinada persona; para ello, es necesario utilizar la antropología social, paleontología de la conducta. P. ej., las conductas del melancólico en la Antigua Grecia eran completamente diferentes a las conductas del melancólico actual. Cuando se menciona que los tratamientos antiguos de la melancolía no funcionaron, hay que preguntarnos: ¿están hablando del tratamiento de las conductas que actualmente llamamos melancólicas o las conductas que los griegos antiguos entendieron como melancólicas? Si pensamos en el tratamiento de la melancolía de acuerdo con los estándares actuales, obviamente, no iba a funcionar.
- c. La historia de los conceptos consiste en identificar qué ideas tenían los psiquiatras respecto al origen de estos síntomas.

Estos tres componentes convergen en el trabajo de diversos psiquiatras en un contexto histórico determinado, que expresa una necesidad social, política y económica, y deviene en las génesis de un nuevo síntoma mental. ¿Cuándo ocurre esta convergencia? ¿Por qué ocurre? ¿Por cuánto tiempo? ¿Por qué algunas convergencias parecen

ser estables mientras que otras duran poco tiempo? Son preguntas que deben contestarse luego de realizar el análisis historiográfico conceptual. Es posible pensar que si un trastorno mental ha demostrado tener una convergencia estable es porque tiene una gran base neurobiológica. También, puede deberse a que expresa unas necesidades sociales específicas, y la sociedad está contenta con la explicación que han dado los psiquiatras para determinada conducta.² Traemos a colación un caso de convergencia que se dio en nuestro país (Figura 4). Tenemos las palabras psicossomático, adaptación, un concepto, el fracaso adaptativo y consecuencias patológicas de este que terminan en conductas depresivas, ansiosas y somatizadoras, lo que se da en un contexto histórico y social determinado, el de los fenómenos migratorios del Perú durante la segunda mitad del siglo XX. Todo lo anterior convergió en el trabajo de Carlos Alberto Seguin y el Grupo del Obrero, quienes crearon una entidad clínica: el síndrome psicossomático de desadaptación.¹⁵⁻¹⁷ En un contexto social determinado, es importante definir lo que está sucediendo con las personas migrantes e interpretar por qué se enferman físicamente y psicológicamente. Cuando el contexto social y político en el cual se describió este síndrome cambió, desapareció esta categoría.²

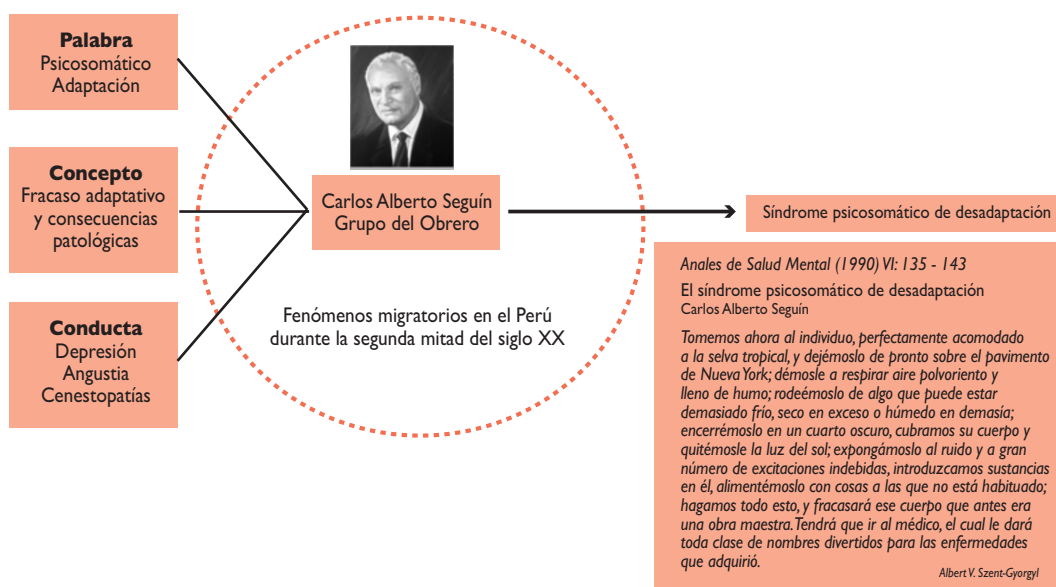


Figura 4. Modelo de convergencia de la Escuela Psicopatológica de Cambridge aplicado al "síndrome psicossomático de desadaptación".

Historiografía cuantitativa

Consiste en tratar los registros históricos como si fueran reportes de casos y estudiarlos retrospectivamente. P. ej.: tomamos los registros clínicos que hay en el museo del Hospital Víctor Larco Herrera, buscamos algunas variables y las analizamos retrospectivamente. Luego, debemos decidir qué criterios utilizaremos para buscar estas variables: pueden ser los criterios diagnósticos actuales, o el investigador puede crear sus propios criterios diagnósticos, de acuerdo con el contexto clínico en que se dieron los registros investigados. Si los datos son lo suficientemente precisos y claros, se pueden establecer análisis estadísticos más refinados como el análisis de clúster, análisis de componentes principales, etc.¹⁸ Así, en un artículo historiográfico cuantitativo de Berrios y Luque, se analizan retrospectivamente casos de pacientes con síndrome de Cotard, desde finales del siglo XIX hasta el siglo XX. Encontraron una serie de 100 casos, según criterios diagnósticos basados en las descripciones hechas por Jules Cotard, con lo cual recogieron datos para elaborar, posteriormente, el análisis de clúster.¹⁹

RECOMENDACIONES

La investigación histórica debe explicar las motivaciones de nuestro trabajo y responder a preguntas del tipo “¿por qué estoy escribiendo esta historia?”, “¿por qué quiero criticar a la neurobiología?”, “¿por qué quiero criticar al psicoanálisis?”, “¿por qué quiero generar nuevos conocimientos?”, “¿cuál es mi motivación para escribir esto?”, “¿cuál es el propósito y qué metodología estoy siguiendo: la heurística, la hermenéutica, la deductiva-inductiva?”, y “¿de qué manera esto corrobora o cambia nuestras ideas?”. Es imposible considerar que seremos ajenos a la subjetividad y a los sesgos; y, si los tenemos, es fundamental reportarlos y señalarlos al inicio de nuestra investigación, para producir luego un artículo histórico de calidad.³ El fin último será construir narrativas lo suficientemente claras, precisas y predictivas; además de estéticamente atractivas y útiles para el tratamiento del enfermo.

CONCLUSIONES

La psiquiatría es una disciplina híbrida, cuyo objeto de estudio son los síntomas mentales; en ella confluyen dos epistemologías: las ciencias naturales y las ciencias humanas.

La visión tradicional de la historia de la psiquiatría ha sido la de la historia de la medicina en general, según la cual se parte de un pasado oscuro a un futuro deslumbrante. En la actualidad, se requieren estudios historiográficos conceptuales que aborden los tres aspectos de los síntomas mentales: la palabra, el concepto y la conducta; así como, estudios historiográficos cuantitativos que contemplen la revisión de registros clínicos antiguos.

En definitiva, la historia de la psiquiatría es importante, ya que permite tanto al psiquiatra en formación como al ya entrenado contar con una herramienta epistemológica que potenciará su capacidad crítica y su práctica profesional.

AGRADECIMIENTO

El autor desea expresar su más sincero agradecimiento a David Huarcaya Victoria, por haber colaborado en la transcripción de la conferencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallejo J. Introducción (I). Psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental. Tendencias en la psiquiatría Actual. En: Vallejo J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2015.
2. Berrios GE. Filosofía e historia de la Psiquiatría y la Psicopatología. 1.ª parte. Vertex. 2011;22:5-18.
3. Marx OM. What is the history of psychiatry? II. Hist Psychiatry. 1992; 3(11):293-301.
4. Berrios GE. Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2011.
5. Bunge M. Diccionario de Filosofía. 5.ª ed. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores; 2007. historia.
6. Toynbee AJ. La Europa de Hitler. Madrid: Sarpe; 1986.
7. Fusco G. La investigación histórica, evolución y metodología. Rev Mañongo. 2009;17(32):229-245.
8. Delgado G. Conceptos y metodología de la investigación histórica. Rev Cub Salud Públ. 2010;36(1):9-18.
9. Mulder RT. Why study the history of psychiatry? Aust N Z J Psychiatry. 1993;27(4):556-559.
10. Beveridge A. The history of psychiatry: personal reflections. J R Coll Physicians Edinb. 2014;44(1):77-84.
11. Wing L. The history of ideas on autism: legends, myths and reality. Autism. 1997;1(1):13-23.
12. Aterman K. Did Mozart have Tourette's syndrome? Some comments on Mozart's language. Perspect Biol Med. 1994;37:247-258.
13. Raja M. Did Mozart suffer from Asperger syndrome? J Med Biogr. 2015;23(2):84-92.
14. Reznick L. The philosophical defence of psychiatry. Londres: 1991.
15. Seguin CA (editor). Psiquiatría y sociedad. Estudios sobre la realidad peruana. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1962.
16. Zapata S. Consideraciones psicológicas y culturales en torno al síndrome psicósomático de desadaptación. Anales del Servicio de Psiquiatría. 1961;3(4):27-32.
17. Valdivia O, Llanos AM. Migración interna y morbilidad psiquiátrica en pacientes de consulta externa. En: Peña S, Valdivia O, Alva J, editores. Cuarto Congreso Nacional de Psiquiatría. Lima: Biblioteca de Psiquiatría Peruana; 1976. p. 136-151.
18. Berrios GE. Historiography of mental systems and diseases. Hist Psychiatry. 1994;5(18):175-190.
19. Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. Acta Psychiatr Scand. 1995;91:185-188.

Historia del Hospital Víctor Larco Herrera

History of the “Hospital Victor Larco Herrera”

Enrique Bojórquez-Giraldo¹

52

RESUMEN

Se describe las circunstancias históricas, políticas y culturales que llevaron a la construcción del Asilo Colonia de la Magdalena, posteriormente denominado Hospital Víctor Larco Herrera; su desarrollo en las primeras décadas de su funcionamiento, sus figuras más representativas y sus principales contribuciones a la psiquiatría peruana.

PALABRAS CLAVE. Manicomio; Asilo Colonia; Hospital Víctor Larco Herrera; Psiquiatría.

ABSTRACT

It describes the historical, political and cultural circumstances that led to the construction of Asilo Colonia de la Magdalena, later named Víctor Larco Herrera Hospital; its development in the first decades of its operation, its most representative figures and its main contributions to Peruvian psychiatry.

KEYWORDS. Asylum, colony asylum, Víctor Larco Herrera Hospital, psychiatry

EL CONTEXTO

Los inicios de la historia del Hospital Víctor Larco Herrera coincide con dos hechos, en primer lugar el proceso de modernización del país, emprendido por el gobierno de Piérola, luego del desastre de la guerra con Chile; y en segundo lugar los cambios en el pensamiento psiquiátrico, que a tono con el denominado “tratamiento moral”, propugnaba un trato

humano a los pacientes con problemas mentales y que se materializaba en crear mejores condiciones de vida en las instituciones que los albergaban.

En el proceso de modernización de fines del siglo XIX e inicios del XX en nuestro país, confluían, como nunca, la estabilidad política, el crecimiento económico y la influencia de las élites modernizadoras, que enfatizaban el desarrollo material, la obra pública. Políticamente, eso se concretiza con la creación del Ministerio de Fomento, lo que lleva a “constituir un espacio donde las obras de modernización pudiesen diseñarse y supervisarse de manera más organizada y profesional” (L. Quiñones, 2014).

En este contexto el estado lamentable en el que se encontraban los hospitales y asilos de la ciudad, llevaron a que el Ministerio de Fomento y la Sociedad de Beneficencia de Lima, buscaran corregir esta situación, proponiendo la edificación de nuevos establecimientos hospitalarios. Es así que se idean tres grandes proyectos hospitalarios:

1. Profesor principal, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana

el Hospital Nacional de Mujeres (futuro Hospital Arzobispo Loayza), el Hospicio Nacional de Tuberculosos (denominado después Hospital Domingo Olavegoya), y el Manicomio General (conocido posteriormente como Hospital Víctor Larco Herrera).

LA CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL

Al igual que los hospitales de la capital, el Manicomio del Cercado, único centro dedicado al resguardo y tratamiento de los locos a nivel nacional, pasaba a fines del siglo XIX por un periodo de decadencia material que sumado a la sobrepoblación de sus espacios hacían insostenible su funcionamiento.

En respuesta a esta problemática, el 1 de abril 1896, cuando era presidente de la República don Nicolás de Piérola y ministro de Fomento Eduardo De la Romaña, se expide la Resolución Suprema que sacaba a concurso público “entre los médicos” el Proyecto para la Casa de Insanos. El concurso tenía como objeto, según dicha Resolución Suprema “obtener un estudio completo y circunstanciado sobre las condiciones a que debe atenerse una casa de insanos, conforme al sistema de tratamiento que actualmente se sigue en los establecimientos de esa clase”.

Los proyectos a presentar debían tener en cuenta varios requisitos, pero dos eran las principales. Por un lado, el estudio debía comprender una propuesta de servicios para menos de 100 pacientes y otra para más de 300 pacientes. Por otro lado, dado que el manicomio de “modelo cerrado”, como el Manicomio del Cercado era cuestionado por la ciencia de la época y la opinión pública, la opción ahora era apostar por un manicomio “abierto”, en donde el loco pudiera gozar de una cierta libertad y, además, aprovechar los extensos campos para dedicarse al trabajo; una “miniciudad” dentro de una ciudad. Aunque la forma era distinta –la creación de un establecimiento amplio que proporcionara mejores condiciones de vida a los pacientes–; el fondo era el mismo, el aislamiento manicomial.

El Jurado estuvo conformado por Armando Vélez, Ricardo Flores, Ignacio La Puente y

Segnier y Alejandro Guevara. Se presentaron tres proyectos, con los seudónimos de Eureka, Sunoto y Telepo. El ganador del Concurso fue el primero, que correspondió al doctor Manuel Antonio Muñiz Sevilla, director del Manicomio del Cercado de 1891 a 1897, con un proyecto titulado “Asistencia pública de los enajenados”.

EL PROYECTO DE MUÑIZ

El proyecto que presenta Muñiz era audaz y adelantado para su tiempo. Así, planteo que debía haber dos tipos de hospitales psiquiátricos, para agudos y para crónicos. Para estos últimos plantea la creación de colonias agrícolas fuera de Lima. También que los hospitales generales debían tener servicios psiquiátricos de hasta 20 camas para pacientes agudos.

Respecto al hospital para agudos, plantea que el establecimiento debería ser “abierto” y carente de sistemas de contención, con talleres y áreas agrícolas; que el manejo del Manicomio debía estar en manos de personal técnico; que debía haber un enfermero por cada 10 a 12 pacientes y 1 por cada 6 agitados; y que debía tener una extensión de 10 000 m² por cada 100 camas, sin contar la parte agrícola (100 m² por cama).

Otra propuesta de Muñiz fue que el nuevo establecimiento debía tener dos partes bien diferenciadas: la sección de asistencia y la sección agrícola. La primera conformada por los servicios generales y por pabellones de clasificación y tratamiento. Los servicios generales encargadas de las actividades médicas y administrativas del asilo (cuerpo médico, botica, electroterapia, hidroterapia, economía y sala de fiestas y reuniones). Cada pabellón sería destinado a fines especiales y a la asistencia diferenciada, por lo que sugiere para cada uno determinadas normas arquitectónicas y mobiliario particular. Es así que planteó la existencia de cuatro pabellones para distintos tipos de pacientes: tranquilos, agitados, sucios e idiotas, y crónicos. La sección agrícola, a su vez, tendría como objetivo hacer trabajar al insano, pues consideraba que el trabajo tenía una doble ventaja: por un lado era un instrumento terapéutico, y por otro lado, podía ser una fuente de obtención de recursos económicos.



Figura 1. Manuel Antonio Muñiz.

El número de pabellones serían alrededor de 30; y el costo de la obra fue calculada en 250 000 soles para un hospital de 300 camas.

Lamentablemente, Manuel Muñiz muere en 1897, a la temprana edad de los 37 años; antes que se ejecutaran las obras del nuevo manicomio. Es remplazado por el doctor David Matto; quien no era psiquiatra, por lo que previo a que se hiciera cargo del puesto fue enviado a Europa para entrenarse en la especialidad.

ELECCIÓN DEL TERRENO E INICIO DE LAS OBRAS (1896-1902)

En octubre de 1896, se crea una Comisión especial para corregir, dirigir y concretar la propuesta de Muñiz. Esta comisión estuvo presidida por el médico Ricardo Flores Gaviño, y conformado por el ingeniero José Castañón, el doctor Manuel Antonio Muñiz y el arquitecto Félix Gautherot. En noviembre de 1896, la Comisión especial emite su informe y elige la Hacienda Santa Beatriz, como el lugar más adecuado para la construcción del manicomio. Calcula el costo total de las obras entre 600 000 y 700 000 LP. Sin embargo, estas recomendaciones no son tomadas en cuenta y fallece Muñiz.

Posteriormente, en mayo de 1900, el Ministerio de Fomento crea una Junta Económica encargada de escoger y adquirir el terreno, y de administrar los fondos para este fin. Por sugerencia de la Beneficencia de Lima, el doctor David Matto, médico jefe del Manicomio del Cercado, pasó a integrar la Junta Económica y el arquitecto Maximiliano Doig remplaza a Gautherot. El arquitecto y el cuerpo médico del Manicomio del Cercado, integrado por David Matto, Wenceslao Mayorga y Estanislao Pardo Figueroa, recorrieron a mediados de 1900 los ambientes de la ciudad que podrían servir para el nuevo manicomio. La mayoría de la Junta se ratificó en proponer la Hacienda Santa Beatriz como el mejor lugar. Sin embargo, el gobierno desestimó ese pedido, pues ya esos terrenos estaban destinados a la Escuela de Agricultura.

Entonces el arquitecto Maximiliano Doig, elabora un nuevo plano, que ubicaba al nuevo Manicomio en Magdalena del Mar, específicamente en los fundos Oyague, Orbea y Matalechuza (850 481 m²), lugar en donde se encuentra actualmente el HVLH. En diciembre de 1900, por Resolución Suprema se aprueba la propuesta.

El fundo Oyague (331 141 m²) fue comprado a Ismael Bielich por 15 000 soles; la finca Orbea (66 042 m²), a José A. de la Puente por 2 000 soles; el fundo Matalechuza, propiedad de Domingo Olavegoya, fue donado “con el carácter perpetuo e irrevocable y con la condición expresa de que sea para incluirlo en la cuadratura del edificio del expresado manicomio” (Memorias de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, 1901).

Para la financiación de la obra, el gobierno dispuso que se destine el 25% del producto neto del Ramo de Loterías de Lima y Callao.

LA CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL

El 18 de agosto de 1901, el presidente López de Romaña, puso la primera piedra del edificio destinado a ser el Hospital Nacional de Insanos. Por feliz coincidencia, ejercía la dirección de la Beneficencia Pública de Lima Domingo Olavegoya, quien facilitó la ejecución de las



Figura 2. Fachada del Hospital Víctor Larco Herrera en la década de 1920.

obras. En su primer año de gestión se pudo avanzar la edificación del pabellón administrativo e iniciar los trabajos para la construcción de los pabellones destinados para los pensionistas. Hasta ese momento se había gastado un total de 154 604 soles.

Circunstancias políticas y económicas, como la designación de David Matto en el cargo de ministro de Fomento, en noviembre de 1902, determinaron que las obras del Manicomio General pasaran a un periodo de reevaluación, que llevó al poco tiempo a su paralización.

De 1903 a 1914, las obras del nuevo Manicomio General quedaron paralizadas. Las obras ya edificadas entran en un proceso de reevaluación y

tienen que suspenderse. Dos eran las principales observaciones: el alto costo del proyecto y la carencia de un estudio serio sobre el suministro de agua.

En 1912, debido al abandono y deterioro de la obra, se decide arrendarlo, estableciéndose en el lugar primero un cuartel, luego el Higicomicio de la infancia; y, después, la Escuela de Economía Doméstica. Finalmente, el 18 de febrero de 1914, el presidente Oscar R. Benavides, a solicitud del doctor Abel Olaechea, director de Salubridad, ordena la reiniciación de las obras del Manicomio General. Para esto, se nombra una nueva Comisión, presidida por Benjamín Boza (ministro de Fomento). El doctor Baltazar Caravedo Prado fue nombrado secretario y



Figura 3. Vista panorámica del Hospital Víctor Larco Herrera

asesor técnico de la Comisión. El arquitecto Emiliano Buzzi, se encargó de formular los planos y presupuestos de las nuevas obras.

Tras más de 20 de años el Asilo Colonia fue inaugurado el 1 de enero de 1918. En un área de 289 183 m² se construyeron 15 edificios dedicados a la asistencia y servicios generales. Sin embargo, las obras no estaban completas, recién en 1919, con los aportes dados por don Víctor Larco Herrera, las obras llegan al culminarse.

HECHOS CONEXOS

Aquí es necesario tomar en cuenta, algunos hechos históricos que influyeron en la puesta en marcha de la institución y en el prestigio social y científico que alcanzó. Así, antes del inicio de sus funciones un hecho importante para el futuro del hospital ocurre en 1912, cuando el doctor Baltazar Caravedo Prado es contratado como médico en las haciendas cañeras de Trujillo, por don Víctor Larco Herrera. Traban amistad y Caravedo logra sensibilizarlo respecto a la situación de los enfermos mentales. Como consecuencia de ello viajan juntos a Europa,

y desde julio de 1912 hasta febrero de 1914 recorren hospitales en Francia, Inglaterra, Alemania, Italia, España y Estados Unidos, recabando información y planos. Coincidente, por esa misma época, Hermilio Valdizán estudiaba en Italia y Sebastián Lorente, en Francia, ambos luego serían figuras señeras del hospital y la psiquiatría peruana. En 1918, don Víctor Larco Herrera visita el Hospital y se interesa por que se complete la obra; y para ello en 1919, entrega una primera donación de 900 000 soles y posteriormente 300 000 soles adicionales. En 1919 fue nombrado Inspector del Asilo Colonia. En 1920, Hermilio Valdizán es su primer director, cargo que ejerce con brillo y dedicación hasta 1929, cuando fallece tempranamente a la edad de 44 años.

Otro hecho importante se da en 1927, cuando ingresan al hospital los doctores Carlos Krumdieck, Fernando Loayza, Juan F. Valega y Enrique Encinas. A la muerte de Valdizán, la dirección del hospital fue ganada por concurso por el doctor Baltazar Caravedo Prado, quien cambió el nombre de la institución de Asilo Colonia de la Magdalena a Hospital Víctor Larco Herrera y ejerció el cargo hasta 1953.



Figura 4. Víctor Larco Herrera



Figura 5. Baltazar Caravedo.



Figura 6. Hermilio Valdizán.

CONTRIBUCIONES DEL HOSPITAL

Finalmente, permítaseme un relato sucinto de las principales contribuciones del hospital, a asistencia, docencia e investigación en la especialidad, en sus primeras décadas de existencia.

Destacan los aportes de Valdizán en los diversos campos de la psicopatología, clínica psiquiátrica, criminología, higiene mental, historia de la medicina, el folclore, la docencia universitaria y la sociología.

A su vez Caravedo, también tuvo una vasta obra: organizó los dispensarios de higiene mental, estableció la consulta externa, fundó la Escuela Mixta de Enfermería Psiquiátrica, introdujo la laborterapia y el método Simon, alentó la introducción de métodos modernos de tratamiento psiquiátrico (cardiazol, insulina, electrochoque y farmacológicos), fomentó la participación de las asistentes sociales y la proyección comunitaria, estableció los departamentos de Anatomía Patológica (con Enrique Encinas) y de Estadística.

También destacan los aportes o nuevos tratamientos en psiquiatría de esa época que fueron incorporados a la práctica y asistencia en el hospital. Entre ellos, la introducción, en 1922, del psicoanálisis, por Honorio Delgado; el estudio sobre la parálisis general progresiva y su tratamiento a través del método de Wager von Jauregg de la malarioterapia, por Delgado y Pardo Figueroa; la introducción en el tratamiento de la esquizofrenia, del método de Von Meduna, de aplicación del cardiazol, por Carlos Gutiérrez Noriega y Delgado; el desarrollo del estudio



Figura 7. Víctor Larco Herrera con el Cuerpo Médico del hospital.

clínico experimental, iniciado en Europa por Manfred Sakel, de aplicación de la insulina, por Delgado, Gutiérrez Noriega y Valega; y el impulso en la introducción del método de Cerletti de aplicación del tratamiento del electrochoque, por Delgado.

Otras contribuciones importantes fueron el trabajo de Federico Sal y Rosas, sobre la epilepsia, en sus aspectos clínicos, históricos y sociales; y los trabajos de Carlos Gutiérrez Noriega en psicofarmacología experimental.

Igualmente, recordar las contribuciones de Carlos Krumdieck, Emilio Majluf y Niza Chiok de Majluf en la formación y el desarrollo de la psiquiatría infantil en nuestro país; y las de Humberto Rotondo, sobre psiquiatría social, que luego continuó en el Hospital Hermilio Valdizán. Finalmente, unida a la historia del hospital el papel fundamental de la Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas, editada entre 1918 y 1924,

fundada por Hermilio Valdizán, quien la dirigió hasta 1922; y por Honorio Delgado, primero jefe de redacción y, tras el alejamiento de Valdizán, director de ella.

AGRADECIMIENTO

A Elías Amaya Núñez, por las fotografías de su archivo fotográfico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Volumen conmemorativo del cincuentenario de la fundación del Hospital "Víctor Larco Herrera". 1918-1968; Lima: Editores Grover Mori y Alberto Blanco; 1968.
2. Amaya Núñez E. Ingenieros, arquitectos, médicos y locura. La construcción del Asilo Colonia de la Magdalena (1896-1918). En: Devenir. Revista de estudio sobre patrimonio edificado (en imprenta).
3. Mariátegui J. La Evolución de las Ideas Psiquiátricas en el Perú. Trabajo presentado al II Congreso Nacional de Investigación Histórica, Lima, 11-16 de noviembre de 1984.
4. Stucchi Portocarrero S. Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
5. Stucchi Portocarrero S. Los cien años del Hospital Víctor Larco Herrera. Acta Herediana. 2017;61(1).

Hospital Víctor Larco Herrera: cien años concentrados en recuperar la salud mental

***"Hospital Victor Larco Herrera":
one hundred years in the task on recovering mental health***

Elizabeth Rivera-Chávez¹

La primera institución de atención psiquiátrica del país llega a sus cien años de creación, reafirmando con su quehacer diario, que más allá de tratar la dolencia del paciente, reafirma el compromiso de proteger los derechos humanos de las personas que son afectadas por un trastorno mental y que en algunos casos les tocó vivir una realidad distinta.

El hospital Víctor Larco Herrera fue inaugurado el 1 de enero de 1918 con el nombre de "Asilo Colonia de la Magdalena", tuvo como su primer director, al doctor Hermilio Valdizán, médico especializado en psiquiatría y pionero de las reformas en la atención de las enfermedades mentales del Perú.

Desde su inauguración, el Hospital Víctor Larco Herrera se constituyó, en el Centro de referencia de toda la atención en Salud Mental y Psiquiatría del País. Siempre con la mística y el compromiso de buscar la mejor atención para el paciente; innovando técnicas de tratamiento, utilizando los últimos recursos farmacológicos que fueron surgiendo con los años; esto generó que nuestro hospital esté a la vanguardia de la atención interdisciplinaria, hoy tan en boga.

Su ubicación privilegiada, frente al mar en medio de frondosos campos verdes, instalaciones edificadas con ese fin, techos altos que permitían

un exquisito flujo de aire, inmensos ventanales a través de los cuales se podían disfrutar de amaneceres claros y atardeceres rojos, amplios y cómodos ambientes, permitían y permiten a los pacientes tener un tiempo no solo de reposo y recuperación de las dolencias de salud mental que los aqueja o aquejaba, Un tiempo de paz y deleite con la naturaleza y el cobijo emocional, que a veces solo un amplio espacio, en medio de una ciudad puede brindar.

Fue la única institución de su tipo hasta 1961, cuando se inauguró el Hospital Hermilio Valdizán, también especializado en salud mental. El hospital acoge hoy aproximadamente 300 pacientes de larga estancia "residentes", acoge transitoriamente entre hombres y mujeres, que viven lejos del asfixiante ruido de las calles, de la violencia cotidiana, del riesgo permanente que supone su condición de vulnerabilidad entre quienes no comprenden su mundo interior y su patología, de la intolerancia y la indiferencia de esa sociedad que antes y hoy les da la espalda. A ellos se les proporciona que lo requieren, garantizarles bienestar y calidad de vida y mejora de su autonomía.

Son personas atendidas de manera integral a diario, cubriendo sus necesidades básicas como alimento y abrigo así como la asistencia médica especializada, cuidados por profesionales y técnicos que procuran aliviar sus pesares.

No obstante, hay más de 160 pacientes en situación de abandono (sin familiares), es decir

1. Directora general Hospital Víctor Larco Herrera

no reciben ni siquiera visita, la mayoría de ellos proceden de familias pobres y de extrema pobreza quienes desconociendo las posibilidades reales de rehabilitación y las formas de brindarles cuidado y protección optaron por dejarlos a su suerte, algunas veces incluso en las calles, llevados luego al hospital por diferentes actores sociales (policías, serenos o vecinos), el estado ha asumido su rol de su cuidado, y trata permanentemente de prodigarles los cuidados necesarios; pero para cumplir plenamente con la tarea es importante impulsar la reinserción social de estas personas, reivindicando su derecho de vivir en sociedad, lo que hoy se constituye en nuestro mayor reto.

Además de hospitalización de larga estancia, el Hospital Víctor Larco Herrera, también tiene hospitalización de pacientes agudos, la mayoría de manejo muy complejo.

Del mismo modo, nuestro hospital cuenta con servicios de atención especializada ambulatoria, para pacientes que requieren atención por situaciones críticas temporales, como estrés, ansiedad, depresión y otras que aparecen repentinamente y desaparecen con una buena atención médica.

La consulta externa está dividida por grupos etarios. Así, tenemos la consulta externa de adultos, que cuenta con un equipo especializado en la atención en farmacodependencia y trastornos psiquiátricos y problemas de salud mental, y la consulta externa de niños y

adolescentes, que cuenta con profesionales diversos, comprometidos en la atención integral que permita un pleno desarrollo de habilidades y competencias a los niños, adolescentes y sus familias.

El servicio de Salud mental y comunitaria, articulado con la sociedad civil, fortalece competencias a operadores comunitarios en diferentes municipios y regiones del país, a los que brinda talleres específicos de cuidados de salud mental. Del mismo modo, a las poblaciones de esos lugares, tales como la de los colegios y la de los adultos mayores, entre otras, se les ofrece talleres de rehabilitación, en los que los usuarios trabajan su recuperación, fortalecen sus capacidades y habilidades afectadas por su trastorno mental y, de esta manera, recobren una vida en comunidad en forma digna, autónoma e íntegra.

Somos los orgullosos herederos de Honorio Delgado que hace décadas, inició la ardua tarea de la prevención, promoción, tratamiento y recuperación de la salud mental individual y colectiva, en una sociedad cada vez más compleja y globalizada.

Cumplimos 100 años al servicio del país, porque para nuestra institución... Más allá de un trastorno mental, lo más importante son las personas.

Por eso nuestro lema es “Abriendo mentes, cerrando estigmas”

Algunas notas sobre el Hospital Víctor Larco Herrera*

Some notes about the “Hospital Víctor Larco Herrera”

Manuel Ponce-Cornejo¹

*Las instituciones son lo que sus integrantes hacen,
dejan de hacer o deshacen.*

El Hospital Víctor Larco Herrera, fundado en 1918, fue el único establecimiento psiquiátrico en el Perú por casi medio siglo, y uno de los más importantes en América Latina, con un gran prestigio. Fue en 1961 que se inauguró el actual Hospital Hermilio Valdizán, y en 1982, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

Fue su epónimo, don Víctor Larco Herrera, quien otorgó el dinero (85 700 libras de oro) que hizo posible su funcionamiento, específicamente para la atención de enfermos mentales. En aquellos tiempos el estigma respecto a la enfermedad mental era muy intenso y los pacientes eran abandonados a su suerte, tanto por la familia como por la sociedad, y eran muy raros los médicos que quisieran ocuparse de estas enfermedades que casi no tenían cura. El estigma se contagiaba a los profesionales médicos que consideraban de muy bajo nivel ocuparse de la psiquiatría. A pesar de ello, particularmente en Francia, Alemania e Inglaterra, no faltaron distinguidos médicos que eligieron atender este tipo de enfermedades, tales como los doctores Jean Delay, Henry Maudsley y el mismo Sigmund Freud.

En Perú destacaron por su intrépida decisión Hermilio Valdizán, Baltazar Caravedo y Honorio Delgado, entre otros. Debe resaltarse

la figura de Honorio Delgado, por su reconocida intelectualidad internacional. Fue el primero en América Latina en difundir la teoría del psicoanálisis y en aplicar este tratamiento. Tuvo hasta dos entrevistas personales con Freud, asistió a congresos en Europa y fue conocido por destacados psiquiatras como sir Audrey Lewis, del Instituto de Psiquiatría de Londres. Pero tal vez lo más efectivo y práctico en Honorio Delgado fue el haber sido el primero en América Latina en la aplicación de los novedosos y eficaces tratamientos de la psiquiatría biológica, tales como la malarioterapia, en la parálisis general progresiva, la insulino-terapia, la terapia electroconvulsiva y su precedente, la aplicación de cardiazol. Fue también de los primeros en la aplicación de la clorpromazina. Valga decir que este primer antipsicótico permitió el cierre de muchos hospitales mentales en Europa a partir de 1952. Posteriormente, Honorio Delgado, Andrés Carrillo Broatch, Alfredo Saavedra y Javier Mariátegui, entre otros, se preocuparon de aplicar los nuevos psicofármacos, antipsicóticos y antidepresivos. Se realizaban estudios de investigación para confirmar su eficacia. Puede decirse que era un hospital que estaba al día en muchos aspectos, por lo menos en varios de sus servicios, no en todos. Dependía de la eficiencia de cada médico a cargo de su servicio o pabellón. Durante un tiempo se contaba con el doctor Ramírez del Villar, que tenía un laboratorio para la investigación de psicofármacos.

Conocimos el hospital en 1958 (hace 60 años cuando se construyó el pabellón 20, y el doctor

* Discurso de Orden en el Centenario del Hospital Víctor Larco Herrera

1. Profesor emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Alfredo Saavedra Villalobos se hizo cargo de este servicio, luego de trasladarse del Hospital Santo Toribio de Mogrovejo, en donde ayudábamos algunos estudiantes en la atención de consulta externa de pacientes psiquiátricos.

En ese entonces, el hospital era enorme, pues comprendía un terreno que abarcaba hasta la avenida Javier Prado, en lo que hoy es la urbanización Jacarandá. Existía una granja, cultivos de panllevar, panadería, piscina, gimnasio sastrería y otros. Toda esa área era inspeccionada por Larco Herrera, y quedó bajo la administración de la Beneficencia Pública de Lima. Los pacientes se beneficiaban de esto pues podían tomar leche fresca en el desayuno con muy buen pan. Es de señalarse que en Europa también había extensos hospitales para enfermos mentales tal como el *Bethlem Royal Hospital*, que tenía hasta una laguna.

Había servicios muy pulcros y hasta elegantes, como los de pacientes pensionistas y de asegurados, que tenían hasta cuartos individuales, laborterapia, sala de billar, pimpón, carpintería, sala de pintura, comedor con mesas para cuatro pacientes y con mantel blanco y cubiertos de plaqué. Sobresalían los pabellones 2 y 18. Por el contrario, otros servicios estaban muy descuidados, desaseados, con hacinamiento y cuartos de aislamiento forzado. Es de tenerse en cuenta que una buena cantidad de pacientes eran abandonados por la familia y la sociedad, lo cual llevaba a que no recibieran medicación ni otras necesidades, incluso ropa.

Es de remarcarse que desde un comienzo la Facultad de Medicina de San Fernando realizaba clases de la Cátedra de Psiquiatría en algunos servicios del hospital. Ya en la década de 1950 se tenía el paraninfo o auditorio, que exhibe 3 murales realizados en pepelma por el insigne maestro Fernando de Szyszlo. Posteriormente, otras facultades de medicina también realizaban pasantías de psiquiatría en el hospital incluso venían de provincias. Es de remarcarse que en el hospital se fundó la primera Escuela de Enfermería, que estuvo a cargo de una enfermera inglesa. Se formaba en medicina general y en enfermería psiquiátrica.

La psiquiatría alemana tuvo una gran influencia en el hospital gracias al profesor Honorio Delgado, que estaba muy al tanto de los avances de la especialidad europea y más de la psiquiatría alemana. Pero también influyó la intervención de Enrique Encinas, formado en neuropatología y que constituyó el laboratorio de la especialidad de sumo prestigio a nivel mundial; allí se tuvo una “cerebroteca”, con el afán de encontrar algún correlato biológico anatómico. No faltaron cerebros con cisticercosis y otras patologías no necesariamente explicativas del trastorno mental pero sí de la inquietud neurobiológica. Encinas fue de los primeros en aplicar la tinción de plata específica para el tejido nervioso. Fue Encinas el que contribuyó a la formación de la biblioteca del hospital, en la cual destacaban revistas de la especialidad de la escuela alemana e inglesa. También es de destacarse la existencia de la colección de la *Encyclopedie Française*, de la cual se decía que solo existían dos colecciones en el Perú.

Los pabellones de mayor prestigio en el hospital fueron el 1, 2, 3, 14, 18 y 20.

El servicio de los pabellones 1 y 3 estaba a cargo del doctor Federico Sal y Rosas, especializado en epilepsias, pero que con la asistencia del doctor José Donayre se aplicaba con mucho éxito el tratamiento de insulina. Eran servicios dedicados a pacientes mujeres y a consulta externa.

El pabellón 2, bajo la jefatura del profesor Honorio Delgado, destacaba por su organización y enorme respeto por el paciente. Fue además muy reconocido por el taller de pintura que dio origen a una pinacoteca, con obras plásticas de pacientes de gran valor artístico. El doctor Guy Roux, de Francia, presidente de la Sociedad Internacional de Psicopatología de la Expresión (SIPE), comentó muy favorablemente sobre esta pinacoteca. El doctor Andrés Carrillo Broatch era asistente y experto en la aplicación de tratamiento electroconvulsivo.

El pabellón 14 era destinado a pacientes niños y adolescente, y ahí laboraron médicos de muy alto prestigio. Citamos a los doctores Carlos Krumdieck, Emilio Majluf y Niza Chiok.

El pabellón 18, bajo la jefatura de Honorio Delgado, pero enteramente a cargo del doctor Mariano Querol y la asistencia del doctor Segisfredo Luza, atendía pacientes provenientes del Seguro Social, del Hospital Obrero, hoy Guillermo Almenara, cuyo servicio de psiquiatría estaba a cargo del doctor Carlos Alberto Seguí. Algunos de los pacientes referidos habían sido leucotomizados por el doctor Esteban Roca. En este pabellón destacaban los servicios de laborterapia y carpintería, y existían juegos de billar y pimpón, además de varias comodidades, incluso cuartos unipersonales.

El pabellón 20, también bajo la jefatura de Honorio Delgado, era uno de los más activos gracias a la iniciativa del doctor Alfredo Saavedra Villalobos. También es de destacarse la asistencia del doctor Pedro Aliaga Lindo y la colaboración del doctor Javier Mariátegui. Había una intensa consulta externa y profusa aplicación de tratamiento electroconvulsivo, incluso a pacientes no hospitalizados. Es de recordarse que el doctor Mariátegui fue de los primeros en propiciar la aplicación de ketamina como anestésico de acción rápida y breve para el electrochoque. Hoy sabemos que la ketamina se ha planteado como tratamiento para la depresión mayor. Hoy en día se estima que el tratamiento de electroplexia tiene una eficacia de 85%.

Inicialmente solo existía la Asociación de Médicos Hospital Víctor Larco Herrera, pero con la decidida intervención del doctor Kenny Tejada y del doctor Federico Sal y Rosas se formó en 1963, el Cuerpo Médico del hospital. Por aquellos tiempos teníamos vigencia en la Asociación Médica Peruana y luego en la Federación Médica, a cuyas sesiones asistíamos con el doctor Max Arnillas como delegados. Contribuimos así a la formación del Colegio Médico del Perú. Eran tiempos políticos en que se daba el toque de queda y los riesgos consiguientes, pero se lograron los objetivos propuestos.

En 1966 se produjo el paso del hospital de la administración de la Beneficencia Pública de Lima a la administración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y ello significó

un notable deterioro. Empezando porque el Director ya no era un psiquiatra y luego por el incremento del personal administrativo mayor que el personal asistencial. Se dio lugar a procesos administrativos más extensos y poco exitosos. Los cambios de director se hicieron muy frecuentes con consecuencias no muy fructíferas. Antes de este cambio y por largos años el director era el profesor doctor Juan Francisco Valega Pássara, destacado profesor universitario que ejerció la dirección en forma muy expeditiva, con un gran conocimiento psicológico de todo el personal.

Empezando como médico psiquiatra en 1962, se me asignó el pabellón 4, que tenía el prestigio de albergar pacientes muy agresivos y peligrosos, mayormente crónicos y abandonados. Con la colaboración del doctor Alfredo Flores Mere tratamos de tener frecuentes consultas y mayor trato directo con los pacientes, y eso fue muy positivo. Digamos de paso que a lo largo de todos estos años de psiquiatra no he sido objeto de agresión física. Hoy se establece que la violencia física es más frecuente en supuestos sanos que en enfermos mentales. Posteriormente pasé al pabellón 6 con el doctor Arnillas, era un servicio con pocos pacientes y con mejor trato. Luego de dos años de ausencia volví al pabellón 20, particularmente para la consulta ambulatoria, y luego al pabellón 18 con el doctor Mariano Querol, que me brindó una gran amplitud de acción y libertad de iniciativa.

En 1969, gracias al Consejo Británico, se hizo posible la visita del doctor David Clark, profesor de psiquiatría de la Universidad de Cambridge, quien permaneció en el hospital por más de un mes junto con su esposa enfermera psiquiátrica, y nos ilustró en forma práctica sobre la comunidad terapéutica. Esto llevó a que varios servicios modificaran su organización y que se trabajara propendiendo a una terapia comunitaria. Es así como a partir de allí y durante la década de 1970, transformamos el pabellón 18. Empezamos por dejar de usar el mandil, inclusive por parte del personal asistencial. Hacemos un paréntesis para referir una anécdota. En el pabellón 20 había un paciente muy inteligente que estaba alerta a la llegada de los médicos y decía “ya

llegaron los mandiles”. El dejar de lado los mandiles implicaba un respeto por los pacientes como personas, como iguales, además que la enfermedad mental no es contagiosa. El mandil entonces no tiene otro sentido que exhibir autoridad. Fue todo un logro administrativo hacer que por lo menos la enfermera de la mañana y el personal de empleados técnicos sean siempre los mismos. Procurábamos hospitalizaciones cortas y visitas frecuentes de los familiares.

Logramos realizar un servicio de hospitalización de puertas abiertas. Se informaba al paciente en qué iba a consistir su tratamiento. Algunos se fugaban prontamente, pero como ya estaba instruida la familia, se lograba fácilmente el regreso. Se tenían reuniones diarias de paciente con todo el personal, y se discutían las quejas y sugerencias. Aparte se tenían también frecuentes reuniones de todo el personal a fin de coordinar acciones y actitudes hacía los problemas de los pacientes. En todo ello primaba el mayor respeto por el paciente y el menor uso de la fuerza. Curiosamente los pacientes más agresivos resultaban los más protectores del personal. Se daban todo tipo de actividades, como laborterapia, deporte, gimnasia, pintura y música. También teníamos pacientes que se resistían a ser dados de alta; se sentían mejor tratados y considerados que en su casa.

Formamos una Asociación de Familiares de Pacientes, que se reunían los días sábados, y conseguía la colaboración de entidades comerciales beneficios, como el hecho de poder comprar los medicamentos directamente del laboratorio a un precio ventajoso. Gracias a ellos se lograba celebrar fiestas con orquesta de la Fuerza Aérea del Perú y comida de primera calidad. Se celebraba día de la madre, día del padre, fiestas patrias y año nuevo. Asistían pacientes que ya estaban de alta y de consulta externa. Se lograba reducir bastante el estigma. Teníamos también la colaboración de estudiantes de psicología de la Pontificia Universidad

Católica del Perú, de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón y de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que rápidamente se integraban a la comunidad y superaban el estigma del manicomio que predominaba en la población citadina.

En el momento en que la dirección del hospital volvió a cambiar al personal, tanto de enfermería como de empleados técnicos, y ya no eran estables, se rompió la estructura y no fue posible realizar la comunidad terapéutica.

Es incomprensible que cuando el hospital pasa a la administración del Ministerio de Salud, los directores no son psiquiatras, en tanto que cuando estaba a cargo de la Beneficencia sí eras psiquiatras y distinguidos. Hoy entiendo que ha cambiado.

Al celebrar este Centenario debería lograrse la Declaración de Patrimonio histórico de la Nación del HVLH y, por tanto, inamovible físicamente. A este respecto contribuye el que este hospital mental es uno de los pocos a nivel mundial que tiene un museo con objetos históricamente valiosos que en algún momento logramos rescatar del abandono.

En el aspecto funcional el hospital debe ampliar su cobertura y brindar un mayor acceso a más diversas patologías mentales particularmente en consulta externa. Las hospitalizaciones deben ser breves (15 a 30 días), procurar la mayor adherencia al tratamiento y con participación de la familia. La violencia familiar y contra la mujer merecen una mayor atención y acciones comunitarias de prevención.

Si bien la atención centrada en la persona es importante, hay que tener muy en cuenta que la persona está inmersa en una sociedad severamente deshumanizada y donde el trato al prójimo dista mucho de ser con el respeto hacia sí mismo.