

Revista Peruana de Psiquiatría

2020

Enero / Diciembre

Volumen 10. Números 1 y 2

Lima, Perú

ISSN 2079-0058



ASOCIACIÓN
PSIQUIÁTRICA PERUANA

REVISTA PERUANA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 10 Nros. 1 y 2

Enero - Diciembre 2020

ISSN 2079-0058

COMITÉ EDITORIAL

Directora

Elizabeth Rivera Chávez

Hospital Víctor Larco Herrera

Editor

Ricardo Bustamante Quiroz

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Miembros

Jeff Huarcaya Victoria

Universidad de San Martín de Porres

Liesel Ludowieg Cassinelli

Hospital Víctor Larco Herrera

Santiago Stucchi Portocarrero

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Horacio Vargas Murga

Universidad Peruana Cayetano Heredia

REVISTA PERUANA DE PSIQUIATRÍA

Rev Per Psiquiat

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. Tiene periodicidad semestral

© Asociación Psiquiátrica Peruana 2020

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nro. 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, email: secretaria@app.org.pe

Diseño y diagramación

D.I. Pilar Díez - estudio de diseño

mdpdiez@gmail.com / www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com

Imagen de tapa: Fondo creado por Harryarts - www.freepik.es

Imagen interior: Tótems, antiguo astillero, centeno (1932) - Paul Nash. Dominio público.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA

CONSEJO DIRECTIVO 2019 – 2021

Presidente

Dra. Elizabeth Rivera Chávez

Vicepresidente

Dr. Ever Mitta Curay

Secretaria General

Dra. Gisella Vargas Cajahuanca

Tesorera

Dra. Milagritos Toledo Castillo

Secretario de Actas

Dr. Óscar Ramos Godoy

Secretario de Acción Científica

Dra. Silvana Sarabia Arce

Secretario de Filiales

Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

Vocal de Ética y Calificación Profesional

Dr. José Li Ning Anticona

Vocal de Relaciones Interinstitucionales

Dra. Alina Mendoza Carrión

Vocal de Acción Gremial

Dra. Beatrice Macciotta Felices

Vocal de Prensa y Biblioteca

Dr. José Carlos San Martín Medina

Past Presidente

Dr. Enrique Bojórquez Giraldo

CONTENIDO

EDITORIAL

4

ARTÍCULOS ORIGINALES

Psiquiatría de enlace durante la pandemia: atenciones a pacientes con COVID-19 en un hospital general de Lima, Perú. *Jeff Huarcaya-Victoria, Danitza Cárdenas, Victoria Segura, Claudia Castillo, Ángela Podestà*

5

Simulación clínica como técnica educativa para afrontar la formación de especialistas en psiquiatría durante la pandemia COVID-19.

Juan Carlos Ocampo-Zegarra

11

REPORTE DE CASO

El individuo en el contexto biopsicosocial y la comisión del delito. *Andrey Sindeev*

16

CARTA AL EDITOR

Resiliencia y salud mental en tiempos de COVID-19. *Liesel Ludowieg-Cassinelli*

20

IN MEMORIAM

Gustavo Vásquez-Caicedo Nosiglia (1937 - 2020)

22

Oscar Arbulú Villasís (1938 - 2020)

24

Rafael Navarro Cueva (1941 - 2020)

26

Luis Morales Galarreta (1943 - 2020)

28

Héctor Tovar Pacheco (1948 - 2020)

29

Paul Rodríguez Suarez (1955 - 2020)

30

Christian Omar Rojas Merino (1979 - 2020)

31

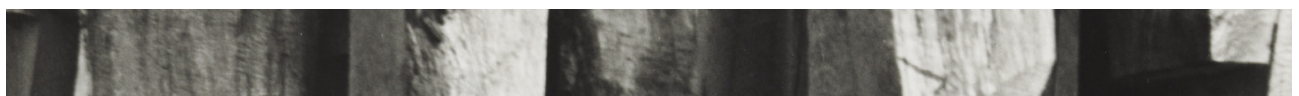
PARA LOS AUTORES

Reglamento de publicación

32

Instrucciones para los autores

34



EDITORIAL

Es grato para mí presentar, en esta oportunidad, el nuevo volumen de la Revista Psiquiátrica Peruana, la publicación científica institucional de nuestra asociación, a través de la cual nos mantenemos informados de nuevos estudios y experiencias que siempre aportan a nuestro conocimiento.

Es imposible que hablemos de salud sin referirnos a la pandemia de la COVID-19 porque seguimos viviendo en esta pandemia, y si bien los resultados de las investigaciones sobre el efecto de las vacunas son prometedores, las continuas mutaciones que presenta el virus son un riesgo permanente, ya que el efecto de la vacuna podría reducirse al punto de tener que comenzar de cero en las investigaciones por una nueva inmunización.

Nuestras vidas siguen limitadas en espacios, cercanías, reuniones de grupos, expresiones físicas de afecto, y todo lo que signifique interrelación personal de proximidades, y eso afecta nuestras emociones, aunque no seamos muy conscientes de ello.

Han pasado varios meses desde que tomamos distancia entre nosotros, desaparecieron los espacios académicos, laborales, religiosos, deportivos y muchos otros de presencia masiva donde encontrábamos satisfacción con los nuestros y disfrutábamos buenos momentos. Si bien las restricciones se van flexibilizando, seguimos limitados, con una condición contraria a la libertad innata de los seres humanos.

El efecto en nuestra salud mental se ha hecho evidente con el incremento de casos de depresión, ansiedad, estrés postraumático, y seguro se incrementarán más, a mediano y largo plazo, a manera de una nueva ola de efectos de la COVID-19.

Nos hemos adaptado a una nueva vida virtual, nos hemos adaptado a la tecnología para no romper por completo nuestra interacción con otras personas, hemos perdido a seres queridos, pero no podemos parar porque la vida continúa.

En este número, presentamos dos artículos originales relacionados directamente con la pandemia y sus efectos sobre la población: en uno de ellos se presentan las atenciones realizadas por el servicio de psiquiatría de enlace a pacientes con COVID-19 en un hospital general de Lima, y en el otro se expone la estrategia de simulación clínica como técnica educativa para afrontar la formación de especialistas en psiquiatría durante la pandemia.

La parte final de este volumen está dedicado a expresar nuestro homenaje y reconocimiento a nuestros colegas y amigos que partieron en el 2020, dejando un vacío en nuestro espacio académico y profesional, pero a los que recordaremos siempre por la dedicación a sus pacientes y a sus alumnos, y cuyos ejemplos de vida fructífera y comprometida nos seguirá motivando en nuestra cotidiana actividad.

Elizabeth Rivera Chávez

Presidenta de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Psiquiatría de enlace durante la pandemia: atenciones a pacientes con COVID-19 en un hospital general de Lima, Perú

Liaison Psychiatry in the pandemic: attention in patients with COVID-19 in a general hospital in Lima, Peru

Jeff Huarcaya-Victoria^{1, 2, a}, Danitza Cárdenas^{1, b}, Victoria Segura^{1, c}, Claudia Castillo^{1, c}, Ángela Podestá^{1, c}

¹ Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Departamento de Psiquiatría. Lima, Perú.

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina de San Fernando. Departamento Académico de Psiquiatría. Lima, Perú.

^a Médico psiquiatra, Coordinador de la Unidad de Psiquiatría de Enlace

^b Médico residente de psiquiatría

^c Médico psiquiatra

Correspondencia:

Jeff David Huarcaya Victoria

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Departamento de Psiquiatría. Av. Grau 800. Lima, Perú.

Teléfono: 511324-2983/511324-2980. e-Mail: jhuarcayav@unmsm.edu.pe

Contribuciones de los autores: JHV y AP participaron en la concepción del artículo y recolección de datos; DC, VS y CC participaron en la recolección de datos; JHV realizó el análisis e interpretación de los datos, el diseño y redacción del artículo; JHV, AP, VS, DC y CC realizaron la búsqueda bibliográfica y la revisión crítica del artículo.

Fuentes de financiamiento: El presente estudio ha sido autofinanciado.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Introducción: En el Perú existe poca información sobre las actividades de la psiquiatría de enlace durante la pandemia de la COVID-19.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 hospitalizados evaluados por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), de Lima, Perú.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se evaluaron las atenciones realizadas por la Unidad de Psiquiatría de Enlace a pacientes con diagnóstico de COVID-19 hospitalizados en el HNGAI entre abril y agosto del 2020.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, con una edad promedio de 59 años, con 53.7% de varones. El 42.6% contaban con un diagnóstico psiquiátrico previo. Los síntomas más frecuentemente reportados fueron el insomnio (31.5%), afecto ansioso (31.5%) y trastornos de la atención (20.4%). El diagnóstico psiquiátrico más frecuente durante la hospitalización fue el relacionado con el estrés y ansiedad (35.2%). Un total de 12 (22.2%) pacientes fallecieron, teniendo estos una edad significativamente mayor comparado con los que no fallecieron (69.33 ± 11.57 vs 56.33 ± 17.37 ; $p=0.018$).

Conclusiones: Los pacientes con COVID-19 atendidos por la Unidad de Psiquiatría de Enlace se caracterizan por encontrarse al final de la quinta década de vida, ser mayormente varones, con el diagnóstico de un trastorno ansioso y presentar como síntomas más frecuentes insomnio, ansiedad y alteración de la atención.

Palabras clave: COVID-19; SARS-CoV-2; salud mental; psiquiatría de enlace; hospital general; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: *In Peru there is little information on the activities of liaison psychiatry during the COVID-19 pandemic.*

Aim: *To Describe the sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients with a diagnosis of COVID-19 evaluated by the Liaison Psychiatry Unit of the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), Lima, Peru.*

Method: *Retrospective observational study. Referrals to the Liaison Psychiatry Unit of the HNGAI, between April and August 2020, were studied.*

Results: *The studied included 54 patients: 53.7% were male. The average age was 59 years old; 42.6% had a previous psychiatric diagnosis. Most frequent reported symptoms were insomnia (31.5%), anxiety (31.5%), and attention disorders (20.4%). The most frequent psychiatric diagnosis during hospitalization was related to stress and anxiety (35.2%). A total of 12 patients died (22.2%). These patients were significantly older than those who did not die (69.33 ± 11.57 vs 56.33 ± 17.37 ; $p=0.018$).*

Conclusion: *COVID-19 patients treated by the Liaison Psychiatry Unit are characterized for being in their late fifties; being mostly men; having been diagnosed with an anxiety disorder; and having insomnia, anxiety, and attention disorders as most frequent symptoms.*

Keywords: *COVID-19; SARS-CoV-2; mental health; liaison psychiatry; general hospital; Peru (source: MeSH NLM).*

Introducción

La pandemia actual de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), producida por el Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha supuesto un gran reto para la salud pública mundial. El Perú es uno de los países más afectados por esta pandemia. Hasta el 10 de setiembre del 2020 en el Perú se han notificado 702 776 casos confirmados y 30 236 fallecimientos, con una letalidad del 4.30% (1).

Estudios a nivel mundial han documentado que los pacientes positivos para la COVID-19 experimentaron diversos problemas en su salud mental como depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, psicosis, entre otros (2-4). En este contexto cobra vital importancia la labor de la psiquiatría de enlace, la cual es definida como el área de la psiquiatría clínica que desarrolla actividades diagnósticas, terapéuticas, docentes y de investigación en unidades, servicios o departamentos de un hospital general (5).

Los psiquiatras de enlace participan activamente en el manejo de manifestaciones psiquiátricas, síntomas atípicos y el diagnóstico de casos complejos dentro de los hospitales generales (6). Debido a la pandemia de la COVID-19, la psiquiatría de enlace se ha visto enfrentada a diversos problemas: el impacto psicológico de la pandemia en los pacientes, la necesidad de brindar atención a los pacientes con enfermedades mentales severas, la identificación y manejo de las manifestaciones neuropsiquiátricas de la COVID-19,

el apoyo emocional al personal de salud, todo esto sumado a la complejidad de las comorbilidades de los pacientes (6). La psiquiatría de enlace se ha tenido que adaptar a las nuevas formas de practicar la medicina. Se ha propuesto que un modelo híbrido de atención (telepsiquiatría y evaluaciones presenciales) es la mejor forma de prestar servicios psiquiátricos en los hospitales generales (7).

Este trabajo tiene como objetivo examinar y reportar las características demográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados con COVID-19 atendidos en la Unidad de Psiquiatría de Enlace de un hospital general de Lima entre abril y agosto del 2020.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), localizado en La Victoria, Lima, Perú. El HNGAI es el segundo hospital de la Seguridad Social del Perú según el número de camas (cuenta con un total de 815 camas hospitalarias), además de ser un centro terciario de referencia para todas las especialidades médicas, incluyendo psiquiatría. El Departamento de Psiquiatría del HNGAI consta de cuatro servicios. La Unidad de Psiquiatría de Enlace forma parte del Servicio de Psiquiatría de Adultos y fue inaugurada en el 2010.

Participantes

Se incluyeron todas las primeras atenciones realizadas por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Servicio de Psiquiatría de Adultos a pacientes diagnosticados con COVID-19 que requirieron hospitalización. El periodo de estudio estuvo comprendido de abril a agosto del 2020.

VARIABLES Y FUENTES DE DATOS

Desde el 2019, el HNGAI cuenta con un sistema de historias clínicas digitales. La Unidad de Psiquiatría de Enlace recibe las solicitudes de forma virtual. Las evaluaciones diarias se complementan mediante una base informatizada de datos clínicos, creada con Microsoft Excel, a partir de mayo del 2019, base a su vez sustentada por los lineamientos propuestos por la European Consultation/Liaison Workgroup (ECLW) para la recolección de datos (8). Las atenciones fueron mixtas, en algunos pacientes se realizó una teleconsulta psiquiátrica, mientras que en otros se realizó una atención presencial. Se recopilaron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, antecedentes psiquiátricos personales.
- Características de la interconsulta: fecha, servicio solicitante, días a los cuales se solicitó la evaluación.
- Variables clínicas: presencia de los siguientes síntomas según lo reportado en la historia clínica: ánimo depresivo, ánimo maniaco, afecto ansioso, irritabilidad, catatonía, alucinaciones, delirios, conducta extravagante, trastorno formal del pensamiento, afecto inadecuado, anhedonia, alergia, abulia/apatía, embotamiento afectivo, obsesiones, compulsiones, ideas suicidas, actos suicidas, insomnio, alteración de la conciencia, alteración de la atención, deterioro cognitivo.
- Intervención y resultado: Diagnóstico según las categorías del CIE-10. Tratamiento: antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del humor, ansiolíticos (benzodiazepinas y no benzodiazepinas como Zolpidem). Destino (alta, fallecimiento y transferencia a hospitalización de psiquiatría).

MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, calculándose las medidas de resumen y de desviación estándar para las variables cuantitativas y las proporciones, para las cualitativas. Las tablas de frecuencias cruzadas se analizaron mediante la prueba de Chi cuadrado. La comparación de medias se realizó mediante la prueba de t de Student para grupos indivi-

duales. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 20 de IBM.

Aspectos éticos

Todos los datos fueron obtenidos de fuentes secundarias, los cuales fueron codificados para asegurar la confidencialidad de la información. Solo los investigadores tuvieron acceso a dichos datos. Se contó con la autorización del Departamento de Psiquiatría del HNGAI para la realización de este trabajo.

Resultados

Durante el periodo de estudio, 54 pacientes diagnosticados con COVID-19 fueron evaluados por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI. La edad promedio fue de 59.22 ± 17.05 años (rango de 23 a 91 años). Las demás características sociodemográficas se incluyen en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Características sociodemográficas de 54 pacientes con COVID-19 atendidos por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI

VARIABLE	n (%)
Edad, años, media \pm σ [rango]	41,76 \pm 1,593 (17-55)
Sexo	
Masculino	29 (53.7)
Femenino	25 (46.3)
Mes	
Abril	1 (1.9)
Mayo	3 (5.6)
Junio	8 (14.8)
Julio	18 (33.3)
Agosto	24 (44.4)
Días a los que se solicitó la evaluación, media \pm σ [rango]	9.28 \pm 12.34 [0-62]

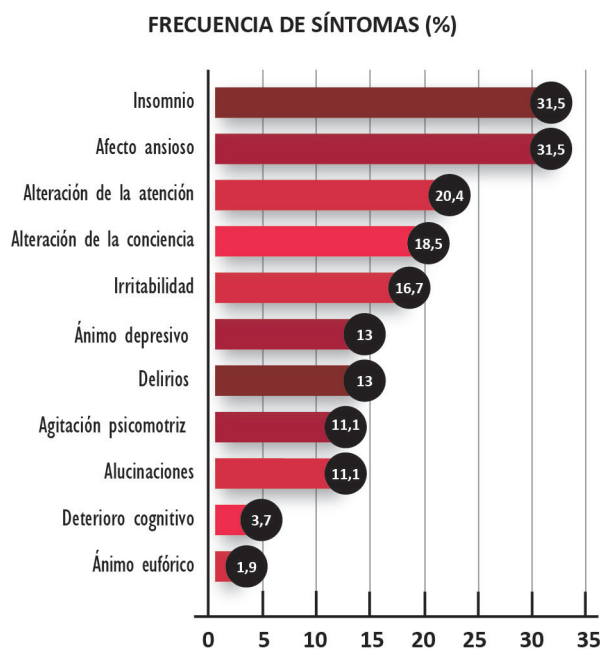
Un total de 21 (42.6%) pacientes tuvieron un diagnóstico psiquiátrico previo. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes durante la hospitalización fueron los relacionados con el estrés y ansiedad (35.2%). El tratamiento psicofarmacológico más utilizado fueron los antipsicóticos (55.6%). Las demás características clínicas las podemos encontrar en la *Tabla 2* (ver *Tabla 2*). Respecto a los síntomas mentales que manifestaron los pacientes, encontramos que los más frecuentes fueron el insomnio (31.5%), afecto ansioso (31.5%) y trastornos de la atención (20.4%). Otros síntomas mentales se recogen en la *Figura 1* (ver *Figura 1*).

Tabla 2. Características clínicas de 54 pacientes con COVID-19 atendidos por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI

VARIABLE	n (%)
Diagnóstico psiquiátrico previo	
Trastornos mentales orgánicos (F00-F09)	3 (14.3)
Trastornos mentales debido al consumo de psicotrópicos (F10-F19)	1 (4.8)
Trastornos psicóticos (esquizofrenia, esquizotípicos, etc.)	8 (38.1)
Trastornos del humor (F30-F39)	4 (19)
Trastornos relacionados con el estrés y ansiedad (F40-F49)	4 (19)
Discapacidad intelectual (F70-F79)	1 (4.8)
Diagnóstico dado durante la hospitalización	
Trastornos mentales orgánicos (F00-F09)	14 (25.9)
Trastornos mentales debido al consumo de psicotrópicos (F10-F19)	1 (1.9)
Trastornos psicóticos (esquizofrenia, esquizotípicos, etc.)	14 (25.9)
Trastornos del humor (F30-F39)	5 (9.3)
Trastornos relacionados con el estrés y ansiedad (F40-F49)	19 (35.2)
Discapacidad intelectual (F70-F79)	1 (1.9)
Tratamiento psicofarmacológico	
Antipsicóticos	30 (55.6)
Antidepresivos	16 (29.6)
Estabilizadores del humor	5 (9.3)
Ansiolíticos	24 (44.4)
Fallecimiento	
Sí	12 (22.2)
No	42 (77.8)

Un total de 12 (22.2%) de los pacientes fallecieron. Estos se caracterizaron por tener significativamente mayor edad en comparación con los que no fallecieron (69.33 ± 11.57 vs 56.33 ± 17.37 ; $p=0.018$). Del total de pacientes varones, 6 (20.7%) fallecieron y del total de mujeres, 6 (24%) fallecieron. Del total de pacientes que contaron con un diagnóstico psiquiátrico previo, 8 (34.8%) fallecieron. Los diagnósticos más frecuentes de los pacientes fallecidos fueron trastornos mentales orgánicos (28.6%) y esquizofrenia (28.6%) (ver TABLA 3).

Figura 1. Frecuencia de síntomas mentales en 54 pacientes con COVID-19 atendidos en la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI



Discusión

Los casos reportados en este estudio corresponden a todas las atenciones realizadas por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI a los pacientes con diagnóstico de COVID-19. Encontramos un predominio del sexo masculino, similar a lo reportado en otros estudios (9, 10).

Los síntomas más comunes producidos por el SARS-CoV-2 son de tipo respiratorios y sistémicos: fiebre, tos, disnea, mialgia, dolor de cabeza, etc. No obstante, también se han descrito síntomas gastrointestinales y neuropsiquiátricos (11). Respecto a estos últimos, la evidencia clínica emergente sugiere que las manifestaciones neuropsiquiátricas son variadas, resultando así es un aspecto importante de la enfermedad (12, 13). La COVID-19 puede cursar con delirium en un número importante de pacientes, además de ansiedad, depresión y trastorno de estrés posttraumático (4). En concordancia con lo mencionado, encontramos que el insomnio, afecto ansioso y la alteración de la atención son los síntomas mentales más frecuentes en esta muestra de pacientes con COVID-19.

Dentro de todas las manifestaciones neuropsiquiátricas, la psicosis merece especial atención debido

Tabla 3. Comparación de los pacientes con COVID-19 fallecidos y dados de alta atendidos por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI

	Fallecimiento		Estadístico
	Sí	No	
Edad (años; media \pm DE)	69.33 \pm 11.57	56.33 \pm 17.37	t=2.43, gl=52, p=0.018
Días a los que se solicitó la evaluación (días; media \pm DE)	3.92 \pm 4.37	10.81 \pm 13.45	t=-1.73, gl=52, p=0.08
Sexo			$\chi^2 = 0.085$, gl = 1, p = 0.770
Masculino	6 (20.7%)	23 (79.3%)	
Femenino	6 (24%)	19 (76%)	
Diagnóstico psiquiátrico previo			$\chi^2 = 3.657$, gl = 1, p = 0.056
Sí	8 (34.8%)	15 (65.2%)	
No	4 (12.9%)	27 (87.1%)	
Diagnóstico dado durante la hospitalización			$\chi^2 = 3.643$, gl = 5, p = 0.602
Trastornos mentales orgánicos (F00-F09)	4 (28.6%)	10 (71.4%)	
Trastornos mentales debido al consumo de psicotrópicos (F10-F19)	0	1 (100%)	
Trastornos psicóticos (esquizofrenia, esquizotípicos, etc.)	4 (28.6%)	10 (71.4%)	
Trastornos del humor (F30-F39)	2 (40%)	3 (60%)	
Trastornos relacionados con el estrés y ansiedad (F40-F49)	2 (10.5%)	17 (89.5%)	
Discapacidad intelectual (F70-F79)	0	1 (100%)	

gl: grados de libertad; DE: Desviación estándar

a que puede presentar un desafío importante y un posible riesgo de control de la infección para el personal de salud (14). Existen reportes recientes en los cuales se ha documentado la aparición de psicosis aguda debido a factores estresantes psicosociales relacionados con la pandemia (15-17). No obstante, los casos reportados de FEP en personas diagnosticadas de COVID-19 son aún escasos (3).

Encontramos que el 42.6% de los pacientes tenían un diagnóstico psiquiátrico previo, de los cuales en su mayoría fueron pacientes con esquizofrenia. Es importante tener en cuenta que las personas con esquizofrenia constituyen una población vulnerable en esta pandemia por diversos motivos: pobre funcionamiento cognitivo, pobre insight, comorbilidad con abuso de sustancias como el tabaco, pobre acceso a los sistemas de salud y mayor presencia de comorbilidades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias (18). Todo esto llevaría una peor evolución clínica, lo cual puede inferirse de forma indirecta de nuestro estudio, ya que el 28.6% de los pacientes con COVID-19 y esquizofrenia fallecieron.

Se encontró que los pacientes que fallecieron tuvieron una edad significativamente mayor respecto a los que no fallecieron. Se sabe que la edad mayor a 60 años, la presencia de comorbilidades como hipertensión arterial y obesidad, constituyen factores de ries-

go para desarrollar la forma grave de la COVID-19, lo que se asocia a una mayor mortalidad (19). Encontramos que los días a los cuales se solicitó una evaluación por nuestra unidad fue menor en los pacientes que fallecieron. Esto pudiera explicarse debido a que estos pacientes al tener una mayor gravedad clínica, presentaron rápidamente síntomas psiquiátricos severos, lo cual hizo que se solicitara con mayor rapidez la evaluación por nuestra unidad. No obstante, debemos interpretar con cautela este resultado ya que no fue estadísticamente significativo.

Este estudio presentó algunas limitaciones. Primero, los resultados aquí presentados no pueden generalizarse a los demás hospitales del Perú, ya que se circunscriben a una única institución hospitalaria. Pese a que la realidad del HNGAI podría semejarse a la de otros hospitales de la Seguridad Social del Perú, se deben investigar las características particulares de la atención en otras Unidades de Psiquiatría de Enlace, presentes también en los demás hospitales del Ministerio de Salud y de las Fuerzas Armadas. Segundo, hemos considerado la presencia o ausencia de los síntomas mentales según figura en la historia clínica; sin embargo, en futuras investigaciones se deberá utilizar herramientas estandarizadas para la recolección cuantitativa de los síntomas mentales con la finalidad de mejorar los análisis estadísticos. No

obstante, a pesar de estas limitaciones, este estudio descriptivo aporta evidencia de las atenciones realizadas por una Unidad de Psiquiatría de enlace de un hospital peruano durante la pandemia de COVID-19. En síntesis, este estudio presenta la caracterización de las atenciones realizadas por la Unidad de Psiquiatría de Enlace de un hospital peruano a pacientes hospitalizados con diagnóstico de COVID-19. El paciente típico en la muestra es un varón, a finales de la quinta década de vida, que padece con mayor frecuencia trastornos relacionados con el estrés y ansiedad.

Referencias bibliográficas

- Gobierno del Perú. Sala Situacional COVID-19 Perú 2020 [cited 2020 10 Sep]. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
- Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med*. 2020;1-2.
- Huarcaya-Victoria J, Meneses-Saco A, Luna-Cuadros MA. Psychotic symptoms in COVID-19 infection: A case series from Lima, Peru. *Psychiatry Res*. 2020;293:113378-.
- Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):611-27.
- Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I. General principles. *Psychosom Med*. 1967;29(2):153-71.
- Horn M, Granon B, Vaiva G, Fovet T, Amad A. Role and importance of consultation-liaison psychiatry during the Covid-19 epidemic. *J Psychosom Res*. 2020;137:110214.
- Funk MC, Beach SR, Shah SB, Boland R. Consultation-Liaison Psychiatry in the Age of COVID-19: Reaffirming Ourselves and Our Worth. *Psychosomatics*. 2020.
- Lobo A, Huyse FJ, Herzog T, Malt U, Opmeer BC. The ECLW Collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. European Consultation/Liaison Work group. *J Psychosom Res*. 1996;40(2):143-56.
- Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C, et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):253-8.
- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507-13.
- Raony Í, de Figueiredo CS, Pandolfo P, Giestal-de-Araujo E, Oliveira-Silva Bomfim P, Savino W. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. *Front Immunol*. 2020;11:1170.
- Wang L, Shen Y, Li M, Chuang H, Ye Y, Zhao H, et al. Clinical manifestations and evidence of neurological involvement in 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *J Neuro* 2020:1-13.
- Banerjee D, Viswanath B. Neuropsychiatric manifestations of COVID-19 and possible pathogenic mechanisms: Insights from other coronaviruses. *Asian J Psychiatr*. 2020;54:102350-.
- Brown E, Gray R, Lo Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res*. 2020.
- Rentero D, Juanes A, Losada CP, Álvarez S, Parra A, Santana V, et al. New-onset psychosis in COVID-19 pandemic: a case series in Madrid. *Psychiatry Res*. 2020;290:113097-.
- Valdés-Florido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-Facorro B, et al. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13(2):90-4.
- Huarcaya-Victoria J, Herrera D, Castillo C. Psychosis in a patient with anxiety related to COVID-19: A case report. *Psychiatry Res*. 2020;289:113052-.
- Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull*. 2020;46(4):752-7.
- Escobar G, Matta J, Ayala R, Amado J. Características clinicoepidemiológicas de pacientes fallecidos por covid-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Fac Med Hum*. 2020;20(2):180-5.

Simulación clínica como técnica educativa para afrontar la formación de especialistas en psiquiatría durante la pandemia COVID-19

Clinical simulation as an educational technique to face the training of psychiatry specialists during the COVID-19 pandemic

Juan Carlos Ocampo-Zegarra ^{1, 2,a}

¹ Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Departamento de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Lima, Perú.

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina de San Fernando. Departamento Académico de Psiquiatría. Lima, Perú.

^a Médico psiquiatra

Correspondencia:

Juan Carlos Ocampo Zegarra

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Departamento de Psiquiatría. Av. Grau 800. Lima, Perú.

Teléfono: 511324-2983/511324-2980. e-mail: jocampo@unmsm.edu.pe

Fuentes de financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés.

RESUMEN

La pandemia COVID-19 ha puesto a prueba a la sociedad humana y a sus instituciones, esta catástrofe sanitaria ha impactado colateralmente sobre el sistema educativo, provocando un cambio brusco en la enseñanza de la modalidad presencial a la modalidad no presencial. La afectación de la formación académica de especialistas en psiquiatría se expresó de diversas formas ante las medidas de emergencia sanitaria, dependiendo de las acciones normativas tomadas por el gobierno central de turno y en las disposiciones particulares de las autoridades gerenciales de cada institución formadora responsable del campo clínico como hospitales generales, hospitales de especialidad, centro de salud mental comunitario e institutos de especialidades afines. Los retos para enfrentar este contexto incluían asegurar la continuidad pedagógica, superar los obstáculos tecnológicos y brechas económicas. Ante este escenario la técnica educativa de simulación clínica virtual se muestra como una alternativa eficaz para reemplazar o amplificar experiencias de aprendizaje reales con experiencias guiadas que evocan o replican aspectos sustanciales que por la pandemia no se podrían llevar a cabo en los campos clínicos de formación educativa. El presente artículo revisa la técnica educativa de simulación clínica virtual y analiza las ventajas, limitaciones y su valor en épocas de pandemia COVID-19 para el aprendizaje durante la formación de especialistas de psiquiatría.

Palabras clave: simulación clínica virtual, aprendizaje de psiquiatría

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has put human society and its institutions to the test, this health catastrophe has collaterally impacted on the educational system, causing a sudden change in teaching from face-to-face to non-face-to-face modality. The impact on the academic training of specialists in psychiatry was expressed in various ways in the face of health emergency measures, depending on the regulatory

actions taken by the central government on duty and on the particular provisions of the managerial authorities of each training institution responsible for the field. clinics such as general hospitals, specialty hospitals, community mental health center, and related specialty institutes. The challenges to face this context included ensuring pedagogical continuity, overcoming technological obstacles and economic gaps. Faced with this scenario, the virtual clinical simulation educational technique is shown as an effective alternative to replace or amplify real learning experiences with guided experiences that evoke or replicate substantial aspects that due to the pandemic could not be carried out in the clinical fields of educational training . This article reviews the educational technique of virtual clinical simulation and analyzes the advantages, limitations and its value in times of the COVID-19 pandemic for learning during the training of psychiatric specialists.

Keywords: virtual clinical simulation, psychiatric learning

Introducción

La aparición de la COVID-19 como una de las principales pandemias que han ocurrido en el mundo ha ocasionado una catástrofe sanitaria de consecuencias incalculables que iremos conociendo en el devenir de los siguientes años (1). La población peruana se ha visto afectada y sus instituciones han soportado el impacto que ha puesto a prueba la solidez de sus instituciones y la entereza moral de cada uno de sus ciudadanos. Este impacto no es exclusivo del sector salud, los daños colaterales están en diversas áreas del desarrollo humano como las áreas sociales, económicas y educativas (2). Superar esta difícil coyuntura que constituye un momento único en la historia de la humanidad demanda respuestas basadas en la ciencia, la tecnología y la ética. La educación, como decía Mandela “es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo”, se vio afectada y los caminos que nos conducirán a superar este momento dependen de una actitud compartida de solidaridad.

Impacto de la Pandemia COVID-19 a la comunidad universitaria

La comunidad universitaria conformada por estudiantes, profesores, trabajadores administrativos y personal de servicio, así como otros sectores de la sociedad que interactúan con universidades, colegios e institutos superiores y centros de investigación, han tenido que hacer frente en forma abrupta y con creatividad al reto de reorganizar sus actividades ante la crisis generada por la COVID-19 (1). Se calcula que el impacto en la educación superior afecta a estudiantes y profesores por la suspensión de clases en la modalidad presencial, alcanzando un número de 23.4 millones de estudiantes y 1.4 millones de docentes en la educación superior a nivel de América Latina (2).

Características del aprendizaje en la formación de especialistas de psiquiatría prepandemia COVID-19

La enseñanza de psiquiatría en el Perú era principalmente en la modalidad presencial durante la época prepandemia COVID-19, las actividades teóricas que impartían las universidades se llevaban por cursos en asignaturas como psicopatología, psicofarmacología, psicoterapia, metodología de la investigación, entre otros (3). Por otro lado, las actividades prácticas denominadas rotaciones como psiquiatría de niños y adolescentes, psiquiatría comunitaria, psiquiatría de enlace, hospitalización, conductas adictivas, consulta externa, emergencia psiquiátrica, hospital de día, psicogeriatría, entre otras, se realizaban en la modalidad 100% presencial (3). Las plazas ofertadas para formarse como especialista de psiquiatría en el residentado médico ofertadas en el periodo 2019 al 2021 superan las 7080 y aproximadamente 220 corresponden a la especialidad de psiquiatría según el Comité Nacional del Residentado Médico (CONAREME) (4).

Características del aprendizaje en la formación de especialistas de psiquiatría durante la pandemia COVID-19

En el Perú, desde que el Ministerio de Salud confirmó el primer caso de la COVID-19 el 6 de marzo, se comenzaron a tomar una serie de medidas preventivas que modificaron las actividades cotidianas del país basadas principalmente en el distanciamiento social y el confinamiento domiciliario. Esto ocasionó que, para asegurar el cumplimiento de dichas medidas gubernamentales, se determine cerrar instituciones educativas como medida que complementa el distanciamiento social y así asegurar la continuidad pedagógica, con cambios bruscos en el modo de la

enseñanza educativa pasando de la enseñanza en la modalidad presencial a la modalidad no presencial. En la formación de médicos especialistas de psiquiatría en Perú y sus respectivas subespecialidades como psiquiatría de niños y adolescentes y conductas adictivas ofrecidas por el Consejo Nacional del Residentado Médico (CONAREME), estaban basadas principalmente en la modalidad de enseñanza presencial tanto para las actividades teóricas y prácticas en los diferentes campos clínicos (4).

La afectación de la formación académica como médico en psiquiatría ante las medidas dictadas luego del decreto supremo N° 008-2020-SA que declara la emergencia sanitaria a nivel nacional el 11 de marzo del 2020, se expresó de diversas formas dependiendo de las medidas normativas tomadas por los gobiernos de turno, basados en la intensidad del contagio y en las disposiciones particulares de las autoridades gerenciales de cada institución formadora responsable del campo clínico como hospitales generales, hospitales de especialidad, centro de salud mental comunitario e institutos de especialidades, a fines de evitar el contagio entre los trabajadores de salud, priorizando actividades esenciales del sector salud (5).

Las disposiciones de las instituciones formadoras responsables del campo clínico fueron variadas y flexibles a lo largo de la pandemia COVID-19, tales como el confinamiento de los médicos que cursan la formación de la especialidad, asistencia intermitente a sus centros de labores por turnos rotativos, disminución de las horas expuestas en el hospital, realización de las actividades teóricas en la modalidad no presencial sincrónica a través de plataformas virtuales como Google meet, Zoom, Cisco Webex, e implementación de aulas virtuales para actividades asincrónicas como por ejemplo Moodle en los cursos dictados por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (6). En relación con las estrategias educativas adaptadas a la modalidad no presencial, éstas fueron diversas, tales como teorías dialogadas, seminarios, vídeo foro, discusión clínica de casos, aula invertida, teleconferencias, mesas redondas, aprendizaje basado en problemas (ABP) y en especial, la simulación clínica virtual como estrategia para suplir las prácticas en los campos clínicos.

Técnica de simulación clínica

La simulación clínica es una técnica, no es una tecnología, sirve para reemplazar o amplificar experiencias reales con experiencias guiadas que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real de una manera totalmente interactiva (7). Aporta un compo-

nente de seguridad para el paciente al contribuir que se reduzca el margen de error, reconocido como una de las principales causas de mortalidad, con sus repercusiones sociales y económicas. El entrenamiento en simulación clínica trae como consecuencia la prevención y disminución de riesgos por la atención en salud, generando una cultura de seguridad del paciente, ya que la simulación clínica está íntimamente relacionada con el principio ético de no maleficencia, y las maniobras no se realizan en pacientes reales o en estado crítico (8). Permite generar experiencias que se acercan a la realidad de la práctica clínica con actores adecuadamente entrenados en la técnica de simulación clínica, que cumplen el rol de pacientes o familiares a través de escenarios adecuadamente guiados y controlados por el equipo docente. La simulación clínica virtual en psiquiatría es una adaptación no presencial de la simulación clínica, implementada durante la época de pandemia COVID-19. Esta técnica de aprendizaje que se adapta a la formación de médicos especialistas en psiquiatría dentro de la estrategia de mantener la continuidad pedagógica, no requiere, a diferencia de otras especialidades, de instrumentos de ayuda diagnóstica o procedimientos complejos, el uso de la tecnología como los simuladores mecánicos o escenarios altamente complejos que se adapten a una situación real (9). La simulación clínica virtual requiere de profesionales entrenados en la técnica, preparados para implementar las diferentes etapas de la técnica como: La etapa de la introducción en la que se establecen las indicaciones y se establecen las limitaciones que tiene la simulación clínica virtual, estableciendo las características de seguridad, participación y roles a ser seguidas por los alumnos dentro de la actividad; familiarización con el simulador que al realizarse por una plataforma virtual demanda que los alumnos estén familiarizados con las tecnologías de información y comunicación (TIC) más usadas; información teórica la cual se le brindara en forma oportuna sobre los aspectos técnicos/médicos que se revisarán, también se provee con información sobre los aspectos no médicos que pudieran considerarse, durante esta etapa es recomendable aclarar las dudas que podrían presentar los alumnos y así promover su análisis crítico y reflexión; informe sobre el escenario en forma apropiada para que los estudiantes se comprometan con el rol que les tocara desempeñar durante la actividad virtual en la que se va a participar, en el caso de la formación de especialistas en psiquiatría se puede representar una amplia gama de situaciones como

entrevista clínicas a pacientes con ansiedad, depresión, cuadros psicóticos, trastorno obsesivo compulsivo, etc. y situaciones específicas como comunicación de malas noticias entre otras tantas según los objetivos del equipo docente a cargo, sin embargo siempre se debe mantener el elemento sorpresa del guión a desarrollar para aumentar el grado de realismo; escenario simulado, el objetivo en esta etapa es que los participantes experimenten sus limitaciones y tengan vivencias como mencionaba Carlos Alberto Seguin al referirse a estas como “una experiencia cargada de afecto” y que puedan tener un aprendizaje significativo que los hagan reflexionar durante la etapa de reflexión (debriefing) que se llevara inmediatamente después; debriefing es una de las etapas más importantes, en ella se hace una reconstrucción del evento que se produjo durante el escenario simulado por parte de los estudiantes participantes con el actor estandarizado de haber sido el caso para que posteriormente reflexionen sobre sus fortalezas y debilidades individuales y grupales que se produjo durante la actividad en el escenario simulado, donde además analizan diferentes perspectivas, relacionan la teoría y la practica orientando la experiencia hacia los objetivos de aprendizaje; finalmente la etapa del cierre en el cual el objetivo es terminar la actividad en forma armonioso y satisfactoriamente para los participantes, clarificar dudas, ayudar a transferir la experiencia a su vida real (10).

Simulación clínica virtual: Ventajas y limitaciones

Por todo lo anteriormente mencionado la simulación clínica virtual representa una técnica educativa que podría ayudar al aprendizaje en la formación de profesionales en la especialidad de psiquiatría durante la pandemia COVID-19. El gobierno de Perú facultado para legislar en diversas materias para la atención de la emergencia sanitaria producida por la COVID-19, publica el decreto legislativo 1490 que fortalece los alcances de la telesalud para trascender la respuesta a la emergencia, fortaleciendo la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud (11). Las experiencias asistenciales de telemedicina desarrolladas durante la pandemia incluyen: teleconsulta, teleinterconsulta, teleorientación, telemonitoreo entre otras, las cuales se podrían replicar en los escenarios de simulación virtual. Es factible porque presenta la

posibilidad de aproximarnos a la realidad y trabajar con alta fidelidad que se asemeja a la realidad acaecida durante la pandemia y escenarios de baja complejidad con escasa necesidad de instrumentos tecnológicos complejos. Asimismo, la simulación virtual al proporcionar un ambiente controlado y seguro para el aprendizaje de la psiquiatría a través de la tecnología de plataformas virtuales es otra oportunidad de aprendizaje. La variabilidad de reproducir situaciones o escenarios de mayor interés o prioritarios para la psiquiatría que permitan el entrenamiento sistemático y repetido de habilidades prácticas y competencias donde se permite equivocarse y aprender del error son otra de sus fortalezas. Asimismo, se logra una mayor transferencia de la formación desde la teoría a la práctica y en sí misma puede servir como una herramienta de evaluación a través de la implementación de la Evaluación Objetiva Clínica Estructurada (ECO) sumado al alto nivel de satisfacción como experiencia de aprendizaje. Finalmente, las principales limitaciones están en la brecha tecnología y el acceso a una buena conectividad al internet que garanticen una sesión óptima y la familiarización con esta tecnología educativa en su adaptación no presencial por la mayoría de las docentes y alumnos en un breve plazo.

Conclusiones

La pandemia COVID-19 afectó al sistema educativo al provocar cambios bruscos de la modalidad presencial a la modalidad no presencial. La formación en el residentado de psiquiatría y sus subespecialidades se vio afectada por las medidas gubernamentales de confinamiento domiciliario y distanciamiento social que impidieron realizar los cursos programados y las rotaciones prácticas en forma idónea. Las actividades prácticas se vieron afectadas al reducirse el campo clínico principalmente en las etapas más álgidas de la pandemia COVID-19. La simulación clínica virtual es una técnica, no una tecnología, para reemplazar o amplificar experiencias reales con experiencias guiadas que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real de una manera totalmente interactiva que fueron y están siendo afectadas por la pandemia COVID-19 y representa una técnica eficaz para suplir la alteración de las experiencias reales de prácticas en la formación en la especialidad de psiquiatría en los diferentes campos clínicos.

Referencias bibliográficas

1. Ordorika, Imanol. (2020). Pandemia y educación superior. *Revista de la educación superior*, 49(194), 1-8. Epub 27 de noviembre de 2020. <https://doi.org/10.36857/resu.2020.194.1120>
2. Pedró F. COVID-19 y educación superior en América Latina y el Caribe: Efectos, impactos y recomendaciones políticas. *Análisis Carol* [Internet]. 11 de junio de 2020 [citado 14 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.fundacioncarolina.es/ac-36-2020/>
3. Ocampo-Zegarra JC, Cortez-Vergara C, Alva-Huerta M, Rojas-Rojas G. Encuesta a médicos residentes de psiquiatría sobre la calidad de su formación como especialistas. :12.
4. CONAREME | Consejo Nacional de Residentado Médico [Internet]. [citado 16 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.conareme.org.pe/web/>
5. Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19-DECRETO SUPREMO-N° 008-2020-SA [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en:<http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2/>
6. Plataformas Virtuales «San Fernando» - UNMSM [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://unmsm.online/>
7. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*. 1 de octubre de 2004;13(suppl_1):i2-10.
8. Olvera Cortés H-E. La seguridad del paciente y la simulación clínica. 20 de junio de 2017;60:11-8.
9. McNaughton N, Ravitz P, Wadell A, Hodges BD. Psychiatric Education and Simulation: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry*. 1 de febrero de 2008;53(2):85-93.
10. Riley RH. *Manual of Simulation in Healthcare*. Oxford University Press; 2008. 566 p.
11. Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud-DECRETO LEGISLATIVO-N° 1490 [Internet]. [citado 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-fortalece-los-alcances-de-la-telesal-decreto-legislativo-n-1490-1866212-2/>

El individuo en el contexto biopsicosocial y la comisión del delito. Reporte de un caso

The individual in the biopsychosocial context and the commission of the crime. Case report

Andrey Sindeev^{1, a, b}

¹ Instituto Nacional Penitenciario-INPE (Lima, Perú)

^a Médico-psiquiatra

^b Magister en Docencia Universitaria e Investigación Pedagógica

Correspondencia:

Andrey Sindeev

Teléfono: 51-99419-1955. e-mail: asindeev@samgmu.org

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés.

RESUMEN

El desarrollo cognitivo, afectivo y conativo-volitivo de personalidad se realiza en base de los factores biogenéticos durante el proceso de socialización de cada individuo donde el núcleo familiar y el contexto microsocioal adquieren una importancia vital desde la etapa de gestación y primera infancia. El objetivo del presente análisis de caso es, a partir de la descripción de una experiencia clínica, llamar a la reflexión sobre el fenómeno de violencia, su desarrollo en el contexto biopsicosocial y relación con la salud mental comprendida en forma integral como el bienestar individual y social sin reducirla a mera ausencia de enfermedades psiquiátricas. Concluimos que el reforzamiento de la familia como célula social, un sistema educativo integrando la instrucción académica con el desarrollo moral y la atención en salud mental universal, accesible y equitativa con el enfoque comunitario, participativo, educativo y preventivo-promocional permitirá desarrollar los mecanismos adecuados de autocontrol de las conductas violentas.

Palabras clave: violencia, delito, salud mental, enfermedades psiquiátricas.

ABSTRACT

Cognitive, affective and conative-volitional personality development is done on the basis of biogenetic factors during the socialization process where each individual household and the micro context acquire a vital importance from the stage of gestation and infancy. The objective of this case study is from the description of a clinical experience, call for reflection on the phenomenon of violence, its development in the biopsychosocial context and relationship to mental health comprehensively understood as individual well-being and social without reducing it to mere absence of psychiatric illness. Conclusions: Strengthening the family as a social unit, an educational system that integrates academic instruction with moral development and care universal, affordable and equitable mental health community, participatory, educational and preventive and promotional approach will develop appropriate mechanisms self-violent behavior.

Keywords: violence, crime, mental health, psychiatric disorders.

“No voy a detenerme a repetir lo que es tan bien sabido por todos nosotros: no existe, en la actualidad, una asistencia psiquiátrica eficiente. A pesar de los esfuerzos de todos, a pesar del clamor constante de todos, la realidad nos tira a la cara nuestro fracaso y nuestra angustia” C.A. Seguín, 1959(1).

Introducción

La violencia es una conducta específicamente humana, siendo el hombre, tal vez, la única especie que depreda a sus congéneres(2). El ser humano puso sus capacidades tecnológicas al servicio de las fuerzas destructivas que amenazan a la propia existencia de la civilización. La historia de la humanidad está repleta de guerras, genocidios, asesinatos, torturas, violaciones y agresiones de todo tipo. La segunda mitad del siglo XX ha marcado el inicio de la postmodernidad entendida como el fracaso de la fe y esperanza en el progreso humano y el bienestar próximo de los pueblos vía ciencia, tecnología, esfuerzo compartido y moral universal; desplome de las doctrinas políticas y religiosos, causando una fuerte crisis de valores, creencias y aspiraciones; derrubio del propio concepto de la familia como el principal ambiente formador y la pérdida de la autoridad de las instituciones educativas creando un egocentrismo radical, hedonismo y consumismo desenfrenados, inmadurez masiva de la población en general, creciente “gracias” a los esfuerzos indesmayables de los medios de comunicación. En este escenario cada vez se presenta más difícil asegurar para cada uno de los individuos y para la sociedad en general la conservación de la salud mental en términos propuestos por la OMS(3).

El trabajo cotidiano en los principales recintos penitenciarios de Lima nos permitió a conocer la diversa psico- y sociopatología en las personas privadas de libertad. Algunos de estos casos han sido de importante impacto mediático y todavía no pueden ser revelados por cuestiones éticas y legales. Los otros pasaron desapercibidos para el público en general, sin embargo, sus motivos se escoden en las profundidades de la compleja personalidad humana entendida como un sistema individual vivo resultante de la interacción biopsicosocial, estructurado a partir de la información genética de sus células y reestructurado por toda la información social que ha llegado a constituirse en su conciencia, en el curso de su infancia, niñez y adolescencia(4).

Durante los meses de enero-octubre del 2017 se realizó un estudio de caso clínico en base de las entrevistas psiquiátricas, datos de la historia clínica, histo-

ria vital, documentos legales, datos de informadores externos y evaluación psicológica (SCL-90-R, EPQ-R, MCMI-II, Inventario de Ellis, Entrevista conductual estructurada) de un paciente ambulatorio del servicio de psiquiatría del establecimiento penitenciario Lurigancho localizado en la ciudad de Lima, Perú.

Reporte de Caso

Paciente, varón de 42 años de edad, de contextura delgada, talla mediana, mestizo, soltero, sin hijos, natural de Lima, contador de nivel técnico superior, se desempeñaba en ventas, sin antecedentes penales ni policiales previos. Condenado a 30 años de pena privativa de la libertad por los delitos: “violación sexual de persona en incapacidad de resistir, homicidio con “gran crueldad” calificado y encubrimiento real”, encontrándose recluido desde el 2006.

No registra antecedentes de enfermedades somáticas importantes, ni consumo de drogas. Consumo de alcohol refiere muy esporádicamente. Hermana con síndrome de Down. Madre era sumisa, tímida, deprimida, impulsiva, padre era autoritario, perfeccionista, poco afectivo, explosivo con violencia física y psicológica contra su esposa e hijo. “A los 20 años cuando falleció mi padre, me sentí aliviado, aunque no alegrado, sentí satisfacción de no tener una autoridad y agresor”. Embarazo de la madre con amenazas de aborto. En la niñez y adolescencia era temeroso, se aislaba, quería escapar de la casa, posteriormente tenía una conducta incendiaria, dificultades en la integración social, pensamiento dominado por fantasías sexuales y extrañas como vivir en un cementerio, dormir en un ataúd, etc.; seguía y vigilaba a las mujeres que le gustaban, averiguando todo sobre ellas, sin el accionar posterior. Se describe como inteligente, “autodidacta”, perfeccionista, tímido, introvertido, con alta autoestima, impulsivo, vengativo; no tenía ni buscaba la estabilidad ni crecimiento laboral. “Siempre me consideraba raro, diferente, ni superior ni inferior, otro género, otra raza”. Progresivamente se añadieron la “adicción a pornografías”, fantasías con el contenido fetichista, necrófilo, pedófilo, zoófilo, homosexual, extravagante como “deseos de tener el sexo con siameses”, etc. Inicio de relaciones sexuales a los 27 años. El inicio de la enfermedad considera desde los 4 años de edad con aparición de ataques de pánico y miedos con síntomas vegetativos intensos a las personas y ambientes desconocidos, “hasta tartamudeaba”, se les quejaba a sus padres, pero ellos “me ridiculizaban frente a los demás, se burlaban de mí y me castigaban”. Desde los 8 años tenía fantasías homicidas con una intensa y resistente ira hacia sus padres y otras

personas “por maltrato físico y psicológico”, esporádicamente con autoagresión: “me rasgaba el cuerpo con cólera, provocaba heridas sangrantes y rompía mi ropa”. Se “desahogaba” fantaseando con cortar, abrir el vientre, quemar vivo, cortar la cabeza, atravesar con una espada, envenenar a sus agresores, sin pasar nunca al acto porque “no tenía un momento adecuado, pensaba que en algún momento lo haré bien, sin dejar huellas”. “Tenía una tiendita, venía un adolescente malcriado de 16 años, yo tenía ganas de meterlo adentro y golpear su cabeza contra la pared hasta matar, después descuartizarlo, quemarlo y enterrar en el patio de mi casa”. “A los 18 años tenía una lista con más de 1260 personas para vengarse”.

Desde los 13 años se asocian progresivamente los síntomas de tristeza, desgano, anhedonia; diversas obsesiones, principalmente rumiaciones con el contenido filosófico y sexual, dudas, conductas compulsivas secundarias; autorreferencialidad, suspicacia, desconfianza, ideas esporádicas de daño y persecución, alteraciones del proceso asociativo, despersonalización y desrealización. Ataques de pánico se han vuelto más frecuentes, cada 15 días, incluso no participaba en las actividades extracurriculares por el temor de alejarse de Lima, de sus padres y a sufrir un ataque de pánico. A pesar de ello presentaba un buen rendimiento escolar, “estaba primero en el aula”, por temor a castigo y humillaciones por parte de su padre.

En el 2002 fue atendido en el Hospital Víctor Larco Herrera (Lima) recibiendo el diagnóstico de “trastorno obsesivo-compulsivo” y tratamiento ambulatorio sin el seguimiento adecuado, con parcial respuesta terapéutica y abandono posterior.

En el 2006 luego de una fiesta a donde acudió con sus colegas de trabajo, aprovechó el estado de fuerte ebriedad de una compañera suya para llevarla a su domicilio donde la violó sexualmente en dos oportunidades y al día siguiente al despertarse la agraviada le increpó lo sucedido siendo cogida del cuello y golpeada en el rostro para luego ultrajarla sexualmente nuevamente. Al querer escapar la agraviada golpea al paciente provocándole sangrado, él se enfureció, la apuñaló en la cabeza, golpeó con una barra metálica en todo el cuerpo y asfixió ocasionando su muerte. Luego procedió a seccionar el cadáver, separando miembros inferiores, superiores, tronco y cabeza y guardándolos en su baño. El paciente motiva su accionar como “curiosidad”: “quisiera saber cómo está hecho el cuerpo humano, siempre quise ser estudiante de medicina, seccionar cadáveres, pero mi padre me impuso seguir la otra carrera”.

El día siguiente paciente fue a su centro laboral con toda la normalidad negando en todo momento el co-

nocimiento sobre la ubicación de la agraviada, para luego indicar que tenía conocimiento que ella había sido violada por otro sujeto. El cadáver seccionado fue hallado en su domicilio dos días después del ocurrir la muerte.

Luego de haber sido capturado presentó diferentes versiones contradictorias y poco estructuradas de lo sucedido negando su responsabilidad, hasta luego confesar el asesinato explicándolo por su defensa propia, debido a que la agraviada misma quiso ir a su domicilio y tener las relaciones sexuales para luego chantajearlo y agredir física y verbalmente, lo que provocó en el “shock nervioso” aumentado por la ingesta de alcohol con sus pastillas. La misma versión mantiene hasta la actualidad. Asimismo, siempre trataba de defenderse minimizando sus fallas con el hecho de “ser paciente psiquiátrico”.

La evaluación psiquiátrica forense del 2006: “personalidad obsesiva, inteligencia clínicamente normal”.

La evaluación psicológica forense del 2006: “personalidad con rasgos agresivos sádicos con predominio de pensamientos obsesivos, actitud distante, frío afectivamente, no se conmueve ante los hechos narrados orientándose a minimizar sus fallas, teniendo una conducta tendiente al perfeccionismo para lo cual para lograr su objetivo no tomó en cuenta su entorno consiguéndola a toda costa”.

En el servicio de psiquiatría del penal recibe atención ambulatoria desde en el 2007, hospitalizado en 3 ocasiones. Tratamiento con antidepresivos, neurolepticos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo con una evolución favorable. Suele presentar falta de adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos por diferentes razones, entre ellas dificultades económicas, ocurrencia de efectos adversos, cansancio y desilusión por la no obtención de los resultados esperados y por atribuirles a los medicamentos síntomas propios de su trastorno.

A pesar de la actitud muy colaboradora y respetuosa del paciente se observan la frialdad emocional y actitud calculadora hacia todas las personas, egocentrismo, tendencia al locus de control externo, ausencia de culpa y de arrepentimiento, la victimización y manipulación ofreciendo las racionalizaciones verosímiles del delito en búsqueda de una eventual inimputabilidad.

En base de entrevistas psiquiátricas, datos de la historia clínica, historia vital, documentos legales, datos de informadores externos y evaluación psicológica (SCL-90-R, EPQ-R, MCMI-II, Inventario de Ellis, Entrevista conductual estructurada) se formulan los siguientes diagnósticos: Trastorno esquizotípico (F21), Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de pensamientos obsesivos (F42.0), Distimia (F34.1).

Discusión

Los medios de comunicación documentan a diario la violencia en sus diversas formas empezando a percibirse esta como si fuera un patrón de conducta humana habitual que forma parte de la vida cotidiana. No cabe duda la multicausalidad de la conducta violenta, cuyos factores se agrupan en biológicos, filogenéticos, ontogenéticos, constitucionales, metabólicos, bioquímicos, neuroanatómicos, neurofisiológicos, psicológicos, ambientales, familiares y socioculturales(2,5). El sistema nervioso central con los circuitos neuronales y vías neuroquímicas del encéfalo es el elemento básico para la génesis de agresividad y conducta violenta, cuya manifestación puede ser regulada por la neocorteza con una gran influencia de los mecanismos de aprendizaje(6). La violencia es un fenómeno vivo que no nace por azar, sino se crea por los seres humanos y se desarrolla solo en las circunstancias o los ambientes favorables. El acto violento requiere de la intencionalidad, motivación, convención, iniciándose así, como toda la conducta humana, en el pensamiento(2). Los estudios epidemiológicos revelan que en promedio la cuarta parte de la población peruana se ha visto involucrada en conductas violentas incluyendo el abuso físico a menores y hasta un 4.6% tenían el pensamiento homicida en algún momento de su vida. Hasta el 60% de mujeres sufrieron alguna vez maltrato por parte de su pareja, siendo el 40% la violencia física. La mayoría de las víctimas de agresiones no busca ayuda y está sometida a múltiples actos de violencia durante largos periodos(7,8).

Tradicionalmente la opinión pública relaciona el mayor potencial agresivo con los pacientes psiquiátricos aunque solo un pequeño porcentaje de la violencia social puede ser atribuida a este grupo(9,10). Sin embargo, Sánchez Bursón(11) revela que un gran número de enfermos mentales crónicos terminan en prisión si no se les proporciona la asistencia adecuada. La escasa accesibilidad a los servicios de salud mental, falta de registro, control y seguimiento de estos pacientes es otro problema que puede repercutir en violencia. Siendo los trastornos neuropsiquiátricos la primer causa de carga de enfermedad en el Perú(12) en diferentes regiones del país cerca de 80% de la población con la necesidad de atención en salud mental no la recibió(7) y solo el 32.8% de trastornos severos recibieron algún tipo de tratamiento(13).

Los agentes sociales estresantes en la niñez disminuyen los umbrales biológicos de la violencia, entre otros el nivel de serotonina en el cerebro(14). Cuando la persona proviene de un hogar desintegrado,

con violencia, patologías psiquiátricas, adicciones, cuidado prenatal deficiente, patrones desordenados de comunicación familiar, pobres existencias escolares, no fue deseado por los padres o no recibió el afecto en su infancia, no ha tenido de donde aprender los sentimientos de empatía con los demás. Así, podemos explicar una parte de la agresión como repertorio legítimo de conducta de un agente primario de socialización como en caso del padre golpeador. Desde esta óptica, la atención en salud mental no sólo tiene que enfocar a la población con enfermedades psiquiátricas, sino fundamentalmente, a la denominada población sana. Hasta un 90% de los problemas de salud mental puede llegar a nivel de atención primaria si el mismo está accesible a los ciudadanos(15).

Referencias bibliográficas

1. Aguilar-Rivera W, Rodríguez-Yauri E, Delgado-Arroyo R, Córdova-Palacios J, Rivera-Chávez E. Evaluación de la escala de salud personal en estudiantes de una universidad particular de Lima, Perú. *Revista Peruana de Psiquiatría*. 2012;3(1):7-11.
2. Perales A. Introducción al tema: la violencia como fenómeno social vivo. En: Libro de Ponencias: Curso Internacional sobre Violencia y su Impacto en la Salud. Lima: Academia Nacional de Medicina; 2010. p.19-35.
3. World Health Organization [Internet]. Mental health: strengthening our response. Fact Sheet Nº220; 2010 [Citado el 10 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>
4. Aguilar W. Neurociencias y psiquiatría: la historia clínica integrada. 1a ed. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú; 2014.
5. Peña S. Perspectivas psicoanalíticas de la violencia. En: Libro de Ponencias: Curso Internacional sobre Violencia y su Impacto en la Salud. Lima: Academia Nacional de Medicina; 2010. p.202-16.
6. Escobar A, Gómez B. Violencia y cerebro. *Rev Mex Neuroci*. 2006;7(2):156-63.
7. Instituto Nacional de Salud Mental [Internet]. Lima, Perú: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental 2002–2010 [Citado el 10 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
8. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015. Lima: MIMDES; 2009.
9. Teixeira E, Pereira M, Rigacci R, Dalgalarro P. Esquizofrenia, psicopatología e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(2): 127-33.
10. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(5):249-61.
11. Sánchez J. Los pacientes mentales en prisión. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2001;XXI(78):139-53.
12. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):222-31.
13. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):30-8.
14. Gil-Verona J, Pastor J, De Paz F, Barbosa M, Macías J, Maniega M, et al. Psicobiología de las conductas agresivas. *Anales de psicología*. 2002;18(2): 293-303.
15. Bojorquez E, Chacon O, Rivera G, Donadio G, Stucchi S, Sihuas C, et al. Colegio Médico del Perú: propuesta de reforma de la salud mental en el Perú. *Acta Méd Per*. 2012;29(1):43-55.

Resiliencia y salud mental en tiempos de COVID-19

Resilience and mental health in times of COVID-19

Liesel Marie Ludowieg Cassinelli^{1, a}

¹ Hospital Víctor Larco Herrera. Departamento de Hospitalización. Servicio de Psiquiatría de Agudos.

^a Médico psiquiatra.

Correspondencia:

e-mail: liesel.ludowieg@gmail.com

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflictos de interés.

Señor Editor:

La COVID-19 es la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, la cual se inició a fines del año 2019, en la ciudad de Wuhan, China. Esta se ha esparcido por todos los continentes de forma rápida, siendo declarada como pandemia en el mes de marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ha causado altas tasas de infección y muerte¹, generando una saturación de los servicios de la salud y un gran impacto en la salud mental de los trabajadores de la salud, sobre todo en aquellos que se encuentran laborando en la primera línea, surgiendo como necesidad fortalecer los factores protectores de la salud mental buscando disminuir el impacto de esta pandemia.

La pandemia por la COVID-19 ha traído consigo grandes cambios económicos y sociales, por consiguiente en nuestras rutinas diarias. Nos hemos visto en la necesidad de realizar cuarentenas, distanciamiento social, usar mascarillas y protectores faciales, llevando a que exista un incremento del estrés, la frustración, los trastornos de ansiedad, depresión y el burnout, todo ello exacerbado por el distanciamiento social y el inevitable aislamiento que este genera. Como consecuencia de este último punto, se ha vuelto más complicado realizar intervenciones psicosociales adecuadas y oportunas, incrementando aún más el riesgo sobre la salud mental (2).

Cuando nos encontramos en situaciones de emergencia sanitaria, como la que estamos viviendo, necesitamos que los servicios de salud respondan de forma inmediata y con alta intensidad, lo cual genera que miles de trabajadores de la salud brinden cuidados, directos o indirectos, a los pacientes afectados. Muchos de los trabajadores de la salud se encuentran laborando en la primera línea de atención, lo cual implica que están expuestos a una serie de situaciones adversas, como son la disminución de recursos humanos, turnos prolongados, limitaciones en la capacidad resolutoria, entre otros, lo cual genera un impacto físico y psicológico en el personal sanitario, incluso pudiendo llegar a ser fuente de dilemas de índole moral (3,4). Estas adversidades se relacionan con un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales, como son los trastornos depresivos, de ansiedad, de estrés postraumático, por uso de sustancias, las alteraciones del sueño, el incremento del riesgo suicida, entre otros, impactando negativamente en el bienestar de la persona y afectando su capacidad de realizar un afrontamiento efectivo de la emergencia sanitaria, comprometiendo su labor profesional, lo cual ya ha sido evidenciado en epidemias anteriores (3).

En estudios realizados durante la pandemia por la COVID-19 se ha reportado que uno de cada cinco trabajadores de la salud presenta ansiedad y/o depresión y dos de cada cinco, insomnio. Por otro lado, contamos con estudios en los que se ha reportado que los trabajadores de la salud tienen tasas más altas de alteraciones del sueño, ansiedad y depresión que la población general (4).

La resiliencia es la capacidad de adaptarse bien ante la adversidad, ésta ha sido identificada como un factor protector que actúa como un amortiguador del estrés sobre el estado de salud mental, pudiendo disminuir su impacto negativo y por lo tanto, reduciendo el riesgo de trastornos mentales⁵. Ante situaciones como las que nos encontramos viviendo, resulta primordial potenciar aquellos factores que promuevan la resiliencia, tomando una gran importancia el soporte social y el vínculo con otros, el optimismo, evitar el consumo excesivo de información en medios de comunicación, así como la búsqueda de distractores, actividades de ocio y la disminución del aislamiento social recurriendo a medios de comunicación en línea. Buscando aminorar el impacto de esta pandemia sobre la salud mental (1).

No sabemos cual es el nivel de resiliencia de los trabajadores de la salud dadas las circunstancias de estrés extremo que estamos viviendo producto de la coyuntura actual. Este grupo poblacional se encuentra expuesto a múltiples factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, por lo que debemos implementar estrategias para mitigar su impacto. Es así, que realizar programas de intervención para mejorar la resiliencia y conseguir aumentar el bienestar personal, a la vez que identificamos tempranamente a personas que se encuentran en mayor riesgo de sufrir trastornos mentales y brindamos intervenciones psicosociales oportunas por medio de servicios virtuales implementados para este fin, podremos conseguir mejorar la salud mental de nuestros trabajadores de la salud, generando mayor bienestar

y optimizando su capacidad para actuar de forma apropiada y oportuna en el desempeño de sus labores profesionales, lo que generaría un beneficio no solo individual, sino también comunitario.

Conclusión

Actualmente nos encontramos enfrentado una situación sanitaria para la cual no estábamos preparados, generando una sobrecarga de los servicios de salud y afectado a sus trabajadores de forma importante. Con la implementación de programas que mejoren la resiliencia dirigidos a trabajadores de salud, promoveríamos factores protectores de la salud mental, con una intervención sencilla y de bajo costo, lo cual mejoraría la calidad de vida de los trabajadores, así como su desempeño laboral, impactando positivamente en la calidad de la atención en salud.

Referencias bibliográficas

1. Chen S, Bonanno GA. Psychological Adjustment During the Global Outbreak of COVID-19: A Resilience Perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020;12:51–4.
2. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2020 Apr 21;37(2):327–34.
3. Greenberg N. Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nature Reviews Nephrology* [Internet]. 2020;16(8):425–6.
4. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020;293 (September):113441.
5. Kimhi S, Marciano H, Eshel Y, Adini B. Resilience and demographic characteristics predicting distress during the COVID-19 crisis. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2020;265(September):113389.



Gustavo Vásquez-Caicedo Nosiglia (1937 - 2020)

Gustavo Mestanza

Nació en la ciudad del Cusco el 12 de marzo de 1937, hijo de la unión de don Adolfo Vásquez-Caicedo Paz, coronel del ejército peruano, con doña Margarita Nosiglia Calderón. Sus estudios de primaria los realizó entre Piura y Lambayeque, lugares en donde, como militar, había sido destacado su padre. La secundaria la realizó en el Colegio Militar Leoncio Prado, de donde egresó como integrante de la octava promoción. Su vocación de servicio lo llevó en el año de 1954, a ingresar a estudiar medicina en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Su pasión por el área de las neurociencias se vio reflejada en 1957, cuando formó parte de la Asociación Neuropsiquiátrica de Estudiantes de Medicina (ANEM), conformada por Saúl Peña, Roberto Llanos, Max Silva y Rubén Ríos, entre otros. Entre los años 1962 y 1963 realizó su internado en el entonces Hospital Obrero y el Hospital Militar. Con los conocimientos aprendidos que fueron troquelando su espíritu, tomó el sendero de las neurociencias, particularmente el relacionado al estudio y el tratamiento de los trastornos del comportamiento; así, ingresó a estudiar la especialidad de psiquiatría, cuyo residentado lo llevó a cabo en el Hospital Hermilio Valdizán, bajo la tutoría del maestro Humberto Rotondo Grimaldi, de quien fuera uno de sus alumnos predilectos. Se graduó como médico psiquiatra en el año 1967. Laboró como tal en el consultorio externo de la Facultad de Medicina de la UNMSM en el Hospital Dos de Mayo, donde también desarrolló la actividad de psiquiatría de enlace hasta 1970; también realizó atenciones en el consultorio de la clínica psiquiátrica universitaria de San Marcos entre 1970 y 1974.

Pero, ya en 1968, el maestro Vásquez-Caicedo no podía estar ajeno al ejemplo de su padre; así, pisando sus huellas, ingresó a la prestigiosa Marina de Guerra del Perú, como oficial de la Sanidad Naval, concurso de por medio, y obtuvo el grado militar de teniente primero.

En 1969 se unió en matrimonio con doña Gloria Leroux Pazos, cuyos frutos fueron tres ejemplares hijos: Gloria, Ana Lucía y Gustavo, actualmente profesionales exitosos que realizaron sus carreras en el extranjero. En 1977 fue becado por un año para especializarse en terapia de la conducta en el Eastern Pennsylvania Institute de la Universidad de Temple, Estados Unidos, bajo la dirección del ilustre Joseph Wolpe, quien coincidentemente también había sido médico militar y había investigado sobre las consecuencias de la guerra, especialmente en el trastorno que posteriormente sería conocido como de estrés postraumático. En ese período asistió a una serie de eventos en donde pudo alternar con otras figuras de talla mundial, como J. Cautella, A. Beck, A. Bandura, S. Minuchin y B. F. Skinner, con quienes compartió en muchas ocasiones, enriqueciendo sus conocimientos y ampliando sus horizontes culturales. Con quien más amistad tuvo fue con J. Wolpe; con él intercambió correspondencia o se encontraban en algún evento internacional. Luego de transcurrido el año regresó a continuar laborando en el Servicio de Psiquiatría del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", donde aplicó los conocimientos adquiridos, pero también los impartió a sus alumnos de la Universidad de San Marcos, donde fue nombrado profesor principal en 1980. En 1982 asumió la jefatura del Servicio de Psiquiatría, cargo que ejerció hasta 1997, año en que pasó al retiro con el grado de capitán de navío. Su dedicación y su amor al servicio fue tal que hasta llegó a rechazar cargos de mayor jerarquía, pues, clínico por excelencia, disfrutaba de la actividad asistencial. Sin permitir que la actividad administrativa lo secuestrara por completo, promovía reuniones clínicas con todo el equipo terapéutico del servicio

una vez por semana, pasaba visita, se reunía luego con los asistentes del servicio para discutir los casos detalladamente. Dotado de un gran “ojo clínico”, sus presunciones diagnósticas iban más allá de la simple mención del diagnóstico, pues siendo muy sensible al aspecto social y las circunstancias que particularmente envolvían a cada paciente, se preocupó siempre de este particular cariz, así como de sus implicancias en el pronóstico respectivo.

Impulsó en el Centro Médico Naval la creación de la Unidad de Psiquiatría Infantil. Asimismo, convencido de que la psiquiatría debe practicarse con otras disciplinas, en un enfoque de psiquiatría de enlace, promovió la participación de los psiquiatras y psicólogos en otros servicios, tales como las Unidades de Nefrología (pacientes crónicos y candidatos a trasplantes), Ginecología y Obstetricia, así como el apoyo a la sala en donde se brindaba tratamiento a pacientes con tuberculosis, entre otras actividades. También impulsó la creación del Departamento de Apoyo Psicológico al Personal del Frente Interno, dedicado a las actividades de selección, prevención y asistencia en la salud mental para aquellos miembros de la Institución que se encontraban luchando contra la subversión en diferentes puntos del país, lugares en donde él también estuvo presente.

Considerado como un leedor más que un lector, disfrutaba enfrascarse no solo en verdaderas disquisiciones clínicas, pero también políticas, cuando no filosóficas, con las que podía mantener aglutinados al grupo de los psiquiatras asistentes a su alrededor, especialmente en algún momento de descanso en el servicio o a la hora de la salida de la jornada de trabajo. Pero esto no resultaba extraño para los que le conocían, pues habiendo sido profesor de muchas promociones, casi

todos sus médicos asistentes habían pasado por sus manos durante su formación y podían recordar sus clases magistrales, en las que abordaba algún tema bajo perspectivas diversas, o la visión de algún trastorno con sus diferentes aristas, de diversa índole, corriente o doctrina. Así, analizaba, razonaba, reflexionaba, o investigaba algún tema de interés, fomentando, promoviendo y favoreciendo la exégesis y la eiségesis médica. Algunos de sus libros favoritos fueron “1984”, de George Orwell, “Cuentos”, de Jorge Luis Borges y “La física de lo imposible”, de Michio Kaku.

Asistió y participó en una serie de eventos concernientes a la psiquiatría militar y civil, dentro y fuera del país, y a pesar de su pase al retiro, continuó laborando en la docencia universitaria, actividad a la que le dedicó cuarenta y dos años de su vida; también fue coautor del Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”, conjuntamente con los ilustres psiquiatras A. Perales, M. Zambrano y A. Mendoza, cuya primera edición salió a la luz en 1991. Don Gustavo Vásquez-Caicedo tuvo una participación bastante activa en la Asociación Psiquiátrica Peruana, de la que fue vicepresidente (1990 – 1992) y presidente (1992 – 1994), y también fue secretario regional para el Caribe y los Países Bolivarianos, de la Asociación Psiquiátrica para América Latina (APAL) durante los años 1994 y 1996.

Infatigable y ejemplar luchador, excelente clínico y gran maestro, don Gustavo Vásquez-Caicedo partió de este mundo en el mismo lugar en el que entregó y al que dedicó gran parte de su vida, el Centro Médico Naval, el 7 de noviembre de 2019.



Oscar Enrique Arbulú Villasís (1938 - 2020)

José Luis Li Ning Anticona

Con el Doctor Oscar Arbulú Villasís (1938-2020), compartí tareas asistenciales en el Departamento de Salud Mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) y docentes en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos (UNMSM). Honrado de haber integrado su círculo de amigos y colegas, presento esta breve semblanza de su trayectoria personal y profesional.

El Dr. Arbulú nació en la norteña ciudad de Chiclayo el 24 de marzo de 1938, hijo de Oscar Arbulú Castañeda y de Isabel Villasís Chávez. Concluidos sus estudios secundarios en su ciudad natal, viajó a la República Argentina, para ingresar a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de la ciudad de Córdoba. Allí, su vocación psiquiátrica apareció tempranamente: fue practicante del Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba. Su título de Médico, obtenido el año 1963, lo revalidó la UNMSM el año siguiente; la especialidad de Psiquiatría le fue reconocida, en 1987, por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). En 1991, culminó su formación médica con el grado académico de Doctor en Medicina, concedido también por la UPCH.

Entre los años 1965 y 1972, inició el entrenamiento psiquiátrico en la Clínica Psiquiátrica San Isidro de Lima, bajo la tutela del Dr. Baltazar Caravedo y, luego, viajó a París becado por el Gobierno Francés (1975-1976) en el Centro Hospitalario Santa Ana. La segunda especialización, dentro de la psiquiatría, la comenzó con una pasantía en el Servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Bel Air de Ginebra, en 1989; y, prosiguió su formación en la misma subespecialidad: en 1991, obtuvo un Certificado de Entrenamiento en la Universidad de Miami y, el año 2008, el Diploma de Geriatría y Gerontología en la Universidad San Martín de Porres. Complementariamente, siguió didáctica universitaria: diplomados de Docencia en Educación Superior, Universidad Wiener (2004) y de Docencia Universitaria, UNMSM (2009).

Su formación ininterrumpida concilió dos vocaciones y marcó su propia trayectoria académica: experto en psicogeriatría y en docencia universitaria médica. La labor asistencial del Dr. Arbulú siempre estuvo vinculada a la labor docente: fue Profesor Principal de la Facultad de Medicina de la UNMSM y de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). En ambos centros de formación médica, coordinó y dirigió diversas actividades académicas tanto en pregrado como en postgrado; en las dos facultades se hizo acreedor al reconocimiento unánime. Poseedor de una experiencia clínica altamente especializada fue invitado a dictar cátedra en varias universidades de Lima y Chiclayo.

El Hospital Víctor Larco Herrera fue la sede de su trabajo asistencial entre 1972 y 1977; y, en este último año, ingresó al equipo de psiquiatras del Departamento de Salud Mental del HNERM, donde permaneció hasta su jubilación el año 2005. En el Rebagliati el mayor aporte de Arbulú Villasís a la institución misma y a la formación de especialistas lo constituye la creación y coordinación de la Unidad de Psicogeriatría: esta llegó a ser la sede de rotación obligada para los médicos residentes de psiquiatría. Pionero de la psicogeriatría en el Perú, fue miembro fundador de la Sociedad de Gerontología y Geriatría del Perú y de la Asociación Peruana de Psicogeriatría.

El espíritu societario del doctor Arbulú se patentizó en la acción desplegada como integrante de la Junta Directiva de la Asociación Peruana de Psiquiatría; y pertenencia a la Sociedad Peruana de Psiquiatría Biológica, la Asociación Internacional de Psicogeriatría, la Sociedad de Psicogeriatría de Lengua Francesa, la Unión Mé-

dica Franco Peruana, La Sociedad Médico-Psicológica de París, la Red Mundial de Suicidólogos y la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina.

Como Investigador acucioso, el Dr. Arbulú, ha sido autor de múltiples publicaciones en revistas y anales de los congresos nacionales. Sus artículos sobre temática psicogeriatrica e historia evidencian su preferencia por esas dos líneas de investigación: en 1995 y 2000 publicó la historia y las actividades de los especialistas en psicogeriatrica del Perú en el *International Psychogeriatrics Association Bulletin*. Illinois (ver relación de publicaciones).

Quienes departimos con el Dr. Oscar Arbulú, apreciamos los rasgos agradables de su personalidad: de carácter tranquilo y constante buen humor, fue un conciliador importante en la dinámica institucional. Amante de la historia, rescataba síndromes psicopatológicos poco difundidos. Comprometido con el aspecto humano de la profesión médica, colaboró en forma ininterrumpida en la Residencia Geriátrica de las Religiosas de los Ancianos Desamparados. No solamente se hacía cargo de las complicaciones psiquiátricas de los allí internados, sino que participaba como Director Docente de la Escuela de Técnicas de Enfermería Geriátrica de la Residencia. Asimismo, con cierta regularidad, visitaba el centro de acogida de enfermos abandonados de La Parada, regentado por la congregación de Santa Teresa de Calcuta.

La excelencia de su vida profesional tuvo un complemento importante en su vida personal: se casó con Carlota Celia Bravo Guerra el 15 de febrero de 1969, destacada docente de La Universidad Nacional de Música (ex Conservatorio Nacional de Música) en la especialidad de piano. Con ella recorrieron el interior del país y diversos países de Europa y América. Oscar (Oki) era fuente de información para quienes planificaban viajar. Su conocimiento de los lugares lo convertía en un personaje análogo de los viajeros europeos del siglo XIX que recorrieron nuestro país, ponderando la variedad de costumbres y riquezas naturales. Los viajes avivaron su interés etnológico, patente en el dominio de lenguas extranjeras: francés, inglés, portugués e italiano.

Falleció el 06 de junio del 2020, pero su profesionalismo, dedicación y amor al prójimo persistirán como ejemplo trascendente en quienes disfrutamos de su compañía de colega y amigo, en los pacientes y los estudiantes que recibieron el beneficio directo de sus conocimientos.

Publicaciones

1. Patología psiquiátrica en una clínica privada. *Anales del Primer Congreso Nacional de Psiquiatría*, 1969, Lima.
2. Algunos aspectos clínicos de la farmacodependencia en nuestro medio. *Anales del Segundo Congreso Nacional de Psiquiatría*, 1971, Lima.
3. El argot y la droga. *Revista Médica del Hospital Central N° 2-SSP*, 1980, Lima.
4. Algunos aspectos de la asistencia y de la docencia en Psicogeriatrica. *Anales del Sexto Congreso Nacional de Psiquiatría*, 1980, Lima.
5. Incidencia de primeras consultas de adultos mayores durante 10 años en el Servicio de Salud Mental Honorio Delgado. *Anales del 6° Congreso Nacional de Psiquiatría*, 1980, Lima.
6. Acerca de la muerte psicógena. *Revista médica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*, 1981, Lima.
7. Expectativas y sugerencias de los residentes de Psiquiatría del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Primeras Jornadas Psiquiátricas de la Seguridad Social*, 1981, Lima.
8. Ansiedad ante el acto quirúrgico. Un estudio en pacientes y sus familiares. *Revista de Neuropsiquiatría*, 1982, Lima.
9. Estados paranoides en la edad tardía. *Anales del Séptimo Congreso Nacional de Psiquiatría*, 1982, Lima.
10. Psiquiatría y Geriátrica. Consideraciones históricas. *Anales del Octavo Congreso Nacional de Psiquiatría*, 1984, Lima.
11. Aspectos sexuales en la senectud. *Revista Médica del Hospital Edgardo Rebagliati Martins*, 1988, Lima.
12. Protección y asistencia del gerente en el Antiguo Perú. *GERONTO*, 1989, Lima.
13. Delirio endozoico. *Anales del Décimo Primer Congreso Nacional de Psiquiatría*, 1990, Lima.
14. Estudio clínico comparativo de eficacia y tolerancia de buspirona en pacientes ambulatorios con ansiedad en consultorios de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía en el Perú. *Actualidad Médica*, 1990, Lima.
15. Depresión geriátrica. Aspectos clínicos. *GERONTO*, 1992, Lima.
16. Club de pacientes psicogeriatricos. *GERONTO*, 1992, Lima.
17. Historia de la Geriátrica en el Perú. *Boletín de Medicina Interna*, 1993, Lima.
18. Aspectos históricos y conceptuales en la Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neuropsiquiatría*, 1995, Lima.
19. The Peruvian Social Security Institute's Psychogeriatrics Program in Lima. *International Psychogeriatrics Association Bulletin*, 1995, Illinois.
20. Parasitosis delusional. *Folia Dermatológica Peruana*, 1996, Lima.
21. Consideraciones psicopatológicas en la longevidad. *GERONTO*, 1996, Lima.
22. Diagnóstico de la depresión geriátrica. *GERONTO*, 1996, Lima.
23. Esquizofrenia en la tercera edad. *Anales del I Congreso Peruano de Psiquiatría Biológica "Honorio Delgado"*, 1996, Lima.
24. Consideraciones clínicas acerca de la depresión geriátrica. *GERONTO*, 1997, Lima.
25. Violencia en el adulto mayor. *GERONTO*, 1998, Lima.
26. Programa de Psicogeriatrica del Departamento de Salud Mental del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *GERONTO*, 1998, Lima.
27. Comentario a la segunda edición del libro "Aprendiendo a vivir mejor", 1999, Lima.
28. Biobibliografía del Dr. Miguel Lladó B. *GERONTO*, 2000, Lima.
29. Historical Synopsis of Geriatrics in Perú. *International Psychogeriatrics Association Bulletin*, 2000, Illinois.
30. Viudez y aflicción. *Revista del Hospital Edgardo Rebagliati Martins*, 2000, Lima.
31. Sinopsis de la Geriátrica en el Perú. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Edgardo Rebagliati Martins*, 2001, Lima.
32. Ansiedad y depresión en la práctica médica. *Revista Medigen*, 2001, Lima.
33. Centro de Capacitación de Asistentas en Enfermería Geriátrica "Saturnino Lopez Novoa". *Anales de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados*, 2001, Lima.
34. Manifestaciones psiquiátricas en la enfermedad de Alzheimer. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Edgardo Rebagliati Martins*, 2002, Lima.
35. Algunas consideraciones psicopatológicas acerca del homicidio. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*, 2003, Lima.
36. El mundo del discapacitado. *Boletín Informativo del Colegio Médico del Perú*, 2003, Lima.



Rafael Navarro Cueva (1941 - 2020)

Carlos Ordoñez

El 6 de enero del 2020, faltando poco más de un año para que alcanzara los 80 años, falleció en Lima Rafael Navarro Cueva, distinguida figura de la psiquiatría y la psicología.

Nacido en Huánuco, Rafael Navarro optó, a la hora de escoger una profesión, por la medicina, egresado de la Universidad Nacional de Trujillo, dentro de ella, se especializó en la psiquiatría, recibiendo las enseñanzas de Humberto Rotondo (1984-1987), personalidad de la especialidad psiquiátrica en el mundo latinoamericano. Realizó sus estudios de postgrado en la Universidad Libre de Berlín, específicamente en el campo de Terapia de Comportamiento y Neurofisiología Clínica, y en el Instituto Max Planck, en el área de la Farmacodependencia.

Su vida profesional se cumplió en el marco del Ministerio de Salud, en el que desempeñó cargos como el de médico asistente en el Hospital Hermilio Valdizán (1975), jefe del Departamento de Modificación de la Conducta (DAMOC) y del Centro de Rehabilitación de Ñaña, y posteriormente Director General del Hospital Hermilio Valdizán de Lima (2009.2013), unidades de trabajo que bajo su jefatura desarrollaron una activa labor de prevención, tratamiento e investigación. Sin embargo, Navarro pasará a la historia, en lo que se refiere a sus aportes institucionales, por haber sido el primer director del Centro de Rehabilitación de Ñaña cargo que ocupó hasta el año 2008.

Autor del “Modelo Ñaña de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones” (1982) aporte que culminó una larga y acariciada aspiración de los estudiosos de la psiquiatría y psicología en el Perú: El Centro de Rehabilitación de Ñaña una institución dedicada a la atención y la investigación de la realidad psicosocial del hombre dependiente a sustancias psicoactivas. *“Nos interesa el estudio de la ‘condición humana’ en todas sus posibilidades expresivas, en este complejo problema de salud mental”*, pronunciaría en su momento.

Sus años al frente de “Ñaña” (como suele conocerse a esa institución de rehabilitación profesionalizada de drogodependientes) constituyen la época de oro del Centro. Pude conocerlo, cuando en 1990 me llamara para entrenarme en DAMOC y como médico asistente en la Unidad de Farmacodependencia. Durante el tiempo en que fue director pude seguir de cerca su trabajo, cumplido en condiciones no siempre favorables, a pesar de contar con el apoyo del Gobierno.

Navarro ha dejado una importante obra escrita. Sus artículos y reportes de investigación en publicaciones nacionales y extranjeras evidencian su capacidad de trabajo, su tenacidad de enseñanza y compartir conocimientos. Solo quiero mencionar “Cocaína: Aspectos Clínicos, Tratamiento y Rehabilitación” (1992) y “Ñaña: Comunidad Terapéutica Peruana”, Cedro, (1997)”, a manera de ilustración.

Agreguemos a eso sus libros, comenzando por Cocaína: Aspectos Clínicos, Tratamiento y Rehabilitación. (Lima 1992), Actualización en Adiccionología. Escuela de Consejería en Adicciones, ECAD, (Lima 2007)., y terminando con capítulos: Farmacodependencia, Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo” Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Lima, 1991), aporte a la enseñanza de la psiquiatría, No podemos dejar de mencionar Aspectos Terapéuticos Generales dentro del Programa de Capacitación Para Comunidades Terapéuticas. CONTRADROGAS (Lima 1999).

Podemos encontrar en su producción otras obras no menos importantes, como son: Manuales de Capacitación I, II y III. Escuela de Consejería en Adicciones – Editor Rafael Navarro. ECAD, Lima 2006, balance de su trabajo al frente del Centro de Rehabilitación de Ñaña. Además, diversos artículos con relación a la Terapia de la Conducta en el Comportamiento Dependiente de Drogas, publicadas en revistas de Psicología nacionales e internacionales

Navarro siempre tuvo un respeto reverencial por quien fuera su maestro, Humberto Rotondo. Por ello logró que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, creara la Subespecialidad de Adicciones y en la Universidad Peruana Cayetano Heredia la Maestría de Farmacodependencia, que estuvo dirigida por él. Desde allí, emprendió la ímproba tarea de compartir conocimientos sobre las adicciones de nuestra realidad nacional e internacional a nivel de postgrado.

Tras el fallecimiento de Humberto Rotondo en 1969, Navarro, al lado de Alfonso Mendoza, Carlos Núñez y Edgar Sánchez, como responsabilidad individual, asumieron la dirección clínica de las diversas subespecialidades de la psiquiatría que ofrece el Hospital Hermilio Valdizán.

Además de docente y profesor principal de la Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (1975 -, 2018), presidió en su momento la Asociación Psiquiátrica Peruana (1996 – 1998) y posteriormente la Asociación Psiquiátrica de América Latina (2000 - 2002). Nombrado Miembro Honorario de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, en su condición de Expresidente. (2010), se dio tiempo para dirigir y animar durante varios años la Asociación Peruana de Adiccionología (APAD).

Su labor académica e institucional, así como su dilatada producción intelectual, fueron debidamente re-

conocidas por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina por el apoyo continuo en la formación médica (2013), y como asesor académico en el Diseño Curricular del Programa Internacional de Maestría / Diploma Superior de Especialidad en Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas otorgado por la Universidad Andina Simón Bolívar, Bolivia, 2006. La Universidad Nacional de San Marcos, en la que alcanzara la categoría de Profesor Principal y llegara a desempeñarse como jefe del Departamento Académico de Psiquiatría.

Su importante práctica privada y fundador del Instituto Peruano de Terapia Conductual Cognitiva, así como su trabajo asistencial en el Ministerio de Salud le posibilitaron una rica experiencia con seres humanos dolientes de los diversos estratos sociales de nuestro país, ofreciéndole una visión de primera mano de la vida cotidiana y de las vicisitudes de los peruanos, complemento valiosísimo a las enseñanzas derivadas de su maestro Humberto Rotondo.

La visión de la psicología de Navarro se caracterizaba por su preocupación por lo comunitario, como lo demuestran algunos de los trabajos antes citados, pero también por su reconocimiento de la importancia de los factores sociales en el comportamiento humano. Ajeno a banderías doctrinarias y a posiciones unilaterales, Navarro promovió durante sus años al frente del Hospital Hermilio Valdizán la investigación, la docencia, la psiquiatría comunitaria, así como los afrontes provenientes de la terapia cognitivo conductual. Era del parecer que una realidad desafiante y cambiante como la peruana demandaba multiplicidad de enfoques y flexibilidad en la comprensión de ella.

Con su fallecimiento se cierra un capítulo particularmente rico de la historia de las ciencias de la conducta y en las drogodependencias en el Perú, en la que ocupara siempre un lugar destacado.



Luis Fernando Morales Galarreta (1943 - 2020)

Oscar Ramos Godoy

El Dr. Luis Morales Galarreta nació el 15 de enero de 1943 en Huamachuco, departamento de la Libertad. Realizó estudios escolares en el colegio San Nicolás en Huamachuco. Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, donde realizó sus estudios de pregrado. Los estudios de segunda especialidad en Psiquiatría los realizó en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en la ciudad de Lima, y sus prácticas profesionales en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, donde posteriormente trabajó como médico psiquiatra durante toda su vida profesional como especialista, llegando a ser el primer jefe del Servicio de Emergencia de Salud Mental del mencionado hospital.

Considerado entre sus compañeros de trabajo como buen profesional, muy buena persona, respetuoso y siempre de buen humor, Fue docente en la Facultad de San Fernando en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde aportaba sus conocimientos para las futuras generaciones de médicos de tan prestigiosa casa de estudios, siendo muy dedicado cuando preparaba sus clases para sus alumnos, preocupándose por estar al día en todo lo nuevo en medicina y particularmente en psiquiatría.

Fue un amante del Psicoanálisis, hizo su formación en el Instituto Psicoanalítico, hacía terapias de grupo y grupos formativos trabajando en su consultorio particular.

Disfrutaba leer no sólo de psicoanálisis y medicina, sentía una fascinación por la célula. Gustaba de la poesía, recitaba poemas y rimas de César Vallejo, Gustavo Adolfo Becquer y Pablo Neruda.

Nos dejó un 2 de julio del 2020, será recordado con mucho cariño y admiración.

Colaboración: Isabel Morales (hija del Dr. Luis Fernando Morales)



Héctor Tovar Pacheco (1948 - 2020)

Luis Matos Retamozo

El Dr. Héctor Tovar Pacheco nació en Pampas, capital de la provincia de Tayacaja del departamento de Huancavelica.

Fue hijo de don Eleazar Tovar y doña Graciela Pacheco tuvo 8 hermanos, el Padre era profesor.

La primaria la hizo en Pampas y la secundaria en el Colegio Nacional Nuestra de Guadalupe de Lima. Estudió medicina humana en la Universidad Nacional de Trujillo y su especialización la hizo en la Universidad Cayetano Heredia. Fue el único integrante de la segunda promoción de psiquiatría en el programa fundado por el Dr. Renato Alarcón Guzmán.

Fue integrante del equipo fundador del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" y viajó a Japón por un año. Más tarde viajó también a los Estados Unidos gracias a una beca de la Comisión Fulbright, que en una de las más prestigiosas becas del gobierno norteamericano.

El Dr. Tovar fundó el programa de entrenamiento terapéutico grupal para niños autistas y bajo la supervisión del Dr. Jorge Castro Morales quien a la sazón era Jefe del departamento académico de psiquiatría de la universidad peruana Cayetano Heredia, organizó el programa de Subespecialización en Psiquiatría Infanto Juvenil, del cual egresaron-y egresan- muchas generaciones de psiquiatras infanto juvenil que se desempeña en todo nuestro país.

Llegó a ser jefe del departamento de niños y adolescentes y luego director del Instituto.

Se ha caracterizado por su trabajo metódico, disciplinado, responsable.

Le recordaremos como el colega siempre dedicado a los niños y los estudiantes de pre y post-grado.

Descansa en paz, amigo entrañable.



Paul Eloy Rodríguez Suárez (1955 - 2020)

Luis A. Vílchez Salcedo

Es difícil escribir reseñas necrológicas. No es una labor para nada grata, más aún si se trata de personas que cruzaron por nuestras vidas y dejaron buenas impresiones en ella. Eso sucedió cuando recibí la ingrata y sorpresiva noticia de la partida a la Casa del Padre del colega y amigo Paul E. Rodríguez Suárez (sucedida a mediados de diciembre del año 2020 en la ciudad de Lima).

Había nacido en Arequipa el 17 de mayo de 1955. Estudió en el Colegio San Agustín en Lima y Medicina Humana en la Universidad Nacional de San Agustín en Arequipa. Una vez completado su SERUMS recaló en la ciudad de Tarapoto, en la Región San Martín, laborando en el Hospital II-2 de Tarapoto como médico general en la condición de nombrado. Recuerdo que en junio de 1999 llegó al Hospital Víctor Larco Herrera procedente de esa Región, al haber accedido a una plaza de médico residente de Psiquiatría por la Universidad de San Marcos en la modalidad de plaza cautiva, por lo que formó parte de la quinta promoción de residentes junto a los colegas Gorky Carazas, Armando Torres y Jean Pierre Lecaros.

En esa época el que suscribe esta breve nota era médico residente de tercer año y coordinador de los residentes del Hospital. Luego de la habitual presentación de los ingresantes tuvimos un momento para hacerles conocer “en lo que se habían metido”. El conocido “Polcito”, como le decíamos con cariño, tenía siempre una buena disposición para colaborar en lo que se le pidiese. Atento, servicial y con un ánimo envidiable, asistíamos a las clases de Psicopatología y Psicofarmacología que por ese entonces nos ofrecían los días sábados los excelentes maestros Ricardo Bustamante Quiroz y Alberto Fernández Arana. Tenía mucho ánimo para saber un poco más y no se arredraba cuando de preguntar se trataba. Durante el tiempo que permaneció en el Hospital Larco Herrera mostró su bonhomía, cercanía, afán de servicio y excelente disposición ante el paciente que requirió de sus servicios.

Para mediados del año 2002, al culminar su residencia, retornó a su base en Tarapoto, aunque me manifestó personalmente que deseaba quedarse un poco más en el Hospital Larco Herrera al cual había tomado cariño. Al regresar a Tarapoto se esforzó en acondicionar la pequeña unidad de salud mental de su hospital en algo que vaya acorde a las actuales tendencias descentralizadoras. Tuve referencias que en el 2019 logró inaugurar un Servicio de Hospitalización para Psiquiatría lo que demuestra sus esfuerzos por una atención justa y digna para las personas con problemas de salud mental. No volví a saber de él hasta el día de su internamiento aquí en Lima y, días después, de la infausta noticia de su fallecimiento acaecida el 12 de diciembre del 2020.

Desde este breve espacio, recordamos a Paul que supo ganarse el aprecio y la consideración de los que le conocimos en el escaso tiempo que nos tocó estar con él. Descansa en paz, “Polcito” Rodríguez.



Christian Omar Rojas Merino (1979 - 2020)

William Aguilar Rivera

Ha fallecido una persona alegre y de buen corazón, cuya pasión por la psiquiatría, no fue un impedimento para acudir a atender a sus pacientes en el hospital Hermilio Valdizán, durante la pandemia COVID-19.

Omar como cariñosamente lo llamábamos, nació un 05 de mayo de 1979. En la bulliciosa ciudad de Lima, Hijo de doña Carmen Merino y de don Antonio Rojas. Fue el segundo de los tres hijos que tuvo el matrimonio.

Su infancia, niñez y adolescencia transcurrieron en Lima en el seno de su querida familia, sus estudios de educación primaria y secundaria los realizó en el C.E.P Manuel Antonio Ramírez Barinaga, Maristas; más tarde y siguiendo el llamado de su auténtica vocación médica, Omar, decide estudiar medicina en la Universidad Particular de San Martín de Porres, graduándose como Médico Cirujano en el año 2007, Yaclyn Hernandez, quien fuera más adelante su esposa, relata “nos conocimos en las aulas universitarias, el día de nuestra graduación, como médicos cirujanos, empezamos nuestra relación como enamorados, años más tarde nos convertiríamos en felices esposos, fruto de esta hermosa relación tuvimos dos hijos, Luciana (10) y Andrés (07)”.

Omar, trabajó como médico nombrado en el Hospital de Baja Complejidad de Vitarte, desde Setiembre del 2009 hasta Octubre del 2014; motivado por su vocación por la psiquiatría, realizó su especialidad por la Universidad Particular Ricardo Palma, desde octubre del año 2014 hasta setiembre del 2017, escogiendo la sede del Hospital Nacional “Hipólito Unanue”, en el Servicio de Psiquiatría del Departamento de Salud Mental, egresando en la tercera promoción de sus residentes de psiquiatría. Durante su formación como residente, Omar, fue muy pro-activo en las tradicionales actividades académicas diarias de 7am a 8am; durante su residentado médico, fue un destacado residente, siendo muy valorado por sus co-residentes, quienes lo describían como una persona alegre, optimista, paciente, tolerante, muy amable, “pelotero” y de buen corazón. Omar, siendo un flamante médico psiquiatra regresó al Hospital de Baja Complejidad de Vitarte, sin embargo, el gran amor por su familia influyó en su deseo de estar cerca a su familia, razón por la cual, decide destacarse al Hospital Hermilio Valdizán, donde labora por aproximadamente un año y medio, en ese medio tiempo presentó COVID-19.

Yaclyn, quien actualmente es también psiquiatra lo recuerda como “un muy buen esposo y padre, se esforzaba mucho por ser buen padre, le dedicaba mucho tiempo a sus hijas, me decía, hay que dedicarle tiempo a nuestras hijas, nos gustaba ir a los cursos de matrimonio, para mí fue una gran pérdida, era muy conciliador. Finalmente, Omar, fue un honor haberte conocido, en mi condición de ser tu tutor en la especialidad de psiquiatría, siempre te recordaremos como una personalidad alegre, solidaria, íntegra. Descansa en paz Omar.

PARA LOS AUTORES

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

De la revista

La Revista Peruana de Psiquiatría es el órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica Peruana. Se publica un volumen al año conformado por dos números semestrales. Es el medio de difusión de la producción científica de los miembros de la asociación, así como de las investigaciones y ensayos de los miembros de la comunidad científica y académica nacional e internacional, que constituyan aportes significativos al desarrollo y conocimiento de la psiquiatría y de la salud mental.

De las secciones

La revista cuenta con secciones que son incluidas en cada volumen. En forma excepcional podrán incluirse otras secciones dependiendo de las características de los contenidos, previa aprobación del Consejo Editorial de la Revista.

Editorial

Su elaboración es responsabilidad del Comité Editorial de la Asociación Psiquiátrica Peruana y aborda temas referidos a la política y marcha institucionales, temas actuales en el ámbito de la medicina, la psiquiatría o la salud mental.

Artículos originales

Destinada a la publicación de trabajos originales e inéditos realizados por miembros de la APP o por autores que no pertenezcan a esta, pero que se ciñan a las normas de publicación. Deberán estar acompañados de un resumen en español y otro en inglés, no mayor de 200 palabras y de 6 palabras-claves como máximo. Los trabajos de investigación deberán constar de las siguientes partes: Título, Autor(es), Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Referencias Bibliográficas.

Artículos de revisión

Incluye revisiones o actualizaciones sobre un tema específico de la Psiquiatría o de la Salud Mental.

Reporte de casos

Descripción y discusión de casos clínicos que sean motivo de atención especial ya sea por diagnóstico, evolución o terapéutica.

Comunicaciones breves

Comunicaciones que correspondan a informes preliminares de investigaciones, resúmenes, ensayos o trabajos que hayan sido presentados a congresos o eventos similares.

Historia

Ensayos sobre aspectos históricos de la psiquiatría peruana o mundial que por su especial significación sean meritorios de ser evocados. Esta sección es asignada por el Consejo Ejecutivo de la Revista.

Actividad Académica

Se publicará los resúmenes de las actividades académicas de la Asociación Psiquiátrica Peruana en el período anterior a la publicación de cada volumen.

Publicaciones

Comentarios sobre libros y/o artículos de publicación reciente vinculados a la Psiquiatría o la Salud Mental. Los aspectos específicos para el envío de artículos, así como las características a utilizar en la redacción de los mismos son las especificadas en las Instrucciones para los Autores y se ajustan al consenso del Comité Internacional de Directores de Revistas en los requisitos de uniformidad para la redacción y edición de manuscritos presentados a revistas biomédicas.

Cartas al editor

Opiniones relacionadas a artículos publicados en la revista, o relacionadas con aspectos relevantes en la situación de la salud mental y la psiquiatría.

In memoriam

Esta sección está dedicada a recordar a los miembros de la asociación que fallecieron durante el período correspondiente al año de publicación de la revista.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

- La Revista aceptará solicitudes para publicación en las secciones de trabajos originales, artículos de revisión, reporte de casos, comunicaciones breves, historia, cartas al editor, y comentarios de libros y publicaciones. En cada caso el manuscrito debe ser inédito.
- Toda contribución para la publicación debe llevar en la primera página el título del artículo y luego de este el(los) nombre(s) del autor(es), la institución a la que pertenece(n), cargo(s) y dirección electrónica. Además se debe señalar fuente de financiamiento y declaración de intereses.
- Las referencias bibliográficas deben ser presentadas en hoja aparte, en el orden de aparición en el texto y deben seguir las normas del estilo Vancouver.
- Los trabajos deben ser enviados por medio digital al correo secretaria@app.org.pe, en formato del programa Word, páginas de tamaño A4, numeradas secuencialmente, escritas a doble espacio en formato Arial 12 puntos, con márgenes de 3 cm. La extensión para los trabajos originales, artículos de revisión y temas históricos no debe exceder de 30 páginas y de 5 páginas para las comunicaciones breves y comentarios de libros y revistas.
- Los cuadros, tablas y gráficos serán adicionados en hojas separadas indicando el lugar del texto donde serán incluidos y deben estar elaboradas en Excel. En el caso de fotografías o ilustraciones deben ser originales o elaboradas en un programa gráfico compatible con Windows, de buena calidad y en condiciones de ser reproducidas sin modificaciones.
- El Comité Directivo de la Revista revisará las contribuciones y opinará sobre su aceptación para publicación, lo cual será comunicado por escrito al autor principal en un plazo no mayor de 30 días de la fecha de recibo.
- Los trabajos que sean aceptados para su publicación pasarán a ser propiedad editorial de la Revista. Los trabajos no aceptados serán devueltos a sus autores.
- La redacción de la Revista puede introducir cambios formales en el estilo de presentación de los trabajos sin alterar el contenido para asegurar la homogeneidad de la publicación.
- La publicación de los artículos en la Revista no implica necesariamente que esta comparta las opiniones y puntos de vista vertidos por los autores, siendo estos los responsables de aquellos.