

Revista Peruana de Psiquiatría

2024

Enero / Diciembre

Volumen 14. Números 1 y 2

Lima, Perú

ISSN 2079-0058



ASOCIACIÓN
PSIQUIÁTRICA PERUANA

REVISTA PERUANA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 14 Nros. 1 y 2

Enero - Diciembre 2024

ISSN 2079-0058

COMITÉ EDITORIAL

Director

José Cabrejos Pinto

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Editor

Ricardo Bustamante Quiroz

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Miembros

Jeff Huarcaya Victoria

Universidad Privada San Juan Bautista

Ybeth Luna Solís

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Juan Carlos Ocampo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Glauco Valdivieso Jiménez

Instituto Peruano para el estudio y abordaje integral de la Personalidad

Alfredo Valencia Reyes

Clínica San Felipe

Johan Vega Dienstmaier

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 aportes generados dentro y fuera del país, los que serán publicados previa evaluación por sistema de arbitraje. Tiene periodicidad semestral

©Asociación Psiquiátrica Peruana 2024.

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, sin el permiso previo, por escrito, de la APP.

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: Fachada curva. Imagen original de dominio público

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA

CONSEJO DIRECTIVO 2022 – 2024

Presidente

Dr. José Cabrejos Pinto

Secretario de Filiales

Dr. Beltrán Villarreal Rao

Vicepresidenta

Dra. Ybeth Luna Solís

Vocal de Ética y Calificación Profesional

Dr. Héctor Manuel Coloma Manrique

Secretario General

Dr. Jeff Huarcaya Victoria

Vocal de Relaciones Interinstitucionales

Dr. Juan Paz Soldán Medina

Tesorera

Dra. Edith Chero Campos

Vocal de Acción Gremial

Dr. Héctor Moisés León Castro

Secretario de Actas

Dr. Gianfranco Argomedo Ramos

Vocal de Prensa y Biblioteca

Dr. Glauco Valdivieso Jiménez

Secretario de Acción Científica

Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra

Past Presidente

Dr. Francisco Rivera Feijoo

CONTENIDO

EDITORIAL

4

ARTÍCULOS ORIGINALES

Características de los pacientes infectados por COVID-19 en una institución de salud mental en el Perú durante el período 2020-2021. *Gisella Vargas-Cajahuanca, Luis Vílchez-Salcedo*

5

Realidad sobre la formación de la residencia en psiquiatría en tiempos de pandemia por la COVID19 en el Perú. *Yessenia Salazar-Saavedra, Daniel Isuhuaylas-Aguirre, María Tapia-Vicente, Jeff Huarcaya-Victoria*

14

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Trastorno por atracón: una revisión actualizada. *Sol Misa-Aversa, Carolina Arispe-Silva, Andrea Silvana Paz-Poblete, Alejandro Siles-Florián, María Paula Costa-Arias, Glauco Valdivieso-Jiménez*

26

HISTORIA

Convenio entre la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica, y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, para el desarrollo de la psiquiatría infantil, la terapia de familia y la psiquiatría preventiva. *Alfonso Mendoza-Fernández*

36

SEMBLANZA

Carlos Li Ning Anticona. *Alfonso Mendoza-Fernández*

51

PARA LOS AUTORES

Reglamento de publicación

Instrucciones para los autores

56

58



EDITORIAL

La vigencia de la atención de la salud mental como prioridad sanitaria exige respuestas sostenidas e integradoras, especialmente en contextos como el nuestro en donde persisten brechas en atención, formación académica y producción científica. En este nuevo número de nuestra revista, reunimos contribuciones que no solo analizan esta realidad, sino que también revisan y proponen intervenciones pertinentes para dichos contextos.

Observamos, por ejemplo, cómo el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental en nuestro país sigue generando importantes interrogantes y abriendo espacios para el desarrollo de nuevas intervenciones. Así, en el primer artículo original, los autores analizan las características clínicas y los factores asociados a la mortalidad por COVID-19 en pacientes hospitalizados en una institución de salud mental, aportando datos valiosos sobre la realidad sanitaria de una población particularmente vulnerable. En la misma línea del contexto de la pandemia, los autores del siguiente artículo original examinan los desafíos de la formación de los médicos residentes de psiquiatría durante la emergencia sanitaria, identificando las dificultades formativas en ese periodo, así como la adaptación a las nuevas modalidades de enseñanza, destacando, entre otros aspectos, la enriquecedora experiencia de las pasantías en los centros de salud mental comunitarios.

En el artículo de revisión, enfocado en el campo de la psicopatología, se ofrece una visión actualizada sobre el trastorno por atracón, resaltando tanto los criterios diagnósticos como las estrategias terapéuticas más eficaces. Este trabajo permite actualizar conocimientos sobre una condición frecuente, pero aún subdiagnosticada, y subraya la necesidad de intervenciones integradas.

En la sección de historia se presenta un valioso testimonio en el que su autor relata en primera persona los hechos que precedieron y siguieron a la firma del convenio suscrito en 1984 entre la Universidad Católica de Lovaina y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para el desarrollo de la psiquiatría infantil, la terapia de familia y la psiquiatría preventiva en nuestro país. El artículo aborda con minuciosidad la gestación y las actividades que se llevaron a cabo en el marco del convenio, así como sus importantes efectos sobre la actividad asistencial, docente y de investigación.

En esta edición queremos también rendir un homenaje a la memoria del Dr. José Li Ning, ex presidente de nuestra asociación, cuyo compromiso, liderazgo y entrega a la psiquiatría peruana dejaron una huella profunda en varias generaciones de profesionales. Así, incluimos, como testimonio de gratitud y reconocimiento institucional, la semblanza elaborada por el Dr. Alfonso Mendoza en la cual recoge los aspectos más destacados de su trayectoria y legado.

Con este número reafirmamos nuestro compromiso con la difusión de conocimiento científico de calidad, con un enfoque local y global, en la perspectiva de consolidar nuestra revista como un lugar de referencia académica. Agradecemos a nuestros lectores y autores, y los invitamos a seguir colaborando con este espacio editorial que busca crecer y sostenerse en el tiempo.

Ricardo Bustamante Quiroz

Editor

Características de los pacientes infectados por COVID-19 en una Institución de Salud Mental en el Perú durante el período 2020-2021

Characteristics of COVID-19 infected patients in a Mental Health Institution in Perú, 2020–2021

Gisella Vargas-Cajahuanca^{1,a}; Luis Vílchez-Salcedo^{2,b}

¹Hospital Víctor Larco Herrera. Oficina de Docencia e Investigación Lima, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1021-9195>

²Hospital Víctor Larco Herrera. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Lima, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7561-6576>

^aMédica Psiquiatra

^bMédico Psiquiatra, Maestro en Salud Pública

Correspondencia:

Luis A. Vílchez Salcedo.

Dirección: Av. Del Ejército cuadra 6, Magdalena del Mar, Lima, Perú

Correo: lvilchez@hvlh.gob.pe

Financiamiento: Financiado por los propios autores.

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

Responsabilidades éticas: Los autores aceptan haber cumplido los requerimientos éticos para la producción de investigaciones.

RESUMEN

Introducción: Las personas con trastornos psiquiátricos graves fueron identificadas como vulnerables durante la pandemia por COVID 19. No hay reportes nacionales de como afecto la pandemia la atención de los usuarios hospitalizados, las acciones que se tomaron para su cuidado y el curso clínico de los infectados. **Objetivos:** Identificar las características clínicas de los pacientes hospitalizados en el Hospital Larco Herrera, Lima, Perú, desde abril de 2020 a abril del 2021 y que resultaron infectados por COVID 19. **Material y Métodos:** Se realizó una revisión de los registros clínicos de los pacientes y se hizo registro de datos sociodemográficos, diagnostico psiquiátrico, medicación prescrita, estado nutricional y resultados de la prueba rápida de COVID 19. **Resultados:** El 80% de los pacientes hospitalizados dieron positivo a la prueba rápida para COVID-19. Fallecieron el 6.7%, en su mayoría varones mayores de 60 años con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entra la edad y la condición de fallecido y de la condición de fallecido y el resultado de diagnóstico nutricional. Dos pacientes fallecidos tuvieron prueba negativa a COVID-19. Los medicamentos que tomaban los pacientes fueron principalmente risperidona, clonazepan y valproato de sodio. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes que permanecieron hospitalizados por enfermedad psiquiátrica grave en el periodo de estudio fueron infectados por COVID-19; los fallecidos fueron varones mayores de 60 años lo cual coincide con lo descrito por la literatura para esta asociación.

Palabras clave: hospital psiquiátrico, prueba COVID-19 positiva, evolución clínica.

ABSTRACT

Introduction: People with severe psychiatric disorders were identified as vulnerable during the COVID-19 pandemic. There are no national reports on how the pandemic affected the care of hospitalized

users, the actions taken to care for them, and the clinical course of those infected. Objectives: To identify the clinical characteristics of patients hospitalized at Larco Herrera Hospital, Lima, Peru, from April 2020 to April 2021 who were infected by COVID-19. Material and Methods: A review of the patients' clinical records was carried out and sociodemographic data, psychiatric diagnosis, prescribed medication, nutritional status and results of the COVID 19 rapid test were recorded. Results: 80% of hospitalized patients tested positive for the rapid test for COVID-19. 6.7% died, mostly men over 60 years of age with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder. A statistically significant association was found between age and deceased status and deceased status and nutritional diagnostic outcome. Two deceased patients tested negative for COVID 19. The medications the patients were taking were risperidone, clonazepam and sodium valproate. Conclusions: The majority of patients who remained hospitalized for severe psychiatric illness during the study period were infected with COVID-19; the deceased were men over 60 years of age, which coincides with what has been described in the literature for this association.

Keywords: psychiatric hospital, positive COVID-19 test, clinical course.

Introducción

El Hospital Víctor Larco Herrera es el hospital psiquiátrico más antiguo y grande del Perú. Inició sus actividades en el año 1918 y desde ese momento ha venido brindando atención ininterrumpida a personas con problemas de salud mental. Desde el inicio de la pandemia en el hospital se tomaron medidas para prevenir los contagios entre los pacientes hospitalizados. Al no tener referencias nacionales del impacto de la pandemia en esta población, la recolección de información sobre el manejo clínico resulta necesaria para generar guías y evaluar la efectividad de las decisiones tomadas, como suspender de manera temporal las hospitalizaciones, la prohibición de visitas de familiares entre otras; además, conocer las características de los pacientes del hospital que a consecuencia de la pandemia por el COVID-19 resultaron contagiados o no por el virus, establecer la presencia de determinados patrones y/o factores de riesgo en esta población que nos pueda servir como premisa para posteriores estudios específicos sobre esta enfermedad en este tipo de población cautiva. En el HVLH se registró al primer trabajador con prueba positiva a COVID-19 el 03.04.2020 y el 26.04.2020 el primer paciente hospitalizado.

Materiales y métodos

Tipo y método de estudio: Es del tipo retrospectivo, observacional, transversal y correlacional.

Población y muestra de estudio: Se consideró al total de usuarios que se encontraban internados en la institución y con prueba diagnóstica positiva para el COVID-19 al momento del estudio, con edades de 18

años a más, y observados desde el inicio de la pandemia en abril del año 2020 hasta el corte de recojo de información en abril del 2021 (cohorte de pacientes). Al realizarse sobre la totalidad de pacientes, este estudio no se contempló la realización de una muestra de estudio. Como criterio de exclusión se consideró a los usuarios que era menores de 18 años, a los que no contaban con pruebas diagnósticas positivas para COVID-19 y a los usuarios del Departamento de Emergencia. La información de los casos que se reporta fue tomada de las historias clínicas y de la información epidemiológica disponible.

Análisis estadísticos: Se realizaron tablas de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas de estudio para el caso de las variables numéricas, estas fueron transformadas a variables categóricas para ser representadas en tablas de frecuencias. Posterior a ello se realizaron tablas bivariadas entre la variable "condición de fallecido" y "resultados de prueba de COVID-19" con las demás variables de estudio; además, se incorporó la prueba de Chi cuadrado de asociación para determinar posibles asociaciones, estableciendo el valor " α " (Alpha) en 0.05 para juzgar significancia en las asociaciones estadísticas (valores menores al 0.05 son considerados como significativos o que las variables están asociadas).

A partir de estos primeros resultados, se propone realizar el análisis bivariado entre la variable "condición de fallecido" y las demás variables de estudio; además, se postuló la asociación entre estas variables mediante la prueba de asociación de Chi cuadrado (valores con un p_valor menor a 0.05 son catalogados como significativos, es decir, las variables están asociadas estadísticamente).

En el presente estudio participaron en su organización las Oficinas de Docencia e Investigación y Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital.

Resultados

Sobre la base de un total de 390 pacientes hospitalizados observados desde el principio de la pandemia hasta el corte de recojo de información (cohorte de pacientes), se tiene que el 80% (312/390) de la cohorte de pacientes tuvo resultado positivo a COVID-19 (resultado positivo mediante prueba rápida y/o antígeno para COVID-19).

Dentro del grupo de pacientes diagnosticados con COVID-19 (Tabla 1), el 58.3% son de sexo masculino, mayoritariamente tenían edades entre 30 y 59 años

(52.4%) seguido de las edades de 60 a más años (41.8%). Los resultados del diagnóstico nutricional en esta cohorte evidenciaron que cerca del 50% eran personas con Índice de Masa Corporal (IMC) normal, un 43.1% eran pacientes problemas de sobrepeso u obesidad y el 7% eran pacientes un peso inferior al normal.

Al considerar el tipo de diagnóstico de enfermedad, según el CIE-10, se tiene que el 58.8% (177/301) eran pacientes con “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, un 17.9% (54/301) eran pacientes con “Retraso mental”, un 9.3% (28/301) eran pacientes con “Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física”, menos del 8% eran pacientes con otros tipos de diagnósticos. La tasa de letalidad fue de 6.7% (21/312).

Tabla 1. Características generales de los pacientes con diagnóstico positivo a COVID-19 en el HVLH 2020-2021

Variable		n	%
Sexo (n= 312)	Masculino	182	58.3
	Femenino	130	41.7
Edad (n=309)	18 a 29	18	5.8
	30 a 59	162	52.4
	60 a más	129	41.8
Diagnóstico nutricional (n= 299)	Bajo de peso	21	7.0
	Normal	149	49.8
	Sobrepeso	80	26.8
	Obesidad	49	16.4
Diagnóstico de enfermedad (n= 301)	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	177	58.8
	Retraso mental	54	17.9
	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física	28	9.3
	Trastornos del humor	18	6.0
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	9	3.0
	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos	6	2.0
	Trastornos del desarrollo psicológico	4	1.3
	Epilepsia y crisis epilépticas recurrente	2	0.7
	Trastorno de la actividad y de la atención	1	0.3
	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación	1	0.3
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas	1	0.3
Muerte por COVID-19 (n= 312)	No	291	93.3
	Si	21	6.7

Fuente: Registros OESA HVLH, 2022

Por otro lado, se tiene que sólo el 20% de la cohorte de pacientes tuvieron resultado negativo a la prueba COVID-19 (prueba rápida y/o antígeno para COVID-19)

Al comparar la tasa de letalidad acumulada del COVID-19 (Tabla N°02) por sexo se tiene que la mayor letalidad corresponde al sexo masculino con el 4.5% (14/312) y 2.2% (7/312) en mujeres, en donde se tiene que no existe asociación entre la condición de fallecido y el sexo (p valor= 0.423).

Con respecto a la edad, las personas de 60 años a más son las más afectadas por el COVID-19 (Tabla 2), siendo la tasa de letalidad acumulada de 4.2% (13/309),

seguido de las personas de 30 a 59 años con una tasa de 1.6% (5/309) y por último las personas de 18 a 29 años con una tasa de 0.3% (1/309); y donde se tiene que existe una asociación significativa entre la condición de fallecido y la edad (p_valor= 0.048).

Según resultado de diagnóstico nutricional (Tabla 2), la tasa de letalidad acumulada es mayor en personas con un IMC normal (5.4%), seguido de los pacientes con sobrepeso (1.0%). Además, se tiene que existe una asociación significativa entre la condición de fallecido y el resultado del diagnóstico nutricional (p_valor= 0.034).

Tabla 2. Asociación entre la “condición de fallecido” en pacientes con diagnóstico positivo a COVID-19 según variables de estudio en el HVLH 2020-2021

Variable		No		Sí		p_valor*
		n	%	n	%	
Sexo (n= 312)	Masculino	168	57.7	14	66.7	0.423
	Femenino	123	42.3	7	33.3	
Edad (n=309)	18 a 29	17	5.9	1	5.3	0.048
	30 a 59	157	54.1	5	26.3	
	60 a más	116	40.0	13	68.4	
Diagnóstico nutricional (n= 299)	Bajo de peso	20	7.17	1	5	0.034
	Normal	133	47.7	16	80	
	Sobrepeso	77	27.6	3	15	
	Obesidad	49	17.6	0	0	
Diagnóstico de enfermedad (n= 301)	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	173	59.7	4	36.4	0.912
	Retraso mental	51	17.6	3	27.3	
	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física	26	8.97	2	18.2	
	Trastornos del humor	17	5.86	1	9.09	
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	8	2.76	1	9.09	
	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos	6	2.07	0	0	
	Trastornos del desarrollo psicológico	4	1.38	0	0	
	Epilepsia y crisis epilépticas recurrente	2	0.69	0	0	
	Trastorno de la actividad y de la atención	1	0.34	0	0	
	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación	1	0.34	0	0	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas	1	0.34	0	0	

* Prueba Chi cuadro de asociación
Fuente: Registros OESA HVLH, 2022

Al realizar un ordenamiento de los tipos de medicación en los pacientes (uno a más medicamento por paciente) con diagnóstico positivo a COVID-19, se tiene que la Risperidona, el Clonazepam y el Valproato de sodio fueron los medicamentos usados con más frecuencia con 16.5%, 12.9% y 9.6% respectivamente. Sin embargo, en las personas que fallecieron por COVID-19 los medicamentos más usados fueron el Clonazepam (14.7%) y la Carbamazepina (11.8%) (Tabla 3).

Con respecto a los pacientes con resultado de prueba rápida y/o antígeno **negativa** para COVID-19 (Tabla 4) se tiene el 53.9% (42/78) correspondían al sexo masculino y el 46.2% (36/78) al sexo femenino. Dentro de las edades de los pacientes se tiene que mayoría-

riamente tenían edades de 30 a 59 años con un 67% (53/78), seguido de las edades de 18 a 29 años con el 21.8% (17/78) y finalmente de 60 años y más con un 10.3% (8/78).

Los resultados nutricionales en estos pacientes muestran que la mayoría tenía un diagnóstico nutricional normal (60.5%), seguido de pacientes con sobrepeso u obesidad (36.8%) y minoritariamente pacientes con deficiencia de peso o bajo de peso (2.6%).

El diagnóstico del tipo de enfermedad en estos pacientes se identificó que la mayoría tienen “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes” con un 67.1% (49/73) y “Trastornos del humor” con el 11.0% (8/73). Finalmente se tiene que

Tabla 3. Tipo de medicación de los pacientes con diagnóstico positivo a COVID-19 según condición de fallecido en el HVLH, 2020-2021

Medicación	No		Sí		Total	
	n	%	n	%	n	%
Risperidona	126	17.0%	2	5.9%	128	16.5%
Clonazepam	95	12.8%	5	14.7%	100	12.9%
Valproato de sodio	72	9.7%	2	5.9%	74	9.5%
Olanzapina	47	6.3%	1	2.9%	48	6.2%
Biperideno	47	6.3%	0	0.0%	47	6.1%
Clozapina	46	6.2%	0	0.0%	46	5.9%
Carbamazepina	37	5.0%	4	11.8%	41	5.3%
Haloperidol	35	4.7%	1	2.9%	36	4.6%
Levomepromazina	35	4.7%	0	0.0%	35	4.5%
Decanoato de haloperidol	20	2.7%	1	2.9%	21	2.7%
Sertralina	19	2.6%	1	2.9%	20	2.6%
Clorpromazina	17	2.3%	1	2.9%	18	2.3%
Gabapentina	16	2.2%	0	0.0%	16	2.1%
Lamotrigina	16	2.2%	0	0.0%	16	2.1%
Quetiapina	16	2.2%	0	0.0%	16	2.1%
Sulpirida	11	1.5%	0	0.0%	11	1.4%
Diazepam	9	1.2%	0	0.0%	9	1.2%
Fluoxetina	9	1.2%	0	0.0%	9	1.2%
Carbonato de litio	8	1.1%	0	0.0%	8	1.0%
Zolpidem	7	0.9%	1	2.9%	8	1.0%
Otros	19	2.5%	1	2.9%	20	2.5%
Ninguno / no define	34	4.6%	14	41.2%	48	6.2%
Total de respuestas	741		34		775	

Fuente: Registros OESA HVLH, 2022

Tabla 4. Características generales de los pacientes con resultado negativo a COVID-19 en el HVLH, 2020-2021

Variable		n	%
Sexo (n= 78)	Masculino	42	53.9
	Femenino	36	46.2
Edad (n=78)	18 a 29	17	21.8
	30 a 59	53	68.0
	60 a más	8	10.3
Diagnóstico nutricional (n= 76)	Bajo de peso	2	2.6
	Normal	46	60.5
	Sobrepeso	20	26.3
	Obesidad	8	10.5
Diagnóstico de enfermedad (n= 73)	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	49	67.1
	Retraso mental	3	4.1
	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física	4	5.5
	Trastornos del humor	8	11.0
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	4	5.5
	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación	1	1.4
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas	4	5.5
Muerte por COVID-19	no	75	97.4
	si	2	2.6

Fuente: Registros OESA HVLH, 2022

dentro de este grupo de pacientes sólo el 2.6% (2/77) han fallecido por COVID-19.

Se evidencia que no existe asociación entre el “sexo” del paciente y el resultado de prueba COVID-19 ($p_{\text{valor}} = 0.473$), de igual forma se tiene que el resultado de “diagnóstico nutricional” no se asocia al resultado de prueba COVID-19 ($p_{\text{valor}} = 0.104$).

Caso contrario ocurre con las variables “edad” y “diagnóstico de enfermedad”, las cuales se asocian significativamente al resultado de prueba COVID-19 ($p_{\text{valor}} < 0.05$); esto es, tentativamente podemos considerar que la edad y el diagnóstico de la enfermedad son factores que contribuyen al riesgo de tener un resultado positivo o no al COVID-19 (Tabla 5).

Discusion

Para los hospitales psiquiátricos fue un gran desafío hacer frente a la pandemia con pacientes hospitalizados. Se han publicado diversos reportes acerca de las características de los pacientes^{1,2} las medidas de prevención que se tomaron^{3,4} y de la evaluación de

su manejo clínico^{5,6,7,8}. Asimismo, se han descrito las dificultades que afrontó el personal que atendió a los pacientes^{9,10,11}. En el hospital Larco Herrera el 80% de los pacientes que se encontraban hospitalizados al inicio de la pandemia por COVID 19 dieron resultados positivos a las pruebas antigenas que se les aplicaron. Esta cifra está en consonancia con lo ocurrido en otros hospitales psiquiátricos extranjeros. Donde el porcentaje de infección fue del 78%¹² y la del Hospital Psiquiátrico Cross del Líbano fue del 74%¹³. Asimismo, se reportó la infección de 101 de 103 pacientes de un pabellón psiquiátrico del hospital Daenam de Korea del Sur ¹⁴. Y es que las características del entorno y de las conductas de riesgo de los pacientes contribuyen a un control más difícil de la infección en hospitales psiquiátricos¹⁵. Los síntomas psiquiátricos tales con alteraciones del juicio, pobre control de impulsos, pobre autocuidado, poca adherencia al tratamiento y pobre higiene personal exponen a las personas a infectarse. Además, las comorbilidades asociadas¹⁶, el abuso de sustancias¹⁷ como el tabaco pueden generar una baja resistencia

Tabla 5. Descripción y asociación entre los “resultados de prueba de COVID-19” y las características generales de los pacientes en el HVLH, 2020-2021

Variable		Negativo		Positivo		p_valor*
		n	%	n	%	
Sexo (n= 390)	Masculino	42	53.9	182	58.3	0.473
	Femenino	36	46.2	130	41.7	
Edad (n=387)	18 a 29	17	21.8	18	5.8	0.000
	30 a 59	53	68.0	162	52.4	
	60 a más	8	10.3	129	41.8	
Diagnóstico nutricional (n= 299)	Bajo de peso	2	2.63	21	6.8	0.104
	Normal	46	60.53	149	48.22	
	Sobrepeso	20	26.32	80	25.89	
	Obesidad	8	10.53	59	19.09	
Diagnóstico de enfermedad (n= 301)	Epilepsia y crisis epilépticas recurrente	0	0.0	2	0.7	0.001
	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	49	67.1	177	58.8	
	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física	4	5.5	28	9.3	
	Retraso mental	3	4.1	54	17.9	
	Trastorno de la actividad y de la atención	0	0.0	1	0.3	
	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación	0	0.0	1	0.3	
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	4	5.5	9	3.0	
	Trastornos del desarrollo psicológico	0	0.0	4	1.3	
	Trastornos del humor	8	11.0	18	6.0	
	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1	1.4	0	0.0	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas	4	5.5	1	0.3	
	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos	0	0.0	6	2.0	

* Prueba Chi cuadro de asociación
Fuente: Registros OESA HVLH, 2022

a las infecciones nosocomiales¹⁸. En un hospital de Colombia se reportó que el 50% de pacientes diagnosticados de COVID 19 fueron asintomáticos. El 8.6% de casos tuvo que ser referido a un hospital general para el tratamiento de la neumonía. Ninguno requirió tratamiento en UCI¹⁹. Pero también hay un reporte sorprendente del Centro de Salud Mental de Shanghai que representa uno de los servicios psiquiátricos más grandes del mundo, con más de 2400 de pacientes hospitalizados. En abril 2020, no se reportaron casos de infecciones en pacientes hospitalizados²⁰.

Resulta importante señalar que la tasa de letalidad acumulada en esta cohorte de pacientes asciende a 6.7% (Tabla N° 01); si bien no se cuenta con información similar en nuestro medio para una adecuada comparación, esta tasa es mayor a la tasa de letalidad acumulada nacional que asciende a 5.98% registrada en marzo del 2022 por el CDC-MINSA según el Boletín Epidemiológico Vol 31-SE 12. El fallecimiento de algunos de los pacientes estaría en relación con su condición de portador de una enfermedad mental severa²¹, el ser varón y mayor de 60 años. Estu-

dios publicados encontraron que pacientes dentro del espectro esquizofrénico presentaron un mayor riesgo de morir o de hacer una infección severa por COVID-19 comparados con pacientes sin trastornos psiquiátricos²². Lo mismo ocurrió con pacientes que requerían un tratamiento médico activo²³.

Las interacciones entre drogas son una preocupación importante en la comorbilidad de trastornos psiquiátricos y la infección por COVID-19 que puede resultar en resultados terapéuticos no esperados^{24,25}. El riesgo de toxicidad o la falta de eficacia pueden ocurrir debido a un aumento o disminución de la concentración plasmática de la medicación²⁶. En el presente estudio los medicamentos más empleados en los usuarios que fallecieron fueron clonazepam y carbamazepina. Existe una lista de medicamentos diseñada por Laporte y Healy²⁷ donde los medicamentos que tienen efectos anticolinérgicos que podrían aumentar el riesgo de hacer neumonía en un 38%. Está incluida la carbamazepina dentro del grupo de los antiepilépticos. Otro estudio realizado en demuestra que las formas severas de COVID 19 están asociadas con polifarmacia y con drogas que causan sedación, depresión respiratoria o diskinesia o que tienen efectos anticolinérgicos²⁸.

Respecto al estado nutricional, se sabe que la obesidad incrementa el riesgo de severidad de la infección²⁹. De los pacientes fallecidos, la mayoría de ellos tenía un IMC normal, a diferencia de los reportado en un estudio realizado en China³⁰ que encontró una asociación entre el pobre estado nutricional con la muerte de pacientes hospitalizados por infección con COVID 19.

Como limitaciones al estudio podemos mencionar que, dada la naturaleza de un estudio observacional, solo se pueden evidenciar asociaciones y no permite conclusiones de causalidad. Asimismo, el sesgo de confusión es otra limitante de los estudios observacionales. El que el estudio se haya realizado solo en el HVLH no permite generalizaciones ya que incluso en los otros dos hospitales psiquiátricos que hay en Lima probablemente tuvieron maneras particulares de manejar los pacientes hospitalizados durante la pandemia y de realizar tamizajes. Es importante destacar que las que las pruebas rápidas que se utilizaron daban algunos falsos positivos, eso explicaría la leve o ausente sintomatología en algunos pacientes. En conclusión, podemos informar que se encontró asociación estadística entre la variable “condición de fallecido” y las variables “edad”, “diagnóstico nutricional”;

por otro lado, también se encontró asociación estadística entre la variable “resultados de prueba de COVID-19” y las variables “edad” y “diagnóstico de enfermedad”. Si bien estos resultados nos indican la variación de la “condición de fallecido” y “resultados de prueba de COVID-19” con respecto a las variables antes señaladas, se necesita plantear otros estudios que refuercen lo encontrado y orienten los hallazgos.

Agradecimientos: Los autores desean agradecer a la Dirección General del Hospital “Víctor Larco Herrera” por las facilidades otorgadas para el desarrollo de la presente investigación, así como a los médicos residentes que contribuyeron en la toma de la información.

Referencias

1. Giménez Palomo et al. “Clinical profile of patients admitted in an acute psychiatric ward before and during the COVID-19 lockdown” *European Psychiatry/ Volume 64 /Issue S1/ April 2021*.
2. Yousaf Iqbal et al. “Psychiatric presentations of patients with COVID-19: a retrospective review of 100 consecutive patients seen by liaison psychiatry services”
3. I. Alonso Salas, et al. “COVID Unit in psychiatric hospital” *European Psychiatry/Volume 64 /Issue S1/ April 2021*
4. Melanie Knowles et al. “Containing COVID: the establishment management of a COVID-19 ward in an adult psychiatric hospital” *BJPsych Open Volumen Issue 6 November 2020*
5. Shen Li, Yong Zhang et al. Mental healthcare for psychiatric inpatients during the COVID-19 epidemic “Shen Li, 1 Yong Zhang Gen Psych: first published as 10.1136/gpsych-2020-100216 on 1 April 2020
6. Daniela Dobre et al. “Clinical features and outcomes of COVID-19 patients hospitalized for psychiatric disorders: a French multi-centered prospective observational study”. *Psychological Medicine/Volume 53 /Issue 2/ January 2023*
7. V. Borkovic et al. “Treatment outcomes of COVID-19 infection in PSYCHIATRIC HOSPITAL” *European Psychiatry/Volume 65 /Issue S1/ June 2022*
8. Elliott Carthy, et al. “An Audit into the management of COVID-19 in a high security psychiatric hospital. *BJPsych Open/ Volume 7 /Issue S1/ June 2021*
9. Daisuke Usuda et al. “Issues in Psychiatric Hospitals that were Revealed Through COVID-19 Infection Countermeasures”. *Prehospital and Disaster Medicine/Volume 38/Issue S1/ May 2023*.
10. Marissa Lewis et al. “Improving the physical healthcare of COVID-19 patients in inpatient psychiatric settings”. *BJPsych Open/ Volume 7/ Issue S1/June 2021*
11. Lei Yang, et al. “Management measures for non-medical staff on psychiatric hospital wards during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bulletin/Volume 44 /Issue 4/August 2020*
12. Tompson JW et al. An epidemiologic study of COVID-19 patients in a state psychiatric hospital: high penetrance with early CDC guidelines. *Psychiatr Serv. 2020;71(12):1285–7*
13. Zoghbi et al. “COVID-19 outbreak in a psychiatric hospital: what makes it worse?” *Annals of General Psychiatry (2022) 21:26*
14. Eunha Shim et al. “Transmission of potential of COVID 19 en Transmission potential of COVID-19 in South Korea. *Journal of Infectious Diseases* doi: [10.1016/j.jid.2020.03.031](https://doi.org/10.1016/j.jid.2020.03.031)

15. D. Arias et al. "COVID-19 vaccination rate in patients with mental illness in a psychiatric hospital: a cohort study". *European Psychiatry/ Volume 66 /Issue S1/ March 2023*
16. J. Jaber et al. "Most frequent clinic comorbidities in hospitalized patients in a psychiatric clinic." *European Psychiatry/ Volume 33 /Issue S1/March 2016*
17. Ana Catalan,et al. "Psychosis and substance abuse increase the COVID-19 mortality risk". *Psychological Medicine 2023 Vol 53 Issue 9*.
18. Kavoor AR. Covid-19 in people with mental illness: challenges and vulnerabilities. *Asian J Psychiatr.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102051>
19. Eduardo Rendon-Quintero et al. "Schizophrenia in the midst of a COVID-19 outbreak in a psychiatric hospital in Colombia" *Psychiatry Research Volume 298*, April 2021.
20. Yang Shao and Jian Ming Fei "Psychiatry hospital management facing COVID-19: From medical staff to patients" *Brain Behav Immun.* 2020 Aug; 88: 947
21. N. Petrova et al. "Outcomes of COVID-19 in Patients with Mental Disorders". *European Psychiatry 2022 Vol 65 /Issue S1*
22. K. Nourchene et al. "Schizophrenia in Covid-19 crisis: ¿Is it a mortality risk factor? *European Psychiatry 2022 Vol 65 Issue S1*
23. Carlo Alberto Barcella et al "Severe mental illness is associated with increased mortality and severe course of COVID-19. *Acta Psychiatr Scand.* 2021;144: 82–91
24. G. Ostuzzi, et al. "Safety of psychotropic Medication in people with COVID 19". *University Press 13 August 2021*
25. Risha Govind et al. "Clozapine treatment and risk of COVID-19 infection: retrospective cohort study" *BJPsychiatry 2021 Volume 219 /Issue 1*
26. M. Turkey et al. "Factors Associated With The Covid-19 Infection Severity In Patients With Mental Disorders" *European Psychiatry 2022 / Volume 65 /Issue S1*
27. Laporte J-R, Healy D. In the midst of the SARS-CoV-2 pandemic, caution is needed with drugs that increase the risk of pneumonia: Data-based *Medicine Americas Ltd*; 2020
28. McKeigue et al. "Relation of severe COVID-19 to polypharmacy and prescribing of psychotropic drugs: the REACT-SCOT case-control study" *BMC Medicine* (2021) 19:51
29. Jennifer H. Martin et al. "Obesity and COVID-19: renin–angiotensin as a mediator of morbidity and mortality". *British Journal of Nutrition 2022 Vol 127/Issue 9*
30. Song et al. "Nutritional screening based on objective indices at admission predicts in-hospital mortality in patients with COVID-19" *Nutrition Journal* (2021) 20:46

Realidad sobre la formación de la residencia en psiquiatría en tiempos de pandemia por la COVID 19 en el Perú

The Reality of Psychiatry Residency Training in Peru During the COVID-19 Pandemic

Yesenia Salazar-Saavedra^{1ac}, Daniel Isuhuaylas-Aguirre^{2ac}, María Tapia-Vicente^{3ac}, Jeff Huarcaya-Victoria^{4b}

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

²Hospital Víctor Larco Herrera, Ministerio de Salud, Lima, Perú.

³Hospital Hermilio Valdizán, Ministerio de Salud, Lima, Perú.

⁴Unidad de Psiquiatría de Enlace, Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima Perú.

^aUniversidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina San Fernando, Lima, Perú.

^bEscuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista, Ica, Perú.

^cMédico Residente de Psiquiatría

Correspondencia:

Yesenia Salazar Saavedra

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Av. Grau 800, La Victoria, Lima-Perú

Correo electrónico: yesenia.salazar1 @unmsm.edu.pe

Financiamiento: El presente trabajo fue financiado por los propios autores..

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

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto sin precedentes en la educación médica global, destacando la necesidad de implementar medidas educativas para el desarrollo continuo de habilidades clínicas y la formación profesional de médicos residentes. **Objetivo:** evaluar la formación de los residentes de Psiquiatría en el Perú durante la pandemia, abarcando hospitales generales y especializados, y centros de salud mental comunitarios, con el objetivo de identificar áreas de mejora. **Método:** Estudio descriptivo transversal que incluyó a médicos que ingresaron a la residencia de psiquiatría entre 2017 y 2022 en Perú. Por medio de una encuesta anónima se evaluaron aspectos sociodemográficos, formación en las universidades y sedes de adjudicación, rotaciones según plan curricular, etc. **Resultados:** 65.7% eran mujeres, y el 52.2% mostró insatisfacción con las actividades académicas de sus sedes hospitalarias. El 65.7% realizó teleconsulta, y el 43.1% no estuvo satisfecho con las actividades virtuales de sus universidades. Además, el 49.3% expresó insatisfacción con el plan curricular de sus universidades. La preferencia por la modalidad presencial fue destacada por el 71.6%, mientras que solo el 7.46% pudo realizar rotaciones en el extranjero. Aproximadamente la mitad participó en proyectos de investigación, pero el 89.6% no publicó artículos científicos. La falta de cursos de psicoterapia en más del 50% de las instituciones educativas y sedes hospitalarias fue notable, a pesar de que el 80.6% considera importante recibir esta formación. **Conclusiones:** se enfatiza la necesidad de una formación equitativa para los residentes de psiquiatría, asegurando la planificación adecuada de proyectos de investigación y proporcionando oportunidades de aprendizaje en todas las sedes hospitalarias. La experiencia en centros de salud mental comunitarios se destaca como enriquecedora, ofreciendo una valiosa perspectiva de la atención de la salud mental en contextos comunitarios.

Palabras clave: residentes, psiquiatría, formación, COVID-19, Perú

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has had an unprecedented impact on global medical education, highlighting the need to implement educational measures to ensure the continuous development of clinical skills and professional training for medical residents. Objective: To evaluate the training of psychiatry residents in Peru during the pandemic across general and specialized hospitals, as well as community mental health centers, in order to identify areas for improvement. Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted, including physicians who entered psychiatry residency programs in Peru between 2017 and 2022. An anonymous survey assessed sociodemographic characteristics, training at universities and assigned hospitals, rotations according to curricular plans, and other relevant aspects. Results: Of the participants, 65.7% were women, and 52.2% reported dissatisfaction with academic activities at their hospital sites. Teleconsultations were performed by 65.7%, and 43.1% expressed dissatisfaction with virtual activities offered by their universities. Additionally, 49.3% reported dissatisfaction with their university's curriculum. A preference for in-person training was reported by 71.6%, while only 7.46% were able to complete rotations abroad. Approximately half of the participants were involved in research projects, yet 89.6% had not published scientific articles. More than 50% of educational institutions and hospital sites lacked psychotherapy courses, despite 80.6% considering this training important. Conclusions: There is a need to ensure equitable training for psychiatry residents, with proper planning of research projects and equal learning opportunities across hospital sites. Experience in community mental health centers was highlighted as enriching, providing valuable perspectives on mental health care in community settings.

Keywords: residents, psychiatry, training, COVID-19, Peru

Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto sin precedentes en la educación médica a nivel mundial. Globalmente, tanto en la formación de los médicos en pregrado y posgrado se planteó diversas propuestas educativas que conllevaron a la modificación de la malla curricular, asimismo a una readaptación de las actividades formativas (1). Y en el caso particular de los médicos residentes, muchas de las especialidades se vieron gravemente afectadas, ya que los hospitales y clínicas tuvieron que ajustar sus prácticas clínicas para minimizar el riesgo de contagio del virus. Entre estas especialidades, se encuentra la formación del médico residente en Psiquiatría.

Debido a que el proceso de aprendizaje que se genera en la práctica asistencial se estructura en base a la relación médico-paciente, el trabajo en equipo y la propia institución (2), se ha generado una necesidad de reevaluar los modelos de enseñanza y adaptarlos a la situación actual, sin comprometer la calidad de la formación y la seguridad de los pacientes, así también como del personal de salud que labora en un establecimiento de salud, independientemente del nivel de atención. Adicionalmente, por investigaciones anteriores, es de conocimiento que el psiquiatra en formación debe cumplir con ciertos estándares

que permitan un desarrollo exitoso de su labor profesional, por lo que los programas de posgrado deberían evaluar de manera constante la formación de residentes con el fin de alcanzar un desarrollo profesional óptimo y seguro de culminar su etapa de formación de la especialidad (3). Es por ello la importancia de implementar medidas educativas que permitan seguir contribuyendo con el desarrollo de habilidades clínicas, una supervisión adecuada y acceder a experiencias formativas fundamentales para la formación profesional de los residentes de Psiquiatría en el Perú.

El presente artículo de investigación tiene como objetivo abordar el tema de la formación de los residentes de Psiquiatría en el contexto de la pandemia de la COVID-19 en el Perú mediante los resultados de una encuesta realizada a médicos residentes de psiquiatría que ingresaron a la residencia de la especialidad entre los años 2017 y 2022. Al mostrar los desafíos y limitaciones a las que se enfrentan los residentes, se busca generar conciencia sobre la importancia de brindar apoyo y recursos adicionales a estos profesionales en formación. Además, se espera que los resultados de la encuesta presentada en este artículo puedan servir como base para la implementación de medidas que fortalezcan la formación de residentes de psiquiatría, no solo en tiempos de crisis, sino para las próximas generaciones.

Formación de los residentes de Psiquiatría en Hospitales Generales

Según la Organización Mundial de la Salud (4), se estima que alrededor del 10-20% de la población mundial presenta algún tipo de trastorno mental. En el Perú, según el estudio epidemiológico realizado en una población peruana sobre el impacto de la pandemia por la COVID-19 en la salud mental (5), la prevalencia anual de algún trastorno mental fue de 19.6%, siendo los trastornos mentales más frecuentes el episodio depresivo, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada. Este porcentaje de prevalencia se incrementó en al menos 2 a 3 veces en comparación a periodos previos a la pandemia. Algunos de los factores asociados fueron el sexo femenino, ser viudo(a), divorciado(a) o separado(a), tener menor nivel educativo, una situación económica baja, así también como haber perdido el empleo durante la pandemia, tener un familiar contagiado o fallecido por la COVID-19. Estos datos son importantes de señalar para reconocer la situación actual de la salud mental en el Perú, ya que este aumento en la demanda de servicios de salud mental en los hospitales generales evidenciaría la necesidad de contar con residentes de psiquiatría debidamente formados.

Al conocer el contexto de la salud mental en el Perú, el profesional en formación desarrollaría un mejor abordaje para con sus pacientes, y si se describe la formación del residente de psiquiatría en un hospital general, se afirmarí que ha experimentado una evolución significativa a lo largo de los años. La psiquiatría, en sus inicios, era considerada una especialidad marginada, asociada con estigmas y prejuicios sociales, lo que conllevaba a la fragmentación de la atención médica (6). Sin embargo, a medida que se comprendió mejor la interrelación entre la salud mental y física, se promovió la idea de una atención integrada, dando lugar a la inclusión de servicios psiquiátricos en los hospitales generales. Fue así como Carlos Alberto Seguí, médico psiquiatra peruano, fundó el primer servicio de Psiquiatría en un hospital general en Latinoamérica (7), rompiendo los modelos tradicionales de la Psiquiatría, permitiendo este enlace entre la salud mental y física. De esta manera cobra importancia la formación de un residente de psiquiatría en los hospitales generales, evaluando al paciente en toda su integridad.

En el Congreso Nacional de Psiquiatría de España del año 2019 (8) se mencionó que la calidad de los médicos y la experiencia de los profesionales de la salud están en relación directa con la calidad de su

formación. Es así como surge la evaluación o formación basada en competencias (FBC) como parte de los programas de formación en psiquiatría para la búsqueda de una formación de excelencia. Para ello es necesario definir perfiles profesionales para esta especialidad con competencias nucleares comunes a las demás especialidades como la ética, la profesionalidad, la práctica basada en sistemas sanitarios y trabajo en equipo. En nuestro país existe escasa información sobre la FBC como tal, por ello la importancia de este tema. De esta manera, a través de la educación a todos los niveles (tutores, residentes, unidades docentes y personal de salud) permitiría una mejor formación de los actuales residentes.

Con relación a los retos que presentan, no solo los residentes de psiquiatría formados en un hospital general, sino todo el personal relacionado a la salud mental es generar conciencia sobre la diferencia que existe entre lo que es un “enfermo mental” y una “persona agresiva”, esto debido al estigma y falta de información del personal de salud de otras especialidades en general. Otro reto es laborar alrededor de una infraestructura no apropiada para el abordaje de pacientes con trastornos mentales. De la misma manera, el residente de psiquiatría se encuentra con un paciente cuyo manejo es conjunto con otras comorbilidades, así como estar atento a algún efecto adverso y otras emergencias, y así aprender a trabajar con un equipo multidisciplinario (9).

Es así como el residente de psiquiatría formado en hospitales generales busca integrar los aspectos clínicos, biológicos y psicosociales en la atención de los pacientes, que implica desafiar y superar estos estigmas, promoviendo una visión holística de la salud y trabajando en la eliminación de barreras para la atención y el tratamiento de los trastornos mentales; desarrolla la capacidad de evaluar y manejar diversidad de casos y patologías complejas; y adquiere la capacidad de valorar la gravedad de éstas (10).

Formación de los residentes de Psiquiatría en Hospitales especializados en Salud Mental

La instrucción de los futuros psiquiatras en centros especializados en salud mental juega un papel esencial en el desarrollo de sus habilidades clínicas y la adquisición de conocimientos específicos en este campo(12).

Los hospitales especializados en salud mental tienen una historia que se remonta a los siglos XVIII y XIX, cuando surgieron como las primeras instituciones dedicadas al cuidado de personas con trastornos mentales(13). Al principio, estos lugares tenían un

enfoque más centrado en la custodia y la separación de los pacientes de la sociedad. Sin embargo, a medida que se ampliaba la comprensión de la salud mental, se adoptaron enfoques terapéuticos más humanitarios y se fomentó la formación de profesionales especializados en este campo(14).

A lo largo del tiempo, se han enfrentado diferentes desafíos relacionados con el estigma y la discriminación hacia las personas que padecen trastornos mentales(15). Sin embargo, en los últimos años, se ha trabajado arduamente para superar estos estigmas y promover una visión más comprensiva y empática hacia las enfermedades mentales(16).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que casi mil millones de personas en todo el mundo sufren algún tipo de trastorno mental(17). Estos trastornos representan una carga significativa en términos de discapacidad y afectan la calidad de vida de las personas(18).

En la situación actual, los hospitales especializados en salud mental desempeñan un papel crucial en la formación de los residentes de psiquiatría(19). Estos entornos ofrecen una amplia gama de experiencias clínicas que permiten a los residentes familiarizarse con diferentes trastornos y métodos de tratamiento(20). La formación se enfoca en el manejo de casos complejos, terapias específicas y la colaboración en equipos multidisciplinarios, preparando así a los residentes para los desafíos que enfrentarán en la práctica clínica en el campo de la salud mental(21).

En estos días en Latinoamérica esta nueva corriente multidisciplinaria se ha ido esparciendo de acuerdo a las características culturales de cada región(22) y las diferentes escuelas de medicina encargadas así como las instituciones encargadas de la formación de nuevos psiquiatras especialistas han ido desarrollando nuevos métodos de enseñanza de acuerdo a las perspectivas de la población(23).

En el Perú existen diversos motivos por el cual es atractivo para los médicos recién graduados eligen ser parte de la comunidad médica psiquiátrica, entre ellos por conveniencia personal económica y académica, influencias familiares y laborales y la misma vocación profesional que nace incluso desde su preparación como estudiantes(24). Las diferentes figuras de la psiquiatría peruana han sido responsables de la proyección actual de la formación y sus lugares de enseñanza, y este ha sido en su momento abanderado de la psiquiatría latinoamericana(25)

Sin embargo, como en diferentes lugares de Latinoamérica, existen dificultades y problemáticas que aún son necesarias solucionar puesto que ponen en peligro el correcto desarrollo de la residencia médica en psiquiatría, tales como la correcta supervisión y tutoría, resolución de conflictos, prevención e intervención en el burnout, tiempo, falta de conocimiento en los beneficios, y apoyo de financiamiento (26); dificultades que no solo afectan a Perú, sino también a otras regiones.

Formación en salud mental comunitaria desde la perspectiva del residente de psiquiatría

Los centros de salud mental comunitarios desempeñan un papel importante en la provisión de servicios de salud mental a nivel local en Perú y en todo el mundo.

El enfoque de la Salud Mental comunitaria constituye una sólida estrategia para llevar nociones globalmente aceptadas de salud mental pública a ámbitos locales y nacionales, articulándolas en espacios de conocimiento culturalmente originales, reconfiguración del poder e iniciativas de construcción de confianza

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó el Programa de Acción para Superar Brechas en Salud Mental, que propone la capacitación de médicos generales, enfermeros y técnicos de salud, personal de salud en general del primer nivel de atención, en el reconocimiento y la atención a personas con trastornos mentales. (27)

Así mismo, entre el 2013 y el 2020 la OMS creó el Plan de Acción sobre Salud Mental para fomentar el cuidado de la esta desde el primer nivel de atención, a través del desarrollo de redes integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; aproximándose más a la comunidad. (28)

Los centros de salud mental comunitarios son esenciales para abordar las necesidades de salud mental de la población, mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y promover la salud mental en la sociedad en general. Proporcionan un enfoque integral y centrado en la comunidad para la atención de la salud mental, lo que tiene un impacto positivo en individuos, familias y comunidades.

En el Perú dichas medidas se han desarrollado progresivamente, llegando a la creación y la incorporación de los Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC).

En junio del 2012, se promulgó la Ley N°298896 que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud (LeyN°26842) que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental al acceso universal y equitativo. En el año 2015 se indica la

creación de nuevas estructuras como los Centros de Salud Mental Comunitarios. Su implementación, fortalecimiento y desarrollo ha sido impulsado por el Ministerio de Salud desde el año 2015, ese año se implementaron 22 CSMC en Lima y 6 en provincia. En marzo 2023 se contabilizaron 248 CSMC distribuidos a nivel nacional. Se estima a finales de 2023, el Perú contará con 276 Centros de Salud Mental Comunitarias (CSMC) y para el 2024 estarán en funcionamiento 307 en todo el país. (29)

Estos cambios, implican el cuidado de la salud mental individual y colectiva de manera constante, bidireccional y colaborativa entre las instituciones públicas o privadas y la comunidad. (30)

Para ello, es necesario un cambio que incluye el trabajo en conjunto permanente, además de fomentar la integración de la atención de salud mental a las prácticas generales de salud, y, especialmente, la integración de recursos tanto institucionales como comunitarios, dentro de un contexto que respete los derechos y promueva la igualdad en las relaciones. (31)

Algunas de las particularidades que podríamos mencionar, respecto a los Centros de Salud Mental Comunitario son (32):

El Acceso a la Atención de la Salud Mental esto significa que estos centros acercan los servicios de salud mental a las comunidades locales, lo que facilita el acceso a la atención para las personas que de otra manera podrían tener dificultades para llegar a hospitales más especializados. Facilitando, el acercamiento de las personas a la atención de salud mental sin tener que desplazarse largas distancias.

Reducción del Estigma: Aunque ha habido avances en la reducción del estigma en torno a los trastornos mentales, aún existe una estigmatización significativa. Esto puede desalentar a las personas a buscar ayuda. Al proporcionar atención en el entorno comunitario, los CSMC contribuyen a reducir el estigma en torno a los trastornos mentales al normalizar la conversación sobre la salud mental y permitir que las personas busquen ayuda.

Participación Comunitaria: Los centros fomentan la participación de la comunidad en la gestión y el funcionamiento de los servicios de salud mental. Esto fortalece los lazos comunitarios y garantiza que los servicios sean culturalmente competentes y sensibles a las necesidades locales. Esto implica trabajar de cerca con la comunidad, sensibilizar sobre la importancia de la salud mental y fomentar la participación de las personas y sus familias en su propio cuidado.

Los centros de salud mental comunitarios desempeñan un papel crucial en la construcción de sistemas de salud mental más efectivos y accesibles a nivel local y global.

La formación en salud mental comunitaria representa un enfoque innovador y relevante en la formación del residente de psiquiatría, debido a que le permitiría comprender la interrelación entre el individuo, la comunidad y los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la salud mental de las personas.

La formación en salud mental comunitaria implica trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como trabajadores sociales, psicólogos y enfermeras especializadas en el área de salud mental, así como con representantes de la comunidad y organizaciones locales. El residente tiene la oportunidad de participar en intervenciones y programas de prevención, promoción y educación en salud mental, dirigidos a la comunidad en general o a grupos específicos en situaciones de riesgo.

La formación en salud mental comunitaria también brinda al residente la posibilidad de comprender las barreras y desafíos que enfrentan las personas en el acceso a la atención en salud mental, como la falta de recursos, el estigma y la falta de conciencia sobre los trastornos mentales. Esto promueve una visión más inclusiva y empática, y fortalece las habilidades para brindar una atención culturalmente sensible y centrada en el paciente.

Material y métodos

El presente trabajo consistió en un estudio descriptivo transversal en el que, por medio de una encuesta, se evaluó la formación de los médicos de las diferentes sedes hospitalarias del Perú que ingresaron a la residencia de psiquiatría entre los años 2017 y 2022, para evaluar el impacto que la pandemia por la COVID 19 tuvo en su enseñanza académica.

Por los datos de la CONAREME, de los 462 ingresantes a la Residencia de Psiquiatría entre los años 2017 y 2022 en el Perú, la población participante fue de 67 médicos y fueron contactados de manera personal por vía presencial y/o virtual, brindando su consentimiento informado de forma verbal, de manera que los datos utilizados para este estudio sean confidenciales. Esta encuesta fue compartida y difundida entre los meses de junio y julio del año 2023.

Esta encuesta fue de tipo auto-administrada y su diseño fue realizado a partir de modelos de encuestas previas para evaluar la satisfacción de la formación

académica de residentes de psiquiatría y otras especialidades (3, 11). Así mismo, las preguntas de la encuesta fueron elaboradas de acuerdo con las áreas de formación que se consideraron pertinentes dentro de la residencia de Psiquiatría en el Perú.

La participación por parte de los médicos fue realizada de forma anónima, teniendo en cuenta sus datos generales como la edad, género, lugar de procedencia, año de ingreso a la residencia de Psiquiatría, Modalidad, sede hospitalaria de ingreso, universidad de adjudicación. En las siguientes secciones de la encuesta se realizó preguntas sobre las actividades laborales en los tiempos de pandemia así como actividades de teleconsulta, guardias de especialidad, formación en sede hospitalaria, formación por parte de la universidad de adjudicación, modalidad de actividades académicas, tutoría, rotaciones durante la residencia, investigación, psiquiatría comunitaria, formación en psicoterapia, culminando la encuesta en propuestas de mejora planteadas por los mismos participantes. Adicionalmente, se evaluó el grado de satisfacción en las áreas relacionadas a la sección de investigación, formación por parte de la sede hospitalaria y de la universidad.

En esta encuesta se mostró opciones de respuestas dicotómicas y de opciones múltiples, mientras que, para las preguntas de satisfacción, se consideró la escala de Likert para obtener respuestas de “muy insatisfecho”, “poco insatisfecho”, “indiferente”, “poco satisfecho”, “muy satisfecho”. A su vez, las respuestas en relación con la formación de investigación calificadas como buena tuvieron las opciones de “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “ni en desacuerdo”, “ni de acuerdo”, “de acuerdo”, “totalmente de acuerdo”.

El procesamiento y análisis de los resultados se desarrollaron a través del programa de SPSS versión 29. Así mismo, se realizó cálculos de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, de dispersión y distribución. Los datos obtenidos se muestran en las tablas y gráficos descritos en este estudio.

Resultados

Datos Generales

Con relación a los resultados obtenidos de los datos generales a partir de la encuesta, de los 67 participantes, la media de la edad fue de 34 años, procedentes de Lima en su mayoría, y las mujeres conformaron el 65.7% del total. El 70.15% de los médicos que realizaron la encuesta ingresaron por la oferta de las universidades nacionales, mientras que el 29.85%

ingresó por la oferta de las universidades privadas. La sede hospitalaria de adjudicación a la residencia fue, en su mayoría, de hospitales generales, siendo el 52.23% aquellos que realizaron su formación en las sedes de origen mencionado.

Actividades laborales

En la sección de actividades laborales, aquellos que realizaron labor asistencial en áreas COVID conformaron el 49.3% del total, porcentaje considerablemente alto durante los tiempos de pandemia. Así mismo, el 65.7% realizó actividades de teleconsulta durante el tiempo mencionado.

Guardias de especialidad

En cuanto a las guardias de especialidad, en la primera pregunta se incluyó a aquellos participantes que realizaron o que al momento de la encuesta ya se encontraban realizando guardias de Psiquiatría, dando como resultado un 82.75%. Importante resaltar que el 56.7% inició sus guardias especializadas desde el primer año de residencia, mientras que el 20.9% inició entre el segundo y tercer año de residencia, y un 22.4% aún no se encontraba realizando las guardias de especialidad, tomando en cuenta el momento en el que el médico residente participó de la encuesta.

Formación académica en sede hospitalaria

Con relación a la formación académica en la sede hospitalaria de adjudicación, el 89.6% de los médicos refieren haber realizado actividades académicas durante la residencia, en tiempo de pandemia (*ver Tabla 1*); y el 52.2% del total refirió haber estado poco satisfecho con las actividades académicas de su sede hospitalaria (*ver Tabla 2*). Se resalta que el 92.5% sí participó de revisiones de casos clínicos como actividades programadas durante su residencia, siendo la mayoría de manera semanal. El 58.2% calificó como buena la formación recibida en la sede hospitalaria de adjudicación.

Formación académica por parte de la universidad

En referencia a la formación académica por parte de la universidad, el 85.1% respondió que su universidad sí organizó actividades académicas de manera virtual durante la pandemia. El grado de satisfacción de estas actividades virtuales fueron calificadas como “poco satisfecho” en su mayoría, conformando el 43.1%. Por otro lado, el 47.8% refirió estar de acuerdo con la formación recibida por la universidad de ingreso. Adicionalmente, cabe resaltar que el 49.3% refirió estar poco satisfecho con el plan curricular determinado por su universidad (*ver Tabla 3*).

Tabla 1. Realización de actividades virtuales por sede hospitalaria de EsSalud, MINSA, PNP (*)

		Sede hospitalaria de formación en la residencia de Psiquiatría			Total
		EsSalud	MINSA	PNP	
Actividades virtuales en sede hospitalaria	Sí	20	40	0	60
	No	3	2	2	7
Total		23	42	2	67

(*) EsSalud: Seguro social de salud, MINSA: Ministerio de Salud, PNP: Policía Nacional del Perú

Tabla 2. Grado de satisfacción de actividades académicas virtuales en sede hospitalaria

		Grado de satisfacción de actividades académicas virtuales en sede hospitalaria					Total
		Muy insatisfecho	Poco insatisfecho	Indiferente	Poco satisfecho	Muy satisfecho	
Sede hospitalaria de formación en la residencia de Psiquiatría	EsSalud	0	0	5	12	6	23
	MINSA	2	4	5	21	10	42
	PNP	1	0	0	1	0	2
Total		3	4	10	34	16	67

(*) EsSalud: Seguro social de salud, MINSA: Ministerio de Salud, PNP: Policía Nacional del Perú

Tabla 3. Grado de satisfacción del Plan curricular desarrollado por la universidad de adjudicación a la residencia de Psiquiatría

		Grado de satisfacción del Plan curricular desarrollado por la Universidad					Total
		Muy insatisfecho	Poco insatisfecho	Indiferente	Poco satisfecho	Muy satisfecho	
Universidad por la que adjudicó a la residencia de Psiquiatría	Nacional	3	9	4	15	15	46
	Particular	1	4	1	11	4	21
Total		4	13	5	26	19	67

Modalidad de preferencia para las actividades académicas

Con relación a la modalidad de preferencia de actividades académicas (ver Gráfico 1), la mayoría (71.6%) escogió la presencialidad para la realización de actividades académicas.

En consideración a la tutoría en psiquiatría (ver Tabla 4), el 59.7% sí tuvo asesoramiento por parte del tutor de la universidad durante la pandemia, pero un importante porcentaje (49,3%) no lo tuvo. Además, la mayoría, conformada por el 37.3% de los participantes de la encuesta, refirió estar poco satisfecho con el asesoramiento por parte del tutor de su universidad.

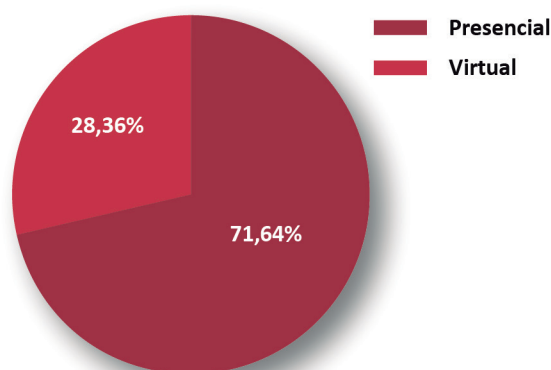
Gráfico 1. Modalidad de preferencia para la realización de actividades académicas

Tabla 4. Grado de satisfacción con relación al asesoramiento de su tutor de la Universidad

		Grado de satisfacción					Total
		Muy insatisfecho	Poco insatisfecho	Indiferente	Poco satisfecho	Muy satisfecho	
¿Tuvo asesoramiento por parte de su tutor de universidad durante la pandemia?	Sí	1	5	4	18	12	40
	No	7	2	8	7	3	27
Total		8	7	12	25	15	67

Rotaciones durante la residencia en psiquiatría

Acerca de las rotaciones durante la residencia en psiquiatría, más del 85% de los participantes lograron realizar sus rotaciones durante la residencia en los servicios de Conductas Adictivas, Hospitalización, Psiquiatría infanto-juvenil, Psiquiatría de Enlace y Neurología; mientras menos del 80% rotó en el rubro de Investigación, Psicogeriatría, Psiquiatría comunitaria, Psiquiatría forense, Rehabilitación y Neuroimágenes. Por otro lado, solo el 7.46% de participantes pudo realizar rotaciones en el extranjero durante el tiempo de pandemia.

Investigación

En relación al rubro de Investigación, el 52.2% sí realizó algún proyecto de investigación durante su formación; sin embargo, el 89.6% no publicó algún artículo científico en alguna revista científica (ver Gráfico 2).

Psiquiatría comunitaria

En cuanto a la rotación en el área de Psiquiatría comunitaria, se tomó en cuenta aquellos médicos que ingresaron a la residencia entre los años 2017 al 2020, cuyo número de participantes fueron 29 (43.3%), de los cuáles solo 15(51.7%) realizaron la rotación, lo

que equivale al 22.4% de la población total de participantes. Además, el 20.9% encontró dificultades al realizar esta rotación, entre ellas, la falta de acceso de medicamentos, los trámites administrativos dentro del centro de salud mental comunitario, la falta de seguridad al dirigirse a la institución correspondiente, la distancia entre el hogar y el centro de salud mental comunitario, y la demanda de pacientes. Entre otros factores, se mencionó el impedimento de la sede de formación para poder realizar la rotación, el nivel de organización e infraestructura el centro de salud mental comunitario, así también como sedes no preparadas para docencia o psiquiatras sin función docente.

Formación en Psicoterapia

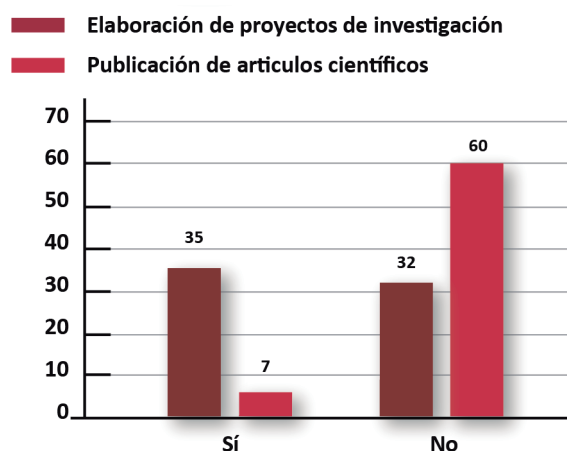
Correspondiente a la formación en Psicoterapia, más del 50% respondieron que no se les brindó cursos de psicoterapia en su universidad o sede hospitalaria, y del porcentaje de participantes que sí llevó cursos de psicoterapia, en su mayoría (32.8%) llevó terapia cognitiva conductual, seguida de terapia sistémica familiar (28.4%), terapia gestáltica (20.9%) psicoanálisis (20.9%) y análisis transaccional (25.4%). El 80.6% de médicos considera oportuno llevar algún tipo de psicoterapia; así mismo, un 74.6% realizó cursos de psicoterapia por sus propios medios.

Propuestas de mejora

Al final de la encuesta se incluye una pregunta con relación a las propuestas de mejora, las cuales, se resumen en lo siguiente:

- Promover la investigación entre los residentes de psiquiatría a través de programas de capacitación organizados por la universidad o la institución hospitalaria donde se están formando.
- Crear un plan de estudios uniforme entre las universidades, con el objetivo de garantizar una formación equitativa para todos los residentes, independientemente de la sede hospitalaria de formación a la que pertenezcan.

Gráfico 2. Investigación



- Realizar un trabajo conjunto entre las sedes hospitalarias y las universidades en cuanto al proceso formativo del residente y las competencias a alcanzar para la formación profesional.

Si bien es cierto, la cartera de servicios depende de un análisis más profundo y sobre la gestión dentro de la misma política de salud del país, y de no ser posible el desarrollo y oferta de subespecializaciones, se propone lo siguiente:

- Dar mayores facilidades para realizar rotaciones al extranjero, no solo de tipo documentario, sino la posibilidad de participar de becas y mayor difusión de las oportunidades en otros hospitales.
- Ofrecer una formación sólida y capacitación continua para el personal de salud mental comunitario, que incluiría psicólogos, residentes de psiquiatría, psiquiatras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud.

Por último, se sugiere que, mejorar la tutoría de los docentes en los hospitales es fundamental para garantizar una formación médica de alta calidad. Esto requiere un enfoque integral que involucre a todos los interesados, desde tutores y estudiantes, hasta la administración hospitalaria. La calidad de la tutoría puede tener un impacto significativo en la formación médica y en la atención al paciente.

Discusión

Si bien existió una preocupación por el decremento de médicos que escogen la especialidad de psiquiatría (24), cabe resaltar que, según información del Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME) entre los años 2017 y 2022 hubo más de 400 ingresantes al residentado de Psiquiatría en el Perú, cifra muy significativa, ya que implica que esta rama de la medicina cada vez despierta mayor interés y representa una mayor importancia para la salud pública.

En cuanto a los resultados de los datos generales y en comparación al estudio de Ocampo-Zegarra y colaboradores (3), las mujeres siguen conformando la mayoría de la población participante de la encuesta, lo que cobraría una mayor relevancia de este género en el ámbito de la psiquiatría que, en la antigüedad representaba una minoría en la medicina (33).

En relación con las actividades laborales durante la pandemia por la COVID-19, muchos de los residentes trabajaron en áreas diferentes a su especialidad, tal es así que casi la mitad de los participantes de la encuesta se vieron en el deber de atender a pacientes en el área

COVID de los hospitales, impidiendo la continuidad de su formación en la residencia de psiquiatría.

Más de la mitad de los participantes realizó sus guardias de especialidad desde el primer año de residencia; y este es un punto importante que señalar, ya que se trata de la formación del residente ante eventos que debe aprender a manejar desde un inicio. No se hallaron estudios anteriores en el que describan las guardias de psiquiatría como tal; sin embargo, esta actividad generaría un gran impacto en el aprendizaje del médico residente.

El médico residente debe desarrollar diferentes competencias, las cuales debería adquirir tanto en su formación dentro de la institución de salud, como las bases que ofrece cada universidad. Y al referirnos a ésta última, menos del 50% de participantes refirió haber estado de acuerdo con la formación recibida por la casa de estudios. Así mismo, el plan curricular fue otro de los ítems por los que los médicos refirieron haber estado poco satisfechos. Refiriéndose a este último aspecto, en la encuesta realizada a los residentes de psiquiatría en el año 2013 (3), más de la mitad de la población participante refirió que el programa curricular de su universidad es adecuado. Ello implicaría analizar y replantear nuevos esquemas académicos para una mejor formación. Otro punto importante es la intervención del tutor durante los años de formación en el residentado, en la encuesta antes mencionada del 2013 (3), menos del 50% de los participantes refirió haber estado satisfecho con la formación de este, resultado que coincide con la actual encuesta. Dentro de la estructura del residentado, la intervención del tutor en la formación del residente es de suma importancia, sin embargo, este cargo se acepta, en ocasiones, sin tener experiencia y sin haber recibido capacitación alguna. Es por ello la importancia de la participación de un tutor con el incentivo y capacitación necesaria para que el residente pueda desarrollar una formación basada en competencias (34).

En la actualidad, es pertinente mejorar la forma de enseñanza y las condiciones de trabajo del personal médico para garantizar la calidad de atención de la población en general, por lo que esto implica formar profesionales comprometidos con un mejor enfoque en la atención de la salud (35). Debido a la pandemia de la COVID-19, la mayoría de la enseñanza pasó de la presencialidad a la virtualidad. En la encuesta, la mayoría de los médicos refirieron preferir las actividades presenciales en comparación a las virtuales, probablemente a diversos factores que impiden un adecuado aprendizaje desde sus lugares de residencia.

En relación con las rotaciones realizadas durante la residencia en tiempos de pandemia, estas no fueron al 100% desarrolladas por los médicos residentes, posiblemente a las restricciones determinadas durante el periodo de emergencia, las facilidades en cuanto a los trámites administrativos, las limitaciones para rotar en una sede diferente a la de origen formativo, por el contenido de la malla curricular establecida, o porque aún no habían realizado la rotación. Pero cabe destacar que la mayoría llevó de manera más uniforme las rotaciones de Conductas adictivas, hospitalización, psiquiatría infanto-juvenil, enlace y neurología, áreas imprescindibles para una formación integral en la residencia de psiquiatría. Sin embargo, es importante evaluar y determinar los obstáculos que presentaron los médicos durante el tiempo de pandemia.

La investigación y el desarrollo de esta durante la formación como residentes es de gran importancia. Desde hace más de 10 años, las universidades vienen impartiendo el curso dentro de su plan curricular, sin embargo, en el estudio de Ocampo-Zegarra y colaboradores (3), solo el 11% de residentes habían desarrollado trabajos de investigación diferentes a los de su tesis. Comparando con la encuesta actual, 35 participantes (52.2%) si presentaron un proyecto de investigación, pero solo 7(10.4%) lo publicaron como artículo científico. En un estudio realizado en el año 2017 sobre las características del residentado médico en el Perú (36), se señaló que el 51.8% de residentes se sentía capacitado para realizar un trabajo de investigación y el 44.3% se sentía capacitado para publicar un trabajo de investigación. Esta diferencia significativa entre el realizar un proyecto y ejecutarlo no solo dependería de llevar un curso en la universidad, sino también de diferentes factores, como poseer el interés y las herramientas necesarias para poder desarrollarlo, así también como un docente o asesor capacitado que pueda guiarles durante las etapas de investigación, incluyendo los pasos a seguir para una posible publicación de ésta.

La importancia de la Psiquiatría comunitaria radica en el incremento de la prevalencia de trastornos mentales en la población, así también como el aumento de muertes por suicidio, hechos lamentables que, de haber recibido una atención adecuada y oportuna, se hubiesen evitado. Es por ello por lo que la atención comunitaria en salud mental debe tener el objetivo de promover y proteger la salud mental, y brindar seguimientos no solo al individuo, sino a todo su ámbito biopsicosocial, incluyendo las familias (37). Solo la quinta parte de participantes realizaron la rotación de psiquiatría comunitaria, lo que nos indica

las dificultades que presentaron los médicos para poder realizar la rotación. Según los resultados de esta encuesta, se menciona la limitación de la sede formativa para poder rotar fuera de ésta, por necesidad de servicio, y la falta de preparación docente de los médicos que laboran en dichas instituciones.

El maestro Carlos Alberto Seguí, definió la psicoterapia como la “forma de relación interpersonal en la que, a través de experiencias emocionales correctivas, se modifican rasgos indeseables de la personalidad” (38), es debido a ello que es considerada como uno de los tratamientos de primera línea en los trastornos mentales, así mismo es considerada una herramienta importante en la formación de los médicos residentes, no solo de psiquiatría, sino de otras especialidades. La malla curricular de los programas de residentado médico son distintos entre universidades y la duración de la enseñanza de psicoterapia es diferente entre estas. En un estudio publicado en el 2020 por Valle y Perales (39), indican que el 37% de residentes no llevaron cursos de psicoterapia, y que el 61% refirió estar poco satisfecho o insatisfecho con su capacitación en psicoterapia. En el presente estudio más de la mitad de los participantes no recibieron cursos de psicoterapia por parte de su universidad o sede hospitalaria, cifra muy importante debido al manejo posterior que el futuro especialista podría realizar para con el paciente. A pesar de no haber recibido formación psicoterapéutica en su universidad o sede hospitalaria, más del 70% llevó algún tipo de psicoterapia por cuenta propia, esto ni indica la relevancia que tiene esta área de la psiquiatría para un mejor autoconocimiento y ayuda al paciente.

Por lo referido en los resultados en relación de las propuestas de mejora, existen diferentes factores que pueden contribuir a una mejor formación durante esta etapa. En estudios anteriores (3), se mencionó que la mayoría de los residentes no se encontraba satisfecho principalmente en las áreas de investigación y psicoterapia, así mismo, sugirieron requerir de una presencia más constante por parte de los tutores, esta última sugerencia coincide con el presente estudio, además de ello, sugieren una mejor asesoría y mayor participación en su formación por parte de ellos. Adicional a ello, promover la investigación, crear un plan de estudios uniforme, que se les brinde mayores facilidades para poder realizar las rotaciones fuera de la sede hospitalaria son algunas otras propuestas de mejora que sugieren los médicos participantes. Entre las limitaciones de este estudio, no se logró encuestar a una mayor cantidad de médicos debido a la falta de acceso a los contactos, y al pe-

riodo de realización de la encuesta. Todos los datos obtenidos tienen la intención de mostrar la realidad actual de la formación en la residencia de Psiquiatría, y a partir de ello poder establecer planes de mejora a las futuras generaciones.

Entre las limitaciones del trabajo de investigación se encuentra el total de la muestra, la cual fue menor a la esperada por falta de difusión y contactos para ubicar a los médicos.

Conclusiones

Para mejorar la atención de la salud mental en Perú, es esencial aumentar la financiación, fortalecer la formación del personal y promover la concienciación pública sobre la salud mental. En la actualidad, la capacitación de los residentes de psiquiatría en hospitales generales persigue la integración de elementos clínicos, biológicos y psicosociales para brindar una atención integral a los pacientes.

Es esencial que la formación de los residentes de psiquiatría se lleve a cabo en un entorno equitativo de oportunidades de aprendizaje y crecimiento en todas las sedes hospitalarias. Asimismo, se debe garantizar la adecuada planificación y ejecución de los proyectos de investigación que se realizan a lo largo de los años de residencia.

La experiencia como residente de psiquiatría en un centro de salud mental comunitario es enriquecedora y proporciona una visión valiosa de la atención de la salud mental en el contexto de la comunidad. Los residentes adquieren una comprensión más amplia de los desafíos y las oportunidades en la atención de la salud mental, lo que enriquece su formación profesional y su capacidad para brindar una atención de calidad en el futuro.

La formación de residentes en psiquiatría en Perú es un proceso que debe ser riguroso, centrado en el paciente y actualizado para abordar los desafíos de la salud mental en el país. La inversión en la formación de profesionales de la salud mental es esencial para garantizar una atención de calidad a las personas que padecen trastornos mentales en Perú.

Agradecimientos: Agradecemos el apoyo y orientación del Dr. Jeff Huarcaya Victoria, así como a todos nuestros médicos asistentes que contribuyeron considerablemente en nuestra formación tanto en pregrado como en posgrado. A nuestros familiares, por su apoyo incondicional durante estos años de formación de esta hermosa especialidad.

Referencias

- Herrera-Añazco Percy, J.Toro-Huamanchumo Carlos. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. *Acta méd. Peru [Internet]*. 2020 Abr [citado 2023 Mayo 02] ; 37(2): 169-175. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200169&lng=es
<http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.999>
- Gomez Esteban R. Acerca de la formación de los residentes en Psiquiatría y de su proceso de aprendizaje. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XIII*, 19-23. España,1993.
- Ocampo-Zegarra JC, et al. Encuesta a médicos residentes de psiquiatría sobre la calidad de su formación como especialistas. *Revista de Neuropsiquiatría* 76(2), 109-119. Perú, 2013.
- Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
- Saavedra J., et al. Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *Rev. Diagnóstico. Vol. 61* (2) 2022.
- Alarcón R. Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. *Rev.Med.Clin.Condes* 2017; 28(10). 818-825.
- Huarcaya J. Carlos Alberto Seguin: A 75 años de su labor asistencial en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. *An Fac med.* 2016; 77(4):403-8
- Martinez-Urbe D, et al. La formación del residente de Psiquiatría: Resumen de la Mesa de Debate realizada durante el XXII Congreso Nacional de Psiquiatría. España, 2019.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Guía para la Operación del Servicio de Psiquiatría en Hospital General. México. 2016.
- Gómez. R. Acerca de la formación de los residentes en Psiquiatría y de su proceso de aprendizaje.1993.
- Herrera-Añazco P, et al. Percepción de la formación de la residencia en Nefrología en el Perú. *Educación Médica.* 25(1). Perú. 2024.
- Bhugra D, Tasman A, Pathare S, Priebe S, Smith S, Torous J, et al. The WPA- Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017 Oct;4(10):775–818. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036617303334>
- Malhi GS. The BJPsych : from asylum to psychiatry by dint of mental science. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2023 Oct 17;223(4):453–5. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125023001216/type/journal_article
- Nathan RD. The psychopathic hospital. *Hist Psychiatry* [Internet]. 2023 Dec 10;34(4):417–33. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0957154X231194910>
- Hlongwane N, Juby V. Knowledge, attitudes, and help-seeking behaviour for mental illness in a Christian community. *South African J Psychiatry* [Internet]. 2023 Nov 7;29. Available from: <https://sajp.org.za/index.php/sajp/article/view/2139>
- Liu HY, Larson AR, Strong SA, Parekh R, Gautam M, Flores LE, et al. Workforce Diversity, Equity, and Inclusion: A Crucial Component of Professionalism in Psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2024 Jan;33(1):17–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056499323000524>
- World Health Organization. WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care [Internet]. Ginebra, Suiza; 2022. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

18. Pan American Health Organization. Mental health problems are the leading cause of disability worldwide, say experts at PAHO Directing Council side event [Internet]. Washington, D.C; 2019. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0
19. Hansen H, Dugan TM, Becker AE, Lewis-Fernández R, Lu FG, Oquendo MA, et al. Educating Psychiatry Residents About Cultural Aspects of Care: A Qualitative Study of Approaches Used by U.S. Expert Faculty. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2013 Nov 4;37(6):412–6. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF03340081>
20. Shiroma PR, Alarcon RD. Selection Factors Among International Medical Graduates and Psychiatric Residency Performance. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2010 Mar 1;34(2):128–31. Available from: <http://link.springer.com/10.1176/appi.ap.34.2.128>
21. Johns Hopkins Medicine. General Psychiatry Residency Curriculum at the Johns Hopkins Department of Psychiatry and Behavioral Science [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 3]. Available from: <https://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/education/residency-general/curriculum>
22. Alarcón RD, Lolas F, Mari JJ, Lázaro J, Baca-Baldomero E. Latin American and Spanish-speaking perspectives on the challenges of global psychiatry. *Brazilian J Psychiatry* [Internet]. 2020 Feb;42(1):77–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000100015&tlang=en
23. Alarcón RD, Suarez-Richards M, Sarabia S. [Psychiatric education and cultural components during medical training: Latin American perspectives]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2014;31(3):557–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25418657>
24. Perales Cabrera A, Mendoza Fernández A, Sánchez Tejada E, Bravo Basaldúa E, Barahona Meza L, Aguilar Rivera W. Vocación psiquiátrica. *An la Fac Med* [Internet]. 2015 Jul 10;76(2):167. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/11144>
25. Alarcón RD, Gastelumendi E, Mendoza A. Peruvian psychiatry in America and the world: its journey in search of an identity. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2020 May 18;32(4):303–12. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540261.2020.1761778>
26. Pacheco Pacheco B, Fritzsche Villarroel M, Bedregal García P, Castañeda Caro F. Autocuidado y bienestar en residencias de psiquiatría: encuesta de opinión a los docentes. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2023 Jun 28;48(2):15–28. Available from: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1931>
27. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS, 2013. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
28. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian mental health reform: A framework for scaling-up mental health services. *In t J Health Policy Manag.* 2017;6(9):501-8. doi:10.15171/ijhpm.2017.07
29. Castillo-Martell, Humberto, & Cutipé-Cárdenas, Yuri. MINSA PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA 2018 – 2021 (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 326-333. <https://dx.doi.org/10.17843/rpme-sp.2019.362.4624>
30. World Bank Group. Healing Minds, Changing Lives: A Movement for Community-Based Mental Health Care in Peru. Delivery Innovations in a Low-Income Community, 2013-2016 (2018). Washington DC: World Bank Group; 2018.
31. Ministerio de Salud. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. Lima: Diario El Peruano; 2020.
32. Universidad Cayetano Heredia Sanando mentes, salvando vidas - Movimiento por el cuidado comunitario de la salud mental en el Perú - Innovaciones en la prestación de servicios en una comunidad de escasos recursos, 2013- 2016” <https://gycperu.com/web/theme/images/virtual-library/71.pdf>
33. Quispe-Arminta M, Shu-Yip SB. Representación femenina en las especialidades quirúrgicas y afines en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;38(3):452-7.
34. Ruiz de Gauna P, Morán-Barrios Jesús M. Guía del tutor para planificar y gestionar la formación de los residentes. *Educación Médica*. 23(1). España. 2022.
35. Medina Gamero A. Transición de lo virtual a lo presencial en la formación médica: ¿Un nuevo desafío?. *Atención Primaria*. 55 (6). Perú. 2023.
36. Escobedo-Palza Seimer, Nieto-Gutierrez Wendy, Taype-Rondan Alvaro, Timaná-Ruiz Raúl, Alva-Díaz Carlos, Jampa-Armas David. Características del residentado médico en el Perú: resultados de la primera Encuesta Nacional de Médicos Residentes (ENMERE-2016). *Acta méd. Peru* [Internet]. 2017.
37. Salud mental comunitaria. Boletín de Gestión. Ministerio de Salud. 2016. Perú. Link [salud_mental_comunitaria__Nuevo_modelo_de_atención20190716-19467-b1nnye.pdf](http://saludmentalcomunitaria.gob.pe/Nuevo_modelo_de_atencion20190716-19467-b1nnye.pdf) (www.gob.pe)
38. Seguin C. Amor y Psicoterapia. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1963.
39. Valle R, Perales A. Enseñanza de psicoterapia en la profesión médica en el Perú. *An Fac med*. 81(3):348-53. Perú. 2020.

Trastorno por Atracón: una revisión actualizada

Binge eating disorder: an updated review

Sol Misa-Aversa^{1a}, Carolina Arispe-Silva^{1a}, Andrea Silvana Paz-Poblete^{1a}, Alejandro Siles-Flo-
rian^{1a}, María Paula Costa-Arias^{1a}, Glauco Valdivieso-Jiménez^{1,2b}

¹Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria, Centro Psicológico ConoSer, Lima, Perú

²Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima, Perú

^aPsicóloga/o clínica/o

^bMédico Psiquiatra

Correspondencia:

Glauco Valdivieso-Jiménez

Correo: glaucovald@gmail.com

Dirección: Avenida Mariscal La Mar 550, oficina 306, Miraflores, Lima.

Financiamiento: El presente trabajo fue financiado por los propios autores..

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

RESUMEN

El Trastorno por Atracón (TA) es una condición prevalente caracterizada por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, acompañados de pérdida de control y sentimientos de culpa o malestar significativo. Este trastorno está asociado con comorbilidades físicas y psicológicas, como obesidad, depresión y ansiedad, lo que subraya la importancia de su diagnóstico y tratamiento temprano. Este artículo revisa las estrategias terapéuticas actuales, incluyendo enfoques psicológicos como la terapia cognitivo conductual (TCC), Mindfulness, y opciones farmacológicas con medicamentos como el topiramato y la lisdexanfetamina. Se concluye que un enfoque integral que combine intervenciones conductuales y farmacológicas es clave para mejorar los resultados a largo plazo en pacientes con TA.

Palabras clave: Trastorno por Atracón, Trastorno de Conducta Alimentaria

ABSTRACT

Binge Eating Disorder (BED) is a prevalent condition characterized by recurrent episodes of excessive food intake, accompanied by a loss of control and significant distress or guilt. BED is associated with physical and psychological comorbidities, such as obesity, depression, and anxiety, highlighting the importance of early diagnosis and treatment. This article reviews current therapeutic strategies, including psychological approaches like cognitive-behavioral therapy, Mindfulness and pharmacological options like topiramate and lisdexamfetamine. An integrated approach combining behavioral and pharmacological interventions is concluded to be essential for improving long-term outcomes in BED patients.

Keywords: Binge Eating Disorder, Eating Disorders

Introducción

El trastorno por atracón (TA) es un trastorno alimentario incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, texto revisado (DSM-5-TR)(1). El TA está fuertemente relacionado con la obesidad, afectando la calidad de vida, y con características psicopatológicas como estrés, ansiedad y depresión. Además, incrementa el riesgo de comorbilidades médicas. Debido al limitado conocimiento, la escasez de estudios específicos sobre el trastorno por atracón y por ser un trastorno emergente, se realiza la siguiente revisión de la literatura con el objetivo de clarificar y actualizar la información disponible sobre este tema.

Definición y criterios diagnósticos

El TA es un trastorno alimentario y enfermedad mental caracterizado por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañados de una sensación de pérdida de control sobre lo que se consume. A diferencia de otros trastornos alimentarios, como la bulimia nerviosa, este comportamiento no está asociado con conductas compensatorias inapropiadas. Sin embargo, suele ir acompañado de un uso compulsivo de la comida como forma de aliviar el malestar emocional y de una intensa preocupación por la imagen corporal. Así mismo, los atracones de comida pueden ser planeados en algunas ocasiones.

Entre los principales factores de riesgo destacan los patrones obsesivos de pensamiento y conducta, aunque el TA no puede considerarse un trastorno homogéneo, ya que su presentación varía en función de las características individuales de quien lo padece. Este cuadro clínico genera un intenso malestar emocional y puede impactar significativamente la calidad de vida, afectando tanto la salud física como psicológica de los pacientes.

Según los criterios establecidos en el DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado), los episodios de atracón se definen por dos características principales(1,2):

1. La ingestión, en un período limitado (por ejemplo, dentro de dos horas), de una cantidad de alimentos que es notablemente mayor que la que la mayoría de las personas consumirían en condiciones similares.
2. Una sensación de falta de control sobre lo que se come durante el episodio, manifestada como la incapacidad de detenerse o de regular la cantidad ingerida.

Adicionalmente, estos episodios suelen estar asociados a tres o más de los siguientes comportamientos:

1. Comer mucho más rápido de lo habitual.
2. Continuar comiendo hasta sentirse físicamente incómodo o desagradablemente lleno.
3. Consumir grandes cantidades de alimentos sin experimentar hambre física.
4. Preferir comer en solitario debido a la vergüenza por la cantidad ingerida.
5. Sentirse culpable, deprimido o avergonzado después del atracón.

Para el diagnóstico, los atracones deben ocurrir, en promedio, al menos una vez por semana durante tres meses y generar un malestar significativo. Además, no deben estar relacionados con conductas compensatorias recurrentes ni ocurrir exclusivamente en el contexto de otros trastornos alimentarios, como la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

El DSM-5-TR también establece especificaciones importantes:

- Estado de remisión: Puede ser parcial, si los episodios se reducen a menos de uno por semana de manera sostenida, o total, si no se cumplen ninguno de los criterios durante un período continuado.
- Grado de gravedad: Se clasifica según la frecuencia de los episodios: leve (1–3 episodios por semana), moderado (4–7), grave (8–13) y extremo (14 o más). Esta clasificación permite adaptar el tratamiento según la intensidad del trastorno y sus consecuencias en la vida cotidiana.

En resumen, el trastorno por atracón, tal como se define en el DSM-5-TR, representa un patrón de alimentación desordenado que requiere una evaluación clínica cuidadosa para su diagnóstico y manejo adecuado.

Epidemiología

En investigaciones pioneras, Spitzer informó que la prevalencia del TA en la población general era del 3%; estudios posteriores del mismo autor situaron esta cifra en el 2%, especialmente en países como Australia, Francia, Noruega y Austria(3). Por otro lado, investigaciones realizadas en población femenina han reportado cifras inferiores al 1%. Sin embargo, entre personas con obesidad, la prevalencia alcanza hasta un 30%(4).

Dos grandes estudios han evaluado la prevalencia en muestras comunitarias utilizando los criterios del

DSM-IV-TR, con el Estudio Nacional de Comorbilidad de EE.UU. reportando una prevalencia de vida del 2.8%(5), mientras que la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS obtuvo una prevalencia promedio del 1.9% en 24124 adultos de 14 países(6). Utilizando los criterios del DSM-5, el Estudio Nacional de Salud y Bienestar de EE.UU. observó una prevalencia similar del 2.0%(7).

En el estudio mencionado, la prevalencia de vida del TA varió según el índice de masa corporal (IMC): 1.2% en personas con sobrepeso, 2.6% en obesidad moderada (IMC 30–35) y 4.5% en obesidad severa (IMC ≥ 35)(7). Otro estudio reciente mostró tasas de prevalencia de entre 3.3% y 5.5% en personas con obesidad, sugiriendo una correlación directa entre la prevalencia del TA y el IMC(8).

Estudios adicionales han estimado que el 30.7% de las personas con TA tienen sobrepeso y el 32.8% obesidad(6). Sin embargo, otro estudio reportó que el 87.8% de las pacientes con TA tenían obesidad(9).

Se han observado diferencias de género, con una mayor prevalencia en mujeres (2.1–3.5%) que en hombres (0.9–2.0%)(5,7). Además, antecedentes personales y familiares de obesidad juegan un papel clave en el desarrollo del trastorno; un estudio reveló que el 62.8% de los pacientes con TA tenían antecedentes familiares de obesidad y casi el 29% padecían obesidad en la infancia(9).

En niños y adolescentes, la epidemiología de los trastornos alimentarios revela datos alarmantes. Un meta-análisis reciente encontró que el 22.36% de 63,181 niños y adolescentes de 16 países presentaron comportamientos de alimentación desordenada, siendo la proporción significativamente mayor en niñas en comparación con niños. En 2019, aproximadamente 14 millones de personas, incluyendo casi 3 millones de niños y adolescentes, experimentaron trastornos alimentarios, lo que subraya la magnitud del problema. Además, se ha observado que la incidencia de estos trastornos ha aumentado en las últimas décadas, con prevalencias que varían entre el 1.2% en niños y hasta el 5.7% en niñas, lo que indica un creciente desafío de salud pública(10).

En Perú, los trastornos de conducta alimentaria (TCA) han mostrado un incremento significativo en los últimos años, constituyendo un problema de salud pública alarmante. En el estudio multicéntrico de Zila-Velásquez que investiga la prevalencia y los factores asociados con los trastornos de la conducta ali-

mentaria (TCA) en estudiantes de medicina humana en Perú durante la pandemia de COVID-19(11). Se reporta que la prevalencia de TCA varía significativamente entre estudios, con estimaciones que oscilan entre el 2% y el 30%, lo que sugiere un riesgo elevado en esta población específica(11).

Según el Ministerio de Salud, entre el 7% y el 11% de los adolescentes peruanos presentaban algún tipo de TCA en 2020, y esta cifra se espera que siga en aumento. Por su parte, el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) expresó su preocupación en 2022, señalando que el 5% de los adolescentes del país sufrían de anorexia. Además, en 2021, EsSalud alertó sobre un marcado incremento de casos de TCA en adolescentes desde los 11 años, indicando que de cada 10 pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Almenara, 5 padecían anorexia, bulimia o trastorno por atracón(12).

Características clínicas

El trastorno por atracón se caracteriza por un patrón de comportamiento alimentario alterado, en que el individuo que lo padece presenta episodios recurrentes de alimentación compulsiva. En dichos episodios se realizan ingestas alimentarias que son, en cantidad y voracidad, superiores a lo que normalmente comería cualquier persona en el mismo período de tiempo, y se viven con una sensación de pérdida de control(13,14).

El TA se puede presentar en personas con un peso adecuado, sobrepeso u obesidad, sin embargo, se ha asociado con frecuencia al sobrepeso y a la obesidad, ya que la prevalencia del trastorno es mayor entre los individuos que buscan tratamiento para perder peso que en la población general (15).

Las personas que tienen este trastorno realizan los atracones manifestando algunas de estas características (el diagnóstico requiere al menos tres): comer más rápido de lo normal, haciéndolo hasta que se sienten incómodamente “llenos”; comiendo mucho aún no sintiendo hambre; comiendo solos por la vergüenza de que los demás vean cómo comen; o sintiéndose mal y culpables tras el atracón. Para tener un cuadro completo, los atracones deben ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses, y vivirse con estrés e insatisfacción con sí mismo. El diagnóstico también requiere que el trastorno no ocurra como una fase dentro del curso de otro trastorno del comportamiento alimentario (13,14).

Característicamente el TA suele iniciarse en la adolescencia tardía o en la década de los veinte(16).

Los pacientes que inician con atracones, probablemente un 35-40% de los TA, presentan respecto a los que lo hacen con restricción no sólo atracones más precozmente, sino también inicio de obesidad a edad más temprana, mayor afectación por comentarios negativos sobre su peso y figura corporal, mayor número de acontecimientos estresantes, y suelen ser más jóvenes cuando son diagnosticados de TA (16).

Los pacientes con TA y obesidad difieren claramente de los obesos sin TA en muchos aspectos clínicos. Suelen presentar obesidad e inicio de dietas más jóvenes, y pasar mucho más tiempo en intentos infructuosos de pérdida ponderal, tendiendo a considerarse con mayor sobrepeso, a mostrar más baja autoestima a presentar afectos negativos como respuesta a la evaluación externa de su peso y conducta alimentaria y a tener mayores dificultades para interpretar las sensaciones de hambre y saciedad(16).

Estudios comparativos entre pacientes con TA y BN purgativa han señalado que los pacientes con TA inician los atracones a menor edad, presentan significativamente menor ansiedad y preocupación por su conducta alimentaria, menor culpabilización por su sobrepeso y mejor autovaloración y adaptación social(16).

Desde un punto de vista de respuesta hedónica ante los atracones, se ha señalado que las pacientes con TA tienden a señalar en comparación con las afectas de BN que los atracones las relajan más, y que con mayor frecuencia disfrutaban del sabor, olor y textura de lo ingerido (16).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la comorbilidad psiquiátrica en TA está relacionada con la gravedad de la enfermedad y no con el índice de masa corporal (IMC), siendo las comorbilidades más habituales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y, en menor medida, trastornos asociados al consumo de sustancias(14).

Las personas con TCA, como el TA, a comparación de quienes no tienen trastornos de conducta alimentaria, en general reportan mayor deterioro en su calidad de vida; desde el ámbito físico presentan mayor malestar, dificultad al caminar, un IMC superior al normopeso y un deficiente control de la glucosa en la sangre, lo que podría generar otras enfermedades como el síndrome metabólico o la diabetes. En el ámbito mental se presentan más tendencias suicidas, síntomas depresivos y mayores índices de tratamientos en salud mental (14,15)

Factores de riesgo asociados

Para comprender el Trastorno por Atracón se deben considerar tanto los factores ambientales (socioculturales y patrones familiares) así como los factores individuales (biológicos, genéticos y psicológicos) y la interacción existente entre estos.

Factores ambientales

Dentro de los factores ambientales podemos encontrar que con frecuencia los pacientes que presentan un TA han recibido burlas y comentarios negativos sobre su peso tanto de familiares como amigos. Así mismo, los pacientes reportan consumir medios de comunicación y redes sociales que promueven la delgadez como ideal de belleza que los llevan a sentirse insatisfechos con su imagen corporal(17).

Dentro de los factores de riesgo a nivel familiar que han sido identificados como posibles predictores del desarrollo del TA podemos encontrar el comer en exceso dentro del núcleo familiar, tener padres que presentan problemas de regulación emocional, ansiedad o consumo de sustancias. Así como, conflictos constantes en el hogar o padres separados, altas exigencias de los padres o búsqueda de perfeccionismo (17).

La vivencia de acontecimientos traumáticos o estresantes como la muerte o separación de un amigo o familiar, así como las experiencias adversas en la infancia (abuso sexual, físico o maltrato parental) también pueden aumentar el riesgo de sufrir un TA(17).

Finalmente, el estrés en el periodo de embarazo, así como la sobrevaloración que se le da al aumento de peso pueden estar relacionados con el inicio de un TA(17).

Factores de riesgo biológicos y genéticos

A pesar de la alta prevalencia del trastorno por atracón (TA), su etiología sigue siendo poco estudiada, y los factores biológicos y genéticos subyacentes aún no se comprenden completamente(18). La coexistencia de obesidad y TA, aunque no siempre simultánea, indica que los factores genéticos y ambientales que contribuyen a estas condiciones no son completamente coincidentes. Estudios recientes han identificado factores genéticos y familiares como posibles riesgos, estimando una heredabilidad moderada del TA entre el 41% y el 57%(19–21).

Las investigaciones genéticas han señalado alteraciones en los sistemas dopaminérgico y opioidérgico como contribuyentes clave al desarrollo del TA, ya que están vinculados con la impulsividad, la compul-

sividad y los procesos de recompensa relacionados con la comida(21). Aunque otros sistemas de neurotransmisores, como el serotoninérgico y glutamatérgico, también están involucrados, los genes dopaminérgicos parecen ser los más relevantes. Variantes en genes como MC4R, BDNF y FTO han sido exploradas, aunque los hallazgos han sido contradictorios y carecen de replicación suficiente(22–24).

La falta de estudios genómicos amplios y de investigaciones epigenéticas limita la comprensión de la compleja interacción entre factores genéticos y ambientales en el TA. Esta carencia representa un obstáculo significativo para desarrollar estrategias más efectivas de prevención y tratamiento del trastorno(17,25).

Riesgo psicológico y de personalidad

Entre los factores de riesgo asociados a las personas que padecen de un TA podemos encontrar una personalidad rígida, baja autoestima, ansiedad, necesidad de control, dismorfia corporal, dificultad para establecer relaciones con otros e incapacidad para enfrentar ciertos estados de ánimo.

Otros estudios, han encontrado que un riesgo asociado a las personas con TA es la dificultad para organizar su tiempo dando lugar al aburrimiento, estado emocional que suele conducir a una ingesta compulsiva de alimentos(26).

Adicionalmente, las personas que presentan un TA suelen pasar mayores periodos de tiempo en soledad que los pone en riesgo de aumentar la ocurrencia de un episodio de atracón, conducta que suele manifestarse cuando se encuentran solos debido a la vergüenza que le puede provocar a quien lo padece (14).

Factores de riesgo conductuales

Hacer dieta es un factor de riesgo ampliamente documentado para el desarrollo de un TA dado que aumenta el riesgo de comer en exceso para contrarrestar la privación calórica.

Así mismo, el sedentarismo y la preferencia por alimentos procesados o ricos en calorías son conductas que predisponen a las personas a tener un TA, así como obesidad(17).

Complicaciones médicas

Dadas las complicaciones médicas asociadas con otros trastornos de la conducta alimentaria y las condiciones frecuentemente observadas en individuos con obesidad, ha surgido un creciente interés por in-

vestigar las implicancias médicas del TA y su influencia en el desarrollo de diversas enfermedades físicas.

Los pacientes con TA suelen presentar complicaciones físicas relacionadas con la obesidad comórbida y un estilo de vida sedentario, siendo la mayoría extremadamente inactivos. Estudios recientes han señalado que estos pacientes muestran mayores limitaciones en la actividad física en comparación con personas obesas sin TA y controles de peso normal. Además, se ha observado que la mejora en la actividad física en individuos con TA se asocia con una mejor calidad de vida y una percepción más positiva de su estado físico(27). En hombres con TA, se reporta una mayor incidencia de dolor crónico, especialmente en cuello, hombros y la zona lumbar(28). Asimismo, investigaciones han identificado al síndrome metabólico como una condición común entre quienes padecen TA(29).

Además, existen evidencias de una relación bidireccional entre los trastornos de la conducta alimentaria y enfermedades autoinmunes, como la celiaquía y la enfermedad de Crohn(30). En un estudio realizado por Bulik et al., se encontró que los individuos con TA reportaron mayores niveles de insatisfacción con su salud y una prevalencia más alta de comorbilidades médicas, incluyendo hipertensión, asma, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, en comparación con individuos obesos sin TA(31). En niños, la pérdida de control al comer, equivalente al TA en esta población, predice el desarrollo de síndrome metabólico, aumento de peso, mayor tejido adiposo visceral y alteraciones en los niveles de triglicéridos(32). Por otra parte, investigaciones realizadas en mujeres han mostrado una mayor frecuencia de diabetes y disfunción menstrual, como amenorrea y oligomenorrea, entre quienes presentan TA, lo que sugiere factores metabólicos subyacentes adicionales(33,34).

Aunque estas investigaciones apuntan a una asociación entre el TA y complicaciones metabólicas, cardiovasculares y otros sistemas orgánicos, la evidencia aún es limitada. La mayoría de los estudios carecen de criterios diagnósticos rigurosos para el TA, parámetros clínicos estandarizados para evaluar comorbilidades y controles adecuados para factores como el índice de masa corporal (IMC). Por tanto, aunque los hallazgos actuales son prometedores, no son concluyentes y destacan la necesidad de investigaciones más robustas y sistemáticas para comprender plenamente el impacto del TA en la salud física.

Tratamiento

Para mejorar los resultados en el tratamiento del trastorno por atracón, es esencial que se convierta en una prioridad en los próximos años, ya que la terapia actual de primera línea solo alcanza una tasa de abstinencia del 50%. Uno de los mayores desafíos en este esfuerzo es la relación entre la obesidad y el trastorno por atracón, ya que ambas condiciones comparten factores de riesgo, comorbilidades y mecanismos subyacentes. Sin embargo, no está claro cuáles son las mejores estrategias para prevenir y tratar estas afecciones. Por ejemplo, aún no se ha determinado si es más eficaz abordar simultáneamente la pérdida de peso y los problemas de conducta alimentaria, si es preferible centrarse en uno de estos objetivos antes que en el otro, o si sería más adecuado un enfoque neutral respecto al peso(35).

Tampoco está claro si las estrategias de prevención para el trastorno por atracón y la obesidad coinciden en gran medida o si deberían ser diferentes. Además, es necesario entender cómo evitar que las campañas de prevención de la obesidad no contribuyan a un aumento de los atracones. Desde una perspectiva más centrada en los trastornos alimentarios, es fundamental identificar cómo deberían estructurarse las estrategias de prevención específicas para el trastorno por atracón dentro del amplio espectro de los trastornos alimentarios(35).

Dado el considerable progreso en el desarrollo de tratamientos psicológicos para el trastorno por atracón, el siguiente paso crucial es garantizar que estos enfoques basados en la evidencia se integren en la práctica clínica.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, las tasas de tratamiento del trastorno por atracón siguen siendo bajas. Solo el 38% de las personas diagnosticadas con este trastorno ha recibido alguna vez un tratamiento específico para su problema alimentario. No obstante, la literatura actual ofrece información valiosa sobre los tratamientos más eficaces. Los estudios indican que es necesario abordar varios aspectos clave para asegurar el éxito del tratamiento: reducir los episodios de atracones, tratar la psicopatología asociada (especialmente la depresión y la ansiedad), gestionar los problemas emocionales, mejorar el funcionamiento psicosocial (incluyendo la identificación y gestión de situaciones estresantes, como eventos traumáticos, y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y las habilidades de afrontamiento), así como tratar el exceso de peso y los problemas metabólicos(17,36).

Este enfoque integral ayudará a mejorar significativamente los resultados a largo plazo en el tratamiento del trastorno por atracón(17,35).

Los principales enfoques psicológicos y conductuales para tratar el TA incluyen la terapia cognitivo conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal (PIP), la terapia dialéctica conductual (TDC) y el tratamiento conductual para la pérdida de peso (TCPP). Según las pautas de la Asociación Psiquiátrica Americana (2023) y otras, en concordancia de lo que propuso años atrás el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), la TCC es el tratamiento preferido para el TA. Este enfoque se centra en normalizar los hábitos alimenticios y fomentar cambios conductuales y cognitivos, preparando al paciente para manejar situaciones estresantes y, así, reducir los episodios de atracones. Los estudios muestran que la TCC es altamente efectiva a largo plazo, no solo eliminando los síntomas de atracones, sino también mejorando otros problemas psicológicos asociados hasta 48 meses después del tratamiento(17,37–40).

La PIP, que se enfoca en las dificultades interpersonales que contribuyen al trastorno, ha mostrado resultados similares a la TCC en cuanto a efectividad a largo plazo. Estudios recientes indican que entre el 50 % y el 65 % de los pacientes que reciben TCC o PIP logran la recuperación de los atracones y mantienen este progreso con el tiempo(41).

Por otro lado la TDC, que se centra principalmente en la regulación emocional, ha mostrado resultados alentadores para reducir los atracones, el índice de abstinencia y calidad de vida relacionada a la salud, sin embargo se necesita más investigación para determinar su efectividad a largo plazo ya que los estudios son insuficientes(42–44).

Sin embargo, tanto la TCC como la PIP tienen una limitación: aunque logran reducir los atracones y ralentizan el aumento de peso, no suelen promover la pérdida de peso en pacientes con TA, quienes a menudo padecen obesidad. Un estudio sugiere que características como la insatisfacción con la imagen corporal y el deseo intenso de bajar de peso pueden llevar a muchos pacientes a abandonar estas terapias. Para abordar esta limitación, algunos investigadores han explorado la terapia conductual enfocada en la reducción de calorías y la actividad física (TCPP), que se utiliza principalmente para tratar la obesidad. Aunque el TCPP es efectivo para perder peso, no parece ser tan eficaz como la TCC o la PIP para mantener la reducción de los episodios de atracones a largo plazo(17,39,40).

Además, tratamientos complementarios como el mindfulness han mostrado resultados preliminares prometedores, mejorando la salud general, el bienestar y la sostenibilidad de los avances logrados en terapia. Tanto el mindfulness como las estrategias de regulación emocional pueden ayudar a controlar la urgencia negativa, un factor clave en el desarrollo del TA(17,39,40).

Finalmente, algunos estudios han destacado que agregar ejercicio físico a la TCC no solo reduce los atracones, sino que también mejora síntomas de depresión y ansiedad asociados. Los pacientes con TA, a menudo afectados por la obesidad y un estilo de vida sedentario, tienden a ser menos activos físicamente. En comparación con personas obesas sin TA o con peso normal, los pacientes con TA presentan mayores dificultades en cuanto a actividad física y

autopercepción. Se ha comprobado que aumentar la actividad física en estos pacientes mejora su calidad de vida y su percepción corporal(39,40) (ver Tabla 1).

La farmacoterapia no es el tratamiento principal para el trastorno por atracón (TA), pero a menudo se utiliza como complemento en las intervenciones terapéuticas, principalmente para abordar síntomas depresivos y el manejo del peso. Algunos antidepresivos han demostrado eficacia en la reducción de la frecuencia de episodios de atracones; sin embargo, su impacto en la pérdida de peso no es significativo(45).

Actualmente, el medicamento de primera elección para el TA es el topiramato, un fármaco antiepiléptico. Ensayos aleatorizados controlados con placebo han demostrado que la combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) y topiramato mejora la

Tabla 1. Resumen de enfoques de tratamiento para el Trastorno por Atracón (TA)

Enfoques de Tratamiento	Reducción de Atracones	Patología Psiquiátrica Comórbida	Problemas de Peso y Metabólicos	Calidad de Vida	Regulación Emocional	Funcionamiento Psicosocial	Limitaciones y Fortalezas
Terapia cognitiva conductual (TCC)	++	++	-	+	+	++	Evidencia empírica; efectividad a largo plazo
Psicoterapia interpersonal (PIP)	++	++	-	+	+	++	Evidencia empírica; efectividad a largo plazo
Terapia dialéctica conductual (TDC)	+	+	-	+	++	+	Se necesita más investigación
Tratamiento conductual para la pérdida de peso (TCPP)	+	-	++	++	-	-	Menor efectividad en la reducción de atracones
Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)	+	++	-	+	+	-	Efectos no deseados sobre el peso
Orlistat	-	-	++	-	-	-	Ineficaz en reducir la frecuencia de atracones
Topiramato	+	+	+	+	-	-	Tratamiento adyuvante; efectos secundarios adversos
Lisdexanfetamina	+	+	+	+	-	-	Monitorear ritmo cardíaco y presión arterial
Ejercicio físico	+	+	+	++	-	+	Se necesita más investigación
Mindfulness	+	+	-	++	++	+	Se necesita más investigación

-: sin efecto, +:efecto variable o discreto, ++: efecto relevante
Fuente: Adaptado de Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F (2021)(17).

eficacia de la terapia psicológica en casos graves, reduciendo tanto la frecuencia de los atracones como el peso corporal. Sin embargo, el uso de topiramato puede requerir suspensión en algunos casos debido a efectos adversos como cefalea, parestesias, amenorrea o sedación(46–48). Otra opción farmacológica es la lisdexanfetamina (LDX), un estimulante del sistema nervioso central, que ha mostrado eficacia en el tratamiento del TA. Estudios recientes con LDX han reportado resultados positivos en la reducción de conductas de atracones, síntomas comórbidos y peso corporal en estos pacientes. No obstante, aunque LDX es generalmente segura y bien tolerada, los efectos adversos emergentes, como aumentos en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, deben ser monitoreados de cerca por los médicos(49,50).

Manejo de la pérdida de peso

Muchas personas que padecen un trastorno por atracón, así como un número creciente de quienes sufren de bulimia nerviosa, también presentan obesidad, lo que conlleva complicaciones médicas significativas. La terapia conductual para la pérdida de peso en personas con bulimia nerviosa puede ser tan efectiva como la terapia cognitivo-conductual (TCC) para reducir los episodios de atracones y, a corto plazo, puede resultar más eficaz en la consecución de la pérdida de peso; sin embargo, esta efectividad no se mantiene a largo plazo. De manera similar, medicamentos como el topiramato y/orlistat pueden ayudar en la pérdida de peso y en la reducción de atracones a corto plazo (51).

El manejo nutricional tiene como objetivo principal corregir las alteraciones nutricionales y los hábitos alimentarios disfuncionales, así como abordar otros comportamientos asociados a prácticas no saludables para el control del peso. Además de esto, busca fomentar un enfoque más saludable y flexible respecto a la alimentación y el manejo del peso, promoviendo una relación equilibrada con la comida que permita a los individuos mantener un estilo de vida más saludable y sostenible a largo plazo(52).

Conclusiones

El Trastorno por Atracón es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, acompañados de sensación de pérdida de control y que hay que descartar que no presenta conductas compensatorias.

Podemos destacar que existen diversos factores de riesgo, dentro de los más significativos destacan la baja

autoestima, personalidad rígida, necesidad de control, dismorfia corporal, patrones obsesivos de pensamientos y conductas, comer en exceso en el núcleo familiar, padres con desregulación emocional, trastornos ansiosos o consumo de sustancias. Del mismo modo, la heredabilidad en un gran porcentaje influye por las alteraciones del sistema dopaminérgico y opioide.

Así mismo, para considerar una incidencia significativa estos episodios tienen que aparecer por lo menos una vez por semana durante tres meses, generando un malestar significativo tanto emocional como físico, trayendo como consecuencias medicas posibles patologías relacionadas con la obesidad, así como la celiacía y enfermedad de Crohn.

Durante los últimos años en Perú, los estudios revelan que los trastornos de conducta alimentaria van en aumento y la mayoría de pacientes tenían antecedentes familiares con obesidad y obesidad infantil, enfatizando que dichos pacientes empiezan con la patología a menores edad respecto a la anorexia y bulimia.

Por último, es importante destacar una preocupación significativa respecto al tratamiento conductual, ya que aún no están claramente definidas las estrategias óptimas para prevenir y tratar estas afecciones. Sin embargo, se ha evidenciado que un enfoque integral puede mejorar de manera significativa los resultados a largo plazo. Entre los principales enfoques psicológicos y conductuales para abordar esta patología se encuentran la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal, la terapia dialéctica conductual y el tratamiento conductual para la pérdida de peso. Asimismo, tratamientos complementarios, como el Mindfulness, han mostrado resultados prometedores. Además, el tratamiento farmacológico desempeña un papel clave, siendo el topiramato y la lisdexanfetamina los medicamentos de elección en la actualidad.

Referencias

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR* [Internet]. [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Di-%281%29>
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.* Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
3. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 1992;11(3):191-203.
4. Ojeda SBC. Las complicaciones médicas del trastorno alimenticio por atracones en «Los panecitos de san Nicolás». *El Palma de la Juventud*. 28 de abril de 2022;4(4):203-19.

5. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the *National Comorbidity Survey Replication*. *Biol Psychiatry*. 1 de febrero de 2007;61(3):348-58.
6. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 1 de mayo de 2013;73(9):904-14.
7. Cossrow N, Pawaskar M, Witt EA, Ming EE, Victor TW, Herman BK, et al. Estimating the Prevalence of Binge Eating Disorder in a Community Sample From the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. *J Clin Psychiatry*. agosto de 2016;77(8):e968-974.
8. Herpertz S, Burgmer R, Stang A, de Zwaan M, Wolf AM, Chen-Stute A, et al. Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. *J Psychosom Res*. julio de 2006;61(1):95-103.
9. Villarejo C, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Peñas-Lledó E, Granero R, Penelo E, et al. Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *Eur Eat Disord Rev*. mayo de 2012;20(3):250-4.
10. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, Firth J, Trott M, Mesas AE, et al. Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 1 de abril de 2023;177(4):363-72.
11. Zila-Velasque JP, Grados-Espinoza P, Regalado-Rodríguez KM, Luna-Córdova CJ, Calderón GSS, Díaz-Vargas M, et al. Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 9 de agosto de 2022 [citado 9 de enero de 2025]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9359929/>
12. EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años [Internet]. [citado 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/126450-es-salud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-años>
13. Baile JI. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*. enero de 2014;142(1):128-9.
14. Nagel NE, Garrido-Rubilar G. Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* [Internet]. 2020 [citado 2 de enero de 2025];40(4). Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/77>
15. Medina-Bordón LM, Mersch-Denis GI, Aguilar-Rabito AC, Acosta Escobar JMM. Factores asociados al trastorno por atracón en adultos con obesidad del microcentro de San Lorenzo, Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. agosto de 2022;20(2):48-58.
16. Sanchez Planell L, Fernandez-Valdés Marí R. Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes*. 2002;5(314-324).
17. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr*. junio de 2021;35(2):57-67.
18. Himmerich H, Bentley J, Kan C, Treasure J. Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019;9:2045125318814734.
19. Trace SE, Baker JH, Peñas-Lledó E, Bulik CM. The genetics of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:589-620.
20. Mitchell KS, Neale MC, Bulik CM, Aggen SH, Kendler KS, Mazzeo SE. Binge eating disorder: a symptom-level investigation of genetic and environmental influences on liability. *Psychol Med*. noviembre de 2010;40(11):1899-906.
21. Kessler RM, Hutson PH, Herman BK, Potenza MN. The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. abril de 2016;63:223-38.
22. Branson R, Potoczna N, Kral JG, Lentes KU, Hoehe MR, Horber FF. Binge eating as a major phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *N Engl J Med*. 20 de marzo de 2003;348(12):1096-103.
23. Akkermann K, Hiio K, Villa I, Harro J. Food restriction leads to binge eating dependent upon the effect of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism. *Psychiatry Res*. 30 de enero de 2011;185(1-2):39-43.
24. Castellini G, Franzago M, Bagnoli S, Lelli L, Balsamo M, Mancini M, et al. Fat mass and obesity-associated gene (FTO) is associated to eating disorders susceptibility and moderates the expression of psychopathological traits. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173560.
25. Thaler L, Steiger H. Eating Disorders and Epigenetics. *Adv Exp Med Biol*. 2017;978:93-103.
26. González Pérez S. Trastorno por atracón [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia de Comillas]. *Repositorio institucional de la Universidad Pontificia de Comillas*. 2022 [Internet]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11531/61313>
27. Vancampfort D, De Herdt A, Vanderlinden J, Lannoo M, Soundy A, Pieters G, et al. Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder. *Psychiatry Res*. 30 de abril de 2014;216(1):97-102.
28. Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris JR. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res*. septiembre de 2004;12(9):1445-54.
29. Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, Keck PE. Comparison of obese men and women with binge eating disorder seeking weight management. *Eat Weight Disord*. marzo de 2007;12(1):e19-23.
30. Hedman A, Breithaupt L, Hübel C, Thornton LM, Tillander A, Norring C, et al. Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *J Child Psychol Psychiatry*. julio de 2019;60(7):803-12.
31. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*. noviembre de 1997;185(11):704-7.
32. Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Olsen C, Roza CA, Wolkoff LE, Columbo KM, et al. A Prospective Study of Pediatric Loss of Control Eating and Psychological Outcomes. *J Abnorm Psychol*. febrero de 2011;120(1):108-18.
33. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med*. noviembre de 2001;31(8):1455-66.
34. Algars M, Huang L, Von Holle AF, Peat CM, Thornton LM, Lichtenstein P, et al. Binge eating and menstrual dysfunction. *J Psychosom Res*. 2014;76: 19-22.
35. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, et al. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 17 de marzo de 2022;8(1):16.
36. Grilo CM. Psychological and Behavioral Treatments for Binge-Eating Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2017;78 Suppl 1:20-4.
37. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugden L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. noviembre de 2014;48(11):977-1008.
38. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2023;180(2):167-71.

39. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders [Internet]. Leicester (UK): *British Psychological Society* (UK); 2004 [citado 2 de enero de 2025]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/>
40. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*. marzo de 2012;200(3):232-7.
41. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. enero de 2010;67(1):94-101.
42. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep*. agosto de 2012;14(4):432-46.
43. Kenny TE, Carter JC, Safer DL. Dialectical behavior therapy guided self-help for binge-eating disorder. *Eat Disord*. 2020;28(2):202-11.
44. Carter JC, Kenny TE, Singleton C, Van Wijk M, Heath O. Dialectical behavior therapy self-help for binge-eating disorder: A randomized controlled study. *Int J Eat Disord*. marzo de 2020;53(3):451-60.
45. Davis H, Attia E. Pharmacotherapy of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. noviembre de 2017;30(6):452-7.
46. McElroy SL, Arnold LM, Shapira NA, Keck PE, Rosenthal NR, Karim MR, et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. febrero de 2003;160(2):255-61.
47. McElroy SL, Shapira NA, Arnold LM, Keck PE, Rosenthal NR, Wu SC, et al. Topiramate in the long-term treatment of binge-eating disorder associated with obesity. *J Clin Psychiatry*. noviembre de 2004;65(11):1463-9.
48. Claudino AM, de Oliveira IR, Appolinario JC, Cordás TA, Duchesne M, Sichieri R, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. septiembre de 2007;68(9):1324-32.
49. McElroy SL, Mitchell JE, Wilfley D, Gasior M, Ferreira-Cornwell MC, McKay M, et al. Lisdexamfetamine Dimesylate Effects on Binge Eating Behaviour and Obsessive-Compulsive and Impulsive Features in Adults with Binge Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev*. mayo de 2016;24(3):223-31.
50. Bello NT, Yeomans BL. Safety of pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Drug Saf*. enero de 2018;17(1):17-23.
51. Grilo CM, White MA. Orlistat with behavioral weight loss for obesity with versus without binge eating disorder: Randomized placebo-controlled trial at a community mental health center serving educationally and economically disadvantaged Latino/as. *Behav Res Ther*. marzo de 2013;51(3):167-75.
52. Gaete P. V, López C. C, Gaete P. V, López C. C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*. octubre de 2020;91(5):784-93.

Convenio entre la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, para el desarrollo de la psiquiatría infantil, la terapia de familia y la psiquiatría preventiva. Apuntes para una historia de su gestación

Agreement between the Catholic University of Louvain, Belgium, and the National University of San Marcos, Peru, for the development of child psychiatry, family therapy and preventive psychiatry.

Notes for a History of its Formation

Alfonso Mendoza-Fernández^{1,2}

¹Ex profesor principal del Departamento de Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

²Expresidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana

RESUMEN

En este artículo el autor relata los acontecimientos decisivos y el rol de las principales autoridades académicas en la gestación del Convenio de colaboración entre las universidades mencionadas para el desarrollo de la paidopsiquiatría, la terapia de familia y la psiquiatría preventiva.

Palabras clave: Convenio de colaboración, UCL, UNMSM, paidopsiquiatría, terapia de familia, psiquiatría preventiva

ABSTRACT

In this article, the author recounts the key events and the role played by the main academic authorities in the formation of the collaboration agreement between the aforementioned universities for the development of child psychiatry, family therapy, and preventive psychiatry.

Keywords: Collaboration agreement, UCL, UNMSM, child psychiatry, family therapy, preventive psychiatry

I. A modo de introducción

El día 12 de julio de 1985, en la ceremonia de clausura del curso que dictara el Dr. Jorge Serrano Mercado en el marco del Convenio de Cooperación entre la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica, UCL, y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, UNMSM, para el desarrollo de la psiquiatría infantil, la terapia de familia y la psiquiatría preventiva, me cupo pronunciar un discurso -informe (1) en el cual deba cuenta- en síntesis- de los aspectos esenciales de dicho convenio, que paso a transcribir:

“Cuando hacia 1981 le planteaba a Guy Bajoit -en aquella época Secretario de la Oficina del Tercer Mundo de la UCL – la posibilidad de un convenio de colaboración entre la UCL y la UNMSM, estaba lejos de imaginar que, algunos años después, tendría el altísimo honor y la honda satisfacción de asistir a la materialización de lo que entonces parecía tan solo un bello sueño.

Ahora ya no está G. Bajoit en la UCL, pero me complace imaginar el gozo que experimentaría cuando sepa por el Dr. Serrano, a quien hacemos nuestro dignísimo emisario, de cómo ese sueño se ha hecho realidad. Vaya para él nuestro sincero reconocimiento por el incesante apoyo y sagaz orientación que nos brindara a través de este prolongado y azaroso proceso.

Tampoco está ya entre nosotros el Profesor Rotondo, quien no solamente impulsó el convenio y lo enriqueció con sus sugerencias, sino que también consiguió el apoyo de la UNMSM y firmó -en representación de la misma- el acuerdo, conjuntamente con Monseñor Massaux y el Prof. León Cassiers, Rector y Jefe del Departamento de Psiquiatría de la UCL respectivamente. Y es útil que se sepa que en los días que se anunciaba ya su muerte, el Profesor Rotondo no cesó de recomendarme que no escatimáramos esfuerzo alguno en organizar del mejor modo posible las actividades concernientes al convenio, acerca de cuya importancia y perspectivas tenía, como siempre, una lúcida y certera visión.

A través de todos estos años muchas personas aunarón sus esfuerzos para llevar adelante el convenio. Hemos evocado con emoción, respeto y gratitud, al amigo ausente y al maestro desaparecido. Es bueno que volvamos ahora nuestros ojos al presente. En primer término, para agradecer al Dr. Jorge Serrano, quien desde el primer momento acogió la idea con entusiasmo y supo transmitirla a las autoridades y fueron muchas las horas que trabajamos juntos hasta conseguir, finalmente, la aprobación del convenio.

Por ello el Dr. Serrano es el profesor responsable del convenio por parte de la UCL, que entiendo como un justo reconocimiento a su labor, pero es también de justicia subrayar que la sensibilidad y receptividad de los profesores de la UCL constituyeron un terreno fértil en el cual la idea germinó hasta dar sus primeros frutos, que aquí veis. Vaya, por tal razón, un homenaje a los Dres. León Cassiers y Jean Yves Hayez y a la psicóloga Edith Tilmans-Ostyn, a quienes todos ustedes tendrán oportunidad de conocer, pues son ellos los profesores que la UCL nos enviará en los años por venir, ampliando el surco que el Dr. Serrano acaba de abrir.

El Convenio UCL-UNMSM tiene como propósito fundamental promover el desarrollo de la psiquiatría infantil, la terapia de familia y la psiquiatría preventiva en nuestro medio, a través de la formación y especialización de profesionales tanto en el Perú como en Bélgica, con miras a reforzar la enseñanza en tales dominios, tanto en el pregrado como en los programas de segunda especialización en psiquiatría de la UNMSM.

Aspira también este convenio a posibilitar la constitución de un núcleo de docentes capaces de forjar una verdadera escuela de psiquiatría infantil, de terapia familiar y de psiquiatría preventiva y comunitaria, con efectos multiplicadores en el conjunto de la enseñanza de la psiquiatría y en el ámbito mas vasto de la salud pública.

Lo que se pretende, en última instancia, es poder responder a la demanda creciente de asistencia en los dominios de la salud mental del niño y su familia, a través de intervenciones preventivas y terapéuticas, objetivos cuya importancia no requiere mayor argumentación si tenemos en cuenta que la población infanto juvenil en nuestro medio constituye cerca del 50% de la población total, y la situación de las familias deviene cada día más crítica.

Queremos señalar que el convenio contempla no solo la venida de expertos durante cuatro años y la formación de cuadros profesionales en Bélgica, mediante becas de adiestramiento y reciclaje, sino también el envío de libros y revistas por un monto equivalente a sesenta mil francos belgas por año, durante cuatro años, y, eventualmente, la posibilidad de implementar programas de asistencia a poblaciones en riesgo y, secundariamente, proyectos de investigación que se encuadren en el modelo de investigación-acción”.

El informe al que nos referimos daba cuenta del número de asistentes al curso del Dr. Serrano: cuarenta y cinco profesionales que por entonces laboraban

en el campo de la salud mental tanto en el MINSA (Ministerio de Salud) como en la Seguridad Social (ESSALUD), y desempeñaban funciones académicas en las universidades de San Marcos, Cayetano Heredia, Federico Villarreal y Católica del Perú. Asimismo, en el aludido informe, señalábamos los principales temas abordados, remarcándose la calidad docente del Dr. Serrano y su método eminentemente activo, con entrevistas a los niños y sus familias, así como la discusión de casos y la dramatización de las situaciones clínicas más frecuentemente dadas en la práctica clínica. A más de ello, el Prof. Serrano visitó “Jicamarca”, programa de extensión comunitaria del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Hermilio Valdizán, analizando en el terreno sus posibilidades y limitaciones, y condujo dos reuniones de trabajo con los médicos residentes de psiquiatría de las universidades de San Marcos, Cayetano Heredia y Federico Villarreal.

Finalizaba mi exposición “agradeciendo a la nación belga en la persona de su Excmo Embajador, Sr. Erick Bal por lo que el convenio constituye en sí mismo”.

“Creo sinceramente -añadía- que este convenio, que dice bien de la colaboración de dos países, representados por dos antiguas y prestigiosas universidades, tiene una significación que va mas allá de un acuerdo de colaboración en el plano científico, para devenir el símbolo de una solidaridad y una amistad que se inscribe en el marco más amplio y más profundo de la fraternidad entre dos naciones que van al encuentro una de otra para forjar juntas un futuro mejor para la humanidad”.

II. De la suscripción del convenio

El Convenio de Cooperación UCL-UNMSM se aprobó por Resolución

Rectoral N° 71855, del 22 de abril de 1983 (2). En dicho documento se acordaba: “aprobar y poner en vigencia, a partir de la fecha de su suscripción, el Convenio entre la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica, que forma parte de la presente Resolución Rectoral, autorizándose al doctor Humberto Rotondo Grimaldi, Jefe del Departamento Académico de Psiquiatría, para suscribirlo en representación de la Universidad...”. La Resolución lleva las firmas del Rector, Gastón Pons-Muzzo y del Secretario General, José Tarazona Camacho.

La suscripción del Convenio se hizo efectiva el 29 de junio de 1984 (3). Firmaron Monseñor Ed. Massaux, Rector de la UCL, el Prof. L. Cassiers, Promotor del proyecto, y el Prof. H. Rotondo, contraparte del mismo.

III. Apertura de la AGCD hacia una psiquiatría social y comunitaria y la integración de la sexualidad y paternidad responsables en la atención primaria y en el enfoque centrado en la familia

En septiembre de 1979 arribé a Bélgica becado por la AGCD (Agencia Gubernamental de Cooperación para el Desarrollo), para realizar una formación en Ciencias Familiares y Sexológicas, orientación biomédica, en el Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas de la Universidad Católica de Lovaina, UCL, señalada por la OMS en su Informe Técnico número 572 (4) como uno de los centros académicos más importantes del mundo europeo en dichas áreas. No había sido fácil conseguir la beca. El año 1978 la AGCD rechazó mi petición. Los argumentos que esgrimí al parecer no fueron debidamente aquilatados por las instancias decisorias. Pero, el jefe de la Cooperación Técnica en Lima, el Sr. F. Bochkoltz, convencido de la solidez y factibilidad de mi sustentación, solicitó mi aprobación para insistir en mi candidatura el siguiente año, y así fue como llegué a Lovaina.

III.1. Una política asistencial de inspiración social centrada en la familia y la comunidad

Al postular a la beca había precisado que mi interés era adquirir una formación que me permitiera delinear acciones de corte preventivo promocional, centradas en la familia, que hicieran posible el mejoramiento de la atención de salud. Apoyaba mi aspiración en mi propia experiencia asistencial y docente. En el Hospital Hermilio Valdizán regía una política orientada a humanizar el trato al paciente y se privilegiaba la atención pronta y oportuna en consulta externa, recurriéndose a la hospitalización solo en casos absolutamente necesarios, promoviéndose estancias cortas y la instauración, igualmente pronta, de intervenciones rehabilitatorias a fin de evitar los efectos regresivos y desocializantes de un internamiento prolongado, haciendo así posible la reintegración del paciente al seno de su familia y de su comunidad en el más breve plazo. Procediéndose de este modo se trataba de evitar el síndrome de exclusión familiar y los efectos desocializantes de una estadía prolongada. Esta práctica asistencial, que desalentaba la institucionalización del paciente y su estigmatización, tenía un profundo significado ético, y constituía la más clara muestra de una medicina de inspiración social y de corte preventivo que, por los años sesenta, buscaba erradicar el modelo asistencial de carácter manicomial.

III.2. Los cambios sociodemográficos en el Perú: desborde popular y crisis del estado

Por los mismos años sesenta, en el Perú, se producía “una revolución desde abajo”. Ante la inoperancia del Estado, las poblaciones del mundo rural y altoandino comenzaron a migrar del campo a la ciudad. Ellos se instalaron en las zonas desérticas que circundaban Lima y otras ciudades costañas, configurando verdaderos cordones de miseria, por entonces denominados “barriadas” (hoy “pueblos jóvenes”). Esos migrantes buscaban trabajo y un mejor futuro para ellos y sus hijos. Este fenómeno, no exclusivo de nuestro país, constituía la expresión de la profunda necesidad de seres que se sentían abandonados o postergados socialmente, pero que no renunciaban a satisfacer sus aspiraciones de realización personal y familiar. Este “desborde popular”, como lo denominó Matos Mar J.(5), fue transformando paulatinamente el rostro de las grandes ciudades costeras, y tensando y transformando también la organización y funcionamiento de las familias, obligadas a adaptarse a un ecosistema diferente y a usos y costumbres muy distintas de los suyos.

El Prof. Rotondo, al frente del hospital H. Valdizán como Director Médico, y como Jefe del Departamento de Psiquiatría de la UNMSM, era uno de los expertos más respetados en los dominios de la psiquiatría social y de la vida de familia, a cuyo estudio se había dedicado de manera sistemática. Su investigación -de fines de los años cincuenta- en la barriada en desorganización social de Mendocita (6), y otras poblaciones similares, así como otros trabajos suyos, constituían un referente de la psiquiatría y la psicología social. En dicha investigación lo acompañó precisamente el antropólogo social Matos Mar, antes mencionado, uno de los primeros en advertir la importancia de la migración del campo a la ciudad. Pero, al mismo tiempo, Rotondo impulsaba la necesidad de efectuar cambios profundos en la atención psiquiátrica, en consonancia con las radicales transformaciones que se operaban en el tejido social, haciendo suyos los principios de la psiquiatría preventiva de Caplan G (7).

III.3. La planificación familiar: hacia una sexualidad y paternidad responsables

Por la misma época se debatía también intensamente en torno a la planificación familiar. Para Rotondo, el que la pareja, y en última instancia la mujer, tuviera la capacidad de decidir libre, voluntaria y conscientemente el número de hijos a traer al mundo, era no solo un derecho fundamental de la persona huma-

na, sino también un acto de significativa importancia para una mejor organización de la vida familiar, y de innegables efectos en la salud pública. Bajo su inspiración participé en una serie de actividades orientadas a promover una sexualidad sana y una paternidad responsable, así como a mejorar las relaciones de pareja, combatiendo -a través de la educación en salud- las actitudes machistas en la población, y promoviendo cambios en los modos de crianza y educación de los hijos, alentando el trato respetuoso, justo y equitativo entre hombres y mujeres. El año 1976 precisamente, recogiendo estos conceptos, postulados por diversas organizaciones no gubernamentales, y en consonancia con corrientes de pensamiento en pro del enfoque de género, el gobierno peruano promulgó los lineamientos de política de población (8), que dieron sustento a una diversidad de acciones favorables a la planificación familiar, a pesar de la oposición de sectores ultraconservadores y de izquierda extrema.

Todos estos aspectos fueron subrayados en mi solicitud de beca que, debidamente valorados, condujeron a que mi aplicación fuera aceptada, abriéndose así el camino a otros postulantes quienes, invocando los mismos argumentos, fueron admitidos luego, como el Dr. José LI Ning, también docente de San Marcos, quien llegó al Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas de la UCL el año 1980, a seguir los mismos estudios.

IV. Fundación de la unidad de terapia familiar

Hoy es un lugar común pensar en la familia como el foco de atención de cualquier acción en el campo de la salud pública, y más aún en el marco de una psiquiatría de inspiración comunitaria. La Conferencia Internacional de Alma Ata, de 1978 (9), lo subrayó dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Pero, entre los años sesenta y setenta estos conceptos casi no tenían eco en la acción. Y, tal como insinuáramos en la sección precedente, la planificación familiar era vista como parte del control que los países desarrollados querían mantener sobre los países pobres, mientras que sectores católicos conservadores cuestionaban los métodos anticonceptivos invocando principios morales cuestionables. Algunas instituciones pioneras buscaban introducir en el campo de la salud pública intervenciones inherentes a la regulación de la fecundidad, como un derecho de la persona humana y una medida orientada a la promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Por indicación del Prof. Rotondo, quien llegó a presidir la Asociación Multidisciplinaria de Estudios de Población, AMIDEP, participé en múltiples actividades centradas en la planificación familiar, abordando temas sobre la sexualidad, la paternidad responsable, la psicología de la anticoncepción, el aborto, las relaciones de pareja, las relaciones parento-filiales, y otras, y no solo en Lima sino también en provincias, en seminarios y cursos auspiciados por el MINSA y la Organización Panamericana de la Salud, OPS. Enfatizábamos que una intervención de salud centrada en la familia, a propósito de cualquier trastorno o problema psicosocial que afectara a uno o más de sus miembros, no solo tenía un efecto terapéutico, sino que, movilizándolo los recursos propios de la familia y la comunidad, tenía también efectos preventivos. Nos inspirábamos en la teoría de sistemas y en la teoría de las crisis: “una puntada a tiempo ahorra nueve”. Además, si una pareja regulaba el número de hijos a tener, en función de sus recursos y de sus convicciones éticas, ello contribuía a disminuir la morbi-mortalidad materna y posibilitaba una mejor crianza y desarrollo de sus hijos, al evitarse la sobrecarga emocional de la pareja si acaso tuviera que criar a una prole numerosa.

Pero, ello no es todo, tal proceder implicaba empoderar a la mujer, disminuir las tensiones dentro de la pareja, y combatir la negligencia y las diversas formas de maltrato infantil.

Este modo de pensar, sumado al modelo preventivo en la atención de las perturbaciones de la salud mental nos llevaron a considerar la necesidad de crear una Unidad de Terapia Familiar. Y algunos miembros del Hospital Valdizán empezamos a buscar horizontes de formación. Entre los años 1977 y 1978 la Pontificia Universal Católicos del Perú, PUCP, organizó un Seminario sobre Dinámica Familiar, liderado por el Dr. Max Hernández, psicoanalista de sólida formación en el Reino Unido, y los intercambios que en dicho seminario se dieron -de carácter interdisciplinario- fortalecieron la idea y me llevaron a fundar, al año 1978, la Unidad de Terapia Familiar, cuyo jefatura asumí hasta que, en setiembre del año 1979, viajé a Bélgica, quedando encargado de la Unidad el Dr. Juan Manuel Yori. La reciente Unidad devino un Centro donde los integrantes del grupo de la PUCP podían entrevistar familias. En el equipo fundador estaban también el Dr. Carlos Núñez Chávez, Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil, el Dr. J. M. Yori, y las psicólogas Dora Ugarte y Ana María Rosasco, los tres últimos más cercanos a la cantera psicoanalítica.

Posteriormente, considerándose -tal vez- esta etapa como precursora, se convino en fijar el 20 de setiembre de 1979 como la fecha fundacional de la Unidad, aunque en verdad ella -como hemos precisado- se gestó un año antes. En mi archivo personal hallé sendas comunicaciones (10, 11) dirigidas a diversos medios, una por el Hospital Hermilio Valdizán, y otra por la UNMSM, en las que se invita a la inauguración del nuevo local de la antigua Unidad de Terapia Familiar (entonces ya Departamento de Psiquiatría Familiar), ceremonia que se realizó el 14 de julio de 1987. En dicha comunicación, que parcialmente publicara el diario El Comercio (12), se menciona que la Unidad inició sus funciones el año 1978.

Fue ese mismo año, 1978, que, como mencioné líneas atrás, postulo por primera vez a la beca, al Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas de la UCL. No sabía entonces de la existencia de la Asociación sin fines de lucro, ASBL (por sus siglas en francés) Chapelle aux Champs, del Departamento de Niños y sus Familias de la UCL, donde se practicaba la terapia familiar, pero, especializarme en Ciencias Familiares y Sexológicas me parecía un paso importante dentro de los objetivos personales e institucionales que guiaban mis acciones en esa etapa de mi ejercicio profesional, asistencial y docente.

Al partir a Bélgica quedó encargado de la Jefatura de la Unidad el Dr. Juan Manuel Yori, quien ejerció el cargo con la solvencia y responsabilidad inherentes a su calidad personal y profesional. En reconocimiento a ello es que, en julio del año 1987, apadriné la inauguración del nuevo local, junto con la psicóloga belga Edith Tilmens-Ostyn, quien acababa de concluir el curso de terapia familiar en cumplimiento del Convenio de Cooperación.

V. La gestación del convenio de cooperación

El año 1981, mi segundo año en Lovaina La Nueva, establecí amistad con Guy Bajoit, Secretario de la Oficina del Tercer Mundo de la UCL, quien conocía de cerca la realidad sudamericana. A él le planteé la idea de un Convenio de Cooperación entre la UCL, a través de su oficina, y la UNMSM. Mi propuesta apuntaba a impulsar el liderazgo del Hospital Hermilio Valdizán, la principal sede docente de la Universidad de San Marcos en psiquiatría, y donde ejercía la jefatura del Departamento de Psiquiatría el Dr. H. Rotondo, cuyo apoyo no dudaba se daría en cuanto le comunicara la posibilidad del convenio.

Además de la entonces novísima Unidad de Terapia Familiar, el Hospital Valdizán contaba ya con un Servicio de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, cuyo jefe, por razones obvias, se interesaba igualmente en el abordaje familiar. Precisamente en esos años se producía un viraje de las intervenciones centradas en la relación madre-niño, inspiradas en la teoría del vínculo, hacia aquellas centradas en la familia. Además, el Dr. Carlos Núñez Chávez, Jefe del Servicio, me anunciaba su interés en postular nuevamente a una beca por la AGCD, si lograba superar algunos inconvenientes que frustraron su primer intento. De modo que, si el camino de la AGCD no resultaba, teníamos la opción del Tercer Mundo, en el marco del Convenio en gestación. Por ello el Dr. Núñez Chávez (13), en una carta fechada el 24 de octubre de 1981, me decía: “He recibido tu carta del día 13 de octubre y con gran satisfacción al leer que es posible realizar un convenio, que comprendo llevará un tiempo y tendrán que hacerse múltiples gestiones, pero evidentemente la puerta está abierta y hay que andar el camino. Te agradezco Alfonso todo tu interés y esfuerzo... Otra posibilidad, Alfonso, está (en) que nuevamente voy a postular a la beca de la Embajada... (me dicen que) ahora no habría tanta dificultad porque han considerado dos becas para médicos... Creo que una posibilidad no excluye la otra. Si obtengo la beca será motivo para que, además de formarme establezca mejor y más directamente los vínculos para el mismo convenio”.

Carlos Núñez me aportó los datos necesarios para llenar la aplicación requerida por el Consejo del Tercer Mundo, en la parte correspondiente a su servicio. Al final y felizmente, la beca le fue otorgada por la AGCD. Ello aseguraba el financiamiento pues su *stage* ya contaba con la aceptación del BCP (Buró de Coordinación de la Paido Psiquiatría), como se aprecia en el certificado firmado por el Dr. Jorge Serrano (14), del 20 de enero de 1982. A este propósito fueron de gran ayuda las comunicaciones (15, 16, 17) de los Doctores Rotondo y Oyarce (Director del Hospital Hermilio Valdizán) y de los dirigentes de la Comunidad de Jicamarca, las cuales hice llegar a las instancia correspondientes de la UCL, pues aun cuando la psiquiatría ya no era considerada “la cenicienta” en el cuadro de la cooperación internacional, las profesiones “técnicas” seguían teniendo prioridad para la AGCD.

Si Guy Bajoit fue uno de los pilares en la gestación del convenio, en Bélgica, el otro fue Jorge Serrano Mercado, quien no solo acogió la idea, sino que su sensibilidad y solidaridad hispanoamericanas (aunque tenía la nacionalidad belga, había nacido en Ar-

gentina y se había formado y ejercido como médico en Bolivia), se tradujeron en un valioso y permanente apoyo. Ambos nos abocamos a elaborar el convenio y a entrevistarnos con las autoridades de la UCL. Por ello en una misiva que me remitiera su esposa (18), el 15 de noviembre de 1988, en la que me anuncia la posibilidad de que pudieran detenerse en Lima, de paso a Bolivia, lo que aprovecharía Jorge para evaluar lo referente a la 2da fase del Convenio, no vacila en afirmar: “convenio del cual tú y Jorge son promotores y creo que hasta autores”. Lamentablemente el encuentro no se concretó, pero todo ello da cuenta del gran trabajo realizado por Jorge Serrano, con quien me reuní innumerables veces en su acogedor hogar en Lovaina La Nueva.

Hacia 1987, estando el Convenio por concluir en su primera fase, Jorge Serrano, en su informe (19) presentado al Consejo del Tercer Mundo, evaluando las realizaciones del mismo, subraya que las misiones (la venida de los expertos) han posibilitado:

- “1° Aportar el sustento científico de la UCL a los programas de formación desarrollados por San Marcos;
- 2° Estimular la reflexión sobre las prácticas psiquiátricas “in situ”, incluyendo el interés por ciertos aspectos de la medicina tradicional, y
- 3° Permitir a los expertos de la UCL incrementar su interés por América Latina en general y por el Perú en particular, gracias a la toma de conciencia de la realidad socioeconómica existente”.

Y en lo concerniente a la formación de los becarios peruanos, precisa:

“El convenio concluido con San Marcos prevé la acogida de un cierto número de becarios, capaces de constituir un equipo de base en psiquiatría infantil y devenir en el futuro un núcleo con efecto multiplicador”.

Y luego de señalar a los Dres. Carlos Núñez Chávez y José Christiansen (quien lamentablemente no regresó al Perú) como adscritos a su servicio, tiene la gentileza -que valoro en su justa dimensión- de mencionarme en los siguientes términos:

“El profesor Alfonso Mendoza, que estaba en Bélgica antes de la firma del Acuerdo de Colaboración (él ha sido uno de los primeros en imaginar el programa) puede ser considerado entre los profesionales formados en el contexto que nos interesa actualmente. Él es profesor asociado de psiquiatría, responsable del equipo de terapia familiar y del Convenio entre la UCL y la Universidad de San Marcos”.

Y entre sus conclusiones anota:

“El desarrollo del proyecto corresponde, en sus grandes líneas, a los objetivos previstos...”, añadiendo, “los intercambios entre nuestros dos equipos son benéficos para ambos. Nuestro compromiso intelectual frente a los problemas del Tercer Mundo se ha reforzado por un mejor conocimiento de la realidad, lo que permite enriquecer la calidad de los intercambios científicos adaptándolos a las situaciones concretas. El deseo de la Universidad de San Marcos es de renovar al acuerdo de cooperación por un periodo de tres años, manteniendo los sectores de intervención previstos, pero acentuando las investigaciones comunes, con la participación eventual de la CEE (Comunidad Económica Europea) o de la AGCD”.

Por el lado de San Marcos recibí el apoyo del Dr. Rotondo, claramente consciente de la importancia del Convenio. El rector, Dr. Gastón Pons Muzzo, como ya se mencionó, acordó su aprobación, vía la Resolución Rectoral N° 71855 del 22 de abril de 1983, autorizando al Dr. Rotondo para suscribirlo en representación de la universidad, hecho que se concretó el 29 de junio de 1984.

El convenio, en sus líneas básicas lo redactamos conjuntamente con el Dr. Serrano, recibiendo las sugerencias de las autoridades de ambas universidades. En la entrevista que, el año 1982, sostuvieran en Bélgica los profesores Cassiers y Rotondo se confirmó la voluntad de ambas partes de llevar adelante al Convenio, el mismo que inició su fase operativa en julio de 1985, con la llegada del Dr. Jorge Serrano para dictar el primer curso de psiquiatría infantil y de familia, acerca del cual ya nos ocupamos en la primera parte de este relato.

El Dr. Serrano fue designado Responsable del Convenio por la UCL, y mi persona por San Marcos, según Resolución Rectoral N° 76422 (20), del 09 de abril de 1984. Poco antes, el 27 de marzo del mismo año, el Dr. Rotondo (21) había solicitado al Rector Pons Muzzo “se designe al Dr. Alfonso Mendoza, profesor del Departamento de Psiquiatría como Coordinador Académico del mencionado Convenio en representación de nuestra universidad”, añadiendo que “el Dr. Mendoza viene de culminar estudios de posgrado precisamente en Lovaina y ha tenido una participación muy activa tanto en la génesis como en las distintas etapas de la elaboración del convenio, actuando como nuestro representante mientras estuvo en Lovaina”.

VI. El convenio en su fase operativa (Ira.Etapa)

Las líneas básicas del convenio establecían como primer objetivo “el de promover el desarrollo de la psiquiatría infantil y de familia a través de la formación y especialización de profesionales, la realización de investigaciones sobre problemas de salud mental comunitaria, y el refuerzo de la enseñanza en el programa de segunda especialización en psiquiatría de la UNMSM”.

En el texto final del convenio, que se suscribió el 29 de junio de 1984, se enfatiza “la necesidad de una formación en paidopsiquiatría”, precisándose que “a pesar de la tendencia cada vez mayor a integrar los diferentes aspectos de la salud pública en proyectos más vastos... se subestima todavía el aporte de la psiquiatría infantil que podría, sin embargo, devenir fundamental en el cuadro de una concepción y una práctica comunitaria de la medicina”.

Y sobre el proyecto de extensión a la comunidad de Jicamarca, impulsada por el servicio de Psiquiatría Infantil, se subraya que dicho proyecto “refleja de modo concreto el modelo de asistencia psiquiátrica comunitaria preconizado por el Dpto. de Psiquiatría de la Universidad de San Marcos y por su principal sede de enseñanza clínica, el Hospital Hermilio Valdizán”.

En el mismo documento se subraya que “El apoyo que la UCL puede aportar a este proyecto, así como a otras acciones del Servicio de Psiquiatría Infantil del hospital permitiría alcanzar los objetivos siguientes:

- a. Poder responder a la demanda creciente de asistencia en el dominio de la salud infantil, y
- b. Mejorar la calidad de la enseñanza de la psiquiatría infantil. Remarquemos que el hospital “Hermilio Valdizán” es un establecimiento eminentemente docente. La colaboración de la UCL permitirá prácticamente la constitución del núcleo de una verdadera escuela de psiquiatría infantil, con efectos multiplicadores en el conjunto de la enseñanza de la psiquiatría y en los dominios de la salud pública.

Y dentro de las modalidades de cooperación se señalaba la formación en Bélgica de especialistas en paidopsiquiatría, terapia familiar y psiquiatría preventiva, así como la venida de expertos de la UCL a fin de contribuir a reforzar la formación de los miembros

del equipo en cada uno de los dominios mencionados, quienes trabajarían por periodos cortos, de tres a cuatro semanas. El convenio tendría una duración de tres años renovables por voluntad de ambas partes. Otros aspectos de la cooperación, relativos al funcionamiento, duración y evolución fueron consignados cuidadosamente en el documento final.

VII. El lugar de la terapia familiar en el convenio

Dadas las características sociodemográficas del Perú y la situación de las familias a las que nos hemos referido antes, era comprensible que el convenio se trazara como otro objetivo primordial al de impulsar el desarrollo de la terapia familiar, y de un modo más amplio la promoción de un modelo de atención centrado en la familia, buscando mejorar la organización y funcionamiento de la misma vía intervenciones preventivo promocionales y curativas, articulando acciones del sector salud y del sector educación en los campos de la salud en general y de la salud reproductiva en especial, incidiendo, por ejemplo, en temas como la sexualidad y la paternidad responsables y en la internalización de valores enmarcados en la equidad de género desalentando así concepciones machistas que se hallan en la base de la violencia doméstica.

Hacia el segundo semestre de 1981, durante mi segundo año en la UCL, gracias al Prof. G. Rucquoy, quien había dictado en el Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas el curso de Regulación de la Fecundidad Humana, y el de Principios y Métodos de la Consulta Conyugal, y quien trabajaba en el Centro de Ayuda Social de la UCL, la ASBL Chapelle aux Champs, tuvo la gentileza de escucharme y ponerme en contacto con X. Renders, psicólogo, quien con J. Y. Hayez, dirigía el Departamento para los Niños y sus Familias de la mencionada ASBL. Luego de exponer mi deseo fui aceptado para realizar un “stage” en terapia familiar. J. Y. Hayez y Edith Tilmans convinieron en que trabajara con ellos como observador-participante en todas las sesiones terapéuticas que ellos condujeran. Así, desde el 1ro de noviembre de 1981 hasta el 31 de setiembre de 1983, asistí al Centro de Orientación Infantil, la Guidance, trabajando a medio tiempo. Además, fui incorporado al programa de formación en terapia familiar, que comprendía diez sesiones anuales de ocho horas de duración cada una, y que se llevaba a cabo en el mismo local de la ASBL (22, 23).

En la carta firmada por los profesores L. Cassiers, J. Y. Hayez y X. Renders (24), del Centre de Guidance Clos Chapelle aux Champs del 18 de noviembre de 1983,

se lee: “Él (el Dr. Mendoza) ha participado como observador de las sesiones terapéuticas, ha formado parte en las discusiones de casos y en las reuniones clínicas del equipo responsable de la terapia familiar. Su contribución fue muy apreciada por sus colegas: él dejará en el Departamento el recuerdo de un colega atento, ponderado y eficaz, con gran sentido del trabajo en equipo. A propósito del trabajo con los clientes, sus intervenciones estuvieron marcadas por su fineza y la justeza de sus puntos de vista”.

En gran medida el contacto con la ASBL Chapelle aux Champs permitió definir más claramente los objetivos del Convenio de Cooperación. Sus líneas de trabajo principales: atención a la salud mental infanto juvenil, terapia familiar y acción social (pues muchos de sus integrantes trabajaban con colectivos de asistencia en los ámbitos educativo, comunitario y de población migrante), fortalecieron la idea de centrar los términos del convenio en esos objetivos, que coincidían con nuestras propias necesidades y objetivos en el Perú. Además, ello hizo posible que se incorporara a la formación en terapia familiar, al Dr. José Li Ning, profesor de San Marcos en la sede del Hospital Rebagliati, de la Seguridad Social, quien se hallaba en la UCL siguiendo cursos en el Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas y, claro está, a los futuros becarios que llegaran a Bélgica en el marco del convenio en proceso de elaboración. De modo que, al apoyo inicial del Dr. J. Serrano, se unió el del Dr. J. Y. Hayez y de la psicóloga Edith Tilmans, personas fundamentales en la marcha del acuerdo cuando este se llevó a la práctica. Pero, todos los profesores de la UCL que hemos mencionado desempeñaron un papel importante en el momento oportuno. Y si no hubiesen aportado su comprensión y apoyo en ese preciso momento el convenio proyectado no se habría hecho realidad.

VIII. Actividades de los expertos de la UCL en la fase operativa del convenio

Desde el año 1981 en que propuse a G. Bajoit la posibilidad de un convenio de cooperación entre la UCL y la UNMSM, hasta el 29 de junio de 1984, en que se suscribe el texto definitivo, el Dr. Serrano y yo nos abocamos a elaborar los términos del convenio y, aprobado este, a delinear los pasos concretos que mercarían la puesta en acción del mismo (25). Así se convino la continuación de mi stage y formación en terapia familiar en el Centre de Guidance de la ASBL Chapelle aux Champs y que, entre octubre y diciembre de 1983, participe en una formación complemen-

taria en sexoterapia con el Prof. Willy Pasini, médico Jefe de la Unidad de Ginecología Psicosomática y de Sexología de la Universidad de Ginebra (26), y que se aceptaría el stage del Dr. Núñez Chávez en el Servicio de Paidopsiquiatría de la Clínica St Luc, en Bruselas, gracias a la beca otorgada por la AGCD.

Se delineó el programa de becas de larga duración (12 a 18 meses) y de corta duración (3 a 6 meses) y los viajes de expertos a Lima para la formación “in situ”, precisándose -en sus grandes líneas- los contenidos de dicha formación, enfatizándose que la metodología fuese eminentemente activa y participativa.

Se previó la visita del Prof. Rotondo, que se efectuó el año 1982, quien sostuvo una entrevista con el Prof. L. Cassiers, en presencia del Dr. Serrano y mía.

En septiembre de 1982 el Dr. C. Núñez Ch. inició su formación en paidopsiquiatría, a la que se sumaría su formación en terapia familiar y psicodrama.

Un objetivo claro en el campo de la psiquiatría infantil y de la terapia familiar era que la capacitación de los becarios asegurara la sostenibilidad del proceso, pues a su retorno al país se harían cargo de la capacitación en servicio de los miembros de los correspondientes equipos, con el refuerzo de los expertos de la UCL. Se pensaba que, de ese modo, se impulsaría el nacimiento de una escuela de psiquiatría infantil y de terapia familiar peruanas, que conjugara las concepciones y métodos adquiridos en la UCL, pero ajustados a nuestra peculiar realidad. A la par, la UCL se nutriría de la experiencia peruana y ampliaría sus conocimientos en el abordaje de situaciones tan complejas como las que caracterizan a los niños y sus familias en los países en desarrollo.

VIII.1. Estadía del Dr. Jorge Serrano

Con el Dr. Jorge Serrano, en julio de 1985, el convenio entró a su fase operativa. El Dr. Serrano nació en Argentina, formándose como médico en Bolivia, donde ejerció la docencia y la asistencia. El año 1976 revalidó su título en Bélgica y adquirió la nacionalidad belga. Con una sólida formación en paidopsiquiatría, tanto en la Universidad Católica de Lovaina como en la Universidad Libre de Bruselas, el Dr. Serrano realizó, además, estudios en Ciencias Familiares y Sexológicas, terapia familiar, psicodrama y psicoanálisis, desempeñándose, en el momento en el que vino a Lima, como Jefe de Clínica de las Clínicas Universitarias St. Luc, Servicio de Psicopatología de Niños, UCL. Conferencista reconocido y autor de numerosos trabajos, sus investigaciones se centraban en los cam-

pos de la depresión infantil, la anorexia mental, la psicosomática y la familia del migrante, entre otras.

El Dr. Serrano llegó a Lima el 29 de junio de 1985 y durante dos semanas dictó un curso que convocó a 45 profesionales de la salud mental que trabajaban en las tres principales instituciones psiquiátricas de la capital, y en los hospitales del Niño, Santa Rosa, Arzobispo Loayza y Edgardo Rebagliati, muchos de los cuales desempeñaban labores docentes en las universidades de San Marcos, Cayetano Heredia, Villarreal y Católica del Perú.

El Dr. Serrano abordó variados temas: La entrevista del niño y su familia, las terapias familiares, la anorexia nerviosa, la depresión infantil, las enfermedades psicosomáticas, el niño ante el fracaso escolar, entre otros. El curso tuvo una duración de 40 horas académicas. Además, el Dr. Serrano tuvo dos sesiones de trabajo con los médicos residentes de psiquiatría de San Marcos, Cayetano Heredia y Federico Villarreal, y visitó la comunidad de Jicamarca, programa de extensión social del servicio de Psiquiatría Infantil, para cuyo mejor funcionamiento recomendó reducir sus objetivos a la prevención de problemas de aprendizaje, el trabajo preventivo con familias, y las consultas psiquiátricas tradicionales.

La ceremonia de clausura del curso contó con la presencia del Sr. Erik Bal, Excmo. Embajador del Reino de Bélgica, como se indicó en las páginas iniciales de este relato.

VIII.2. Estadía del Dr. Jean Yves Hayez (27)

En junio de 1986 el Dr. Hayez, psiquiatra de orientación psicoanalítica, terapeuta de familia y psicólogo, profesor responsable de Paidopsiquiatría de la Facultad de Medicina de la UCL, estuvo entre nosotros para dictar el segundo curso programado en el marco del convenio.

Docente e Investigador de nota, el Dr. Hayez es un experto en el campo de la orientación de padres, habiendo obtenido el año 1980 el Premio Quinquenal de la Obra Nacional de la Infancia por su libro “La Orientación parental”, y el año 1998 el Premio Honorífico de la Fundación Mustelo por su libro “La psiquiatría en un hospital de niños”, en colaboración, entre otros autores, con J. Serrano y E. Tilmans-Ostyn.

El Dr. Hayez solo pudo dictar la primera parte de ese segundo curso de Psiquiatría Infantil y de Familia, que había sido programado para llevarse a cabo en dos bloques, con dos grupos diferentes de participantes. Esa primera parte reunió a 65 profesionales de la sa-

lud mental, en su mayor parte de la UNMSM, pero también de otras universidades (Cayetano Heredia, Villarreal, San Martín de Porres y la Universidad Femenina), quienes ejercían su actividad asistencial en establecimientos del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social (hoy EsSalud), el Hospital de Policía, y en dos centros privados: CEPAL (Centro Peruano para la Audición y el Lenguaje) y la Clínica Psiquiátrica Caravedo.

Los temas que el Dr. Hayez abordó fueron: modelo de entrevista con niños, el niño agresivo y su familia, trastornos psicosomáticos en niños, psicosis infantil, niños y familias en riesgo, niños en medios desfavorados, prevención de la salud mental en la escuela, y la familia y orientación de padres.

El Dr. Hayez había programado permanecer en Perú del 14 de junio al 14 de julio. Lamentablemente él fue herido seriamente en un atentado terrorista que tuvo como blanco -en el Cusco- el tren en el que se disponía a viajar a la ciudadela de Machu Picchu. Sin embargo, años después, al renovarse el convenio -proceso en el cual tuvo una actuación decisiva- el Prof. Hayez retornó al Perú varias veces, recibiendo, el año 1996, el título del Profesor Visitante de la UNMSM (28) por su contribución al cumplimiento de los objetivos del convenio.

VIII.3. Estadía de la psicóloga Edith Tilmans-Ostyn

Edith Tilmans es psicóloga, responsable de la formación en la aproximación sistémica de la terapia familiar del Centro de Orientación Clos Chapelle aux Champs del Dpto. de los Niños y sus Familias de la UCL.

Edith Tilmans-Ostyn une a sus conocimientos y experiencia en el campo de la terapia familiar sistémica una singular agudeza psicológica y especial capacidad empática, desenvolviéndose con facilidad en la escena terapéutica con familias aquejadas de múltiples problemas. Es proverbial en ella el uso de analogías y metáforas para constituir el sistema terapéutico y transmitir los mensajes directos o paradójales que promueven el cambio en las familias. Con J. Y. Hayez, quien aporta su capacidad para la reflexión de inspiración psicodinámica, y sus dotes para la orientación de padres, nutrida de una exquisita percepción del mundo interior de los niños, formaban una dupla terapéutica que contribuyó notablemente a mi propia formación, durante mi permanencia en Bélgica. Ambos dictaron sus conferencias y seminarios en español, que estudiaron con ahínco antes de venir al Perú.

A su retorno a la UCL, Edith Tilmans presentó un pormenorizado informe (29) de sus actividades, del cual

seleccionamos los siguientes datos:

- Ciclo de conferencia sobre terapia familiar sistémica (seis reuniones de dos horas de duración c/u, para 150 participantes).
- Supervisión de casos clínicos con los miembros de los servicios de psiquiatría infantil y de familia (siete reuniones, en total 18 horas de trabajo con veinticinco participantes).
- Dos sesiones de formación intensiva con los miembros del Dpto. de Psiquiatría Familiar, centradas en la interacción terapeuta-escuela (seis horas de trabajo con veinte participantes).
- Tres reuniones, de dos horas de duración cada una, con los docentes de psiquiatría, aproximadamente cincuenta participantes.
- Sesión de supervisión de casos de niños y adolescentes y familia, de tres hospitales de Lima: cuatro horas de trabajo: Cincuenta participantes.
- Sesión de tres horas de duración: entrevista a una familia, seguida de discusión clínica en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", del MINSA. Veinticinco participantes.
- Conferencia sobre terapia familiar sistémica en la Sociedad Franco Peruana de Psiquiatría. Tres horas. Cincuenta participantes.
- Taller de terapia familiar en la Asociación Interdisciplinaria para el Estudio de la Familia, INTERFAM. Cuatro horas. Setenta participantes.
- Dos sesiones de trabajo con los formadores en paidopsiquiatría y terapia familiar. Cuatro horas. Doce participantes.

Además, Edith Tilmans visitó el Proyecto Jicamarca, y los principales establecimientos psiquiátricos de Lima, sosteniendo sendas reuniones con sus directores, y se entrevistó con los potencialmente futuros becarios entre ellos el Dr. Juan Carlos Lengua, quien años después hizo su formación en la UCL.

El 14 de julio de 1987, ella y el Dr. Juan Manuel Yori apadrinaron el nuevo local del Dpto. de Psiquiatría Familiar (antes Unidad de Terapia Familiar).

Las conferencias de Edith Tilmans versaron sobre el ciclo vital de la familia, la primera entrevista familiar, el análisis de la demanda, el niño como co-terapeuta en la terapia familiar, el afronte de familias con niños y adolescentes, la aproximación sistémica en el medio escolar y en instituciones, la utilidad del enfoque

sistémico en la práctica médica, la utilización de metáforas en la terapia familiar, drogadicción y familia, entre otras.

En su informe, presentado a la UCL, ella formuló interesantes sugerencias para fortalecer la cooperación, subrayando que los peruanos “tienen lo sistémico más en la sangre que nosotros, que vivimos en el seno de una tradición más individualista”, y plantea que los exbecarios vuelvan a Bélgica para “aprender de ellos como trabajar” en medios favorecidos, con migrantes, con familias incompletas y con instituciones no siempre bien gestionadas.

VIII.4. Estadía del Prof. Dr. León Cassiers

La siguiente visita fue del Prof. León Cassiers, por entonces Decano de la Facultad de Medicina de la UCL. Él llegó a Lima el 30 de julio de 1989, y permaneció entre nosotros hasta el 13 de agosto, tal como consta en la carta (30) que dirigimos al Prof. José Alva, Coordinador del Dpto. de Psiquiatría de la UNMSM, fechada el 19 de julio de 1987.

El Prof. Cassiers se entrevistó con las autoridades académicas de San Marcos, con miras a la renovación del convenio. Sus conferencias versaron sobre los siguientes temas: epistemología y psiquiatría, lugar y función de la hospitalización psiquiátrica y del tratamiento ambulatorio, ética y psiquiatría (conferencia dictada en el local de la Asociación Psiquiátrica Peruana), farmacoterapia y psiquiatría, asociación de tratamiento médico y psicoterapéutico, lugar del psicoanálisis en la práctica psiquiátrica, la función familiar del alcoholismo (dictado en la Sociedad Franco Peruana de Psiquiatría), la primera entrevista con un paciente psicótico (en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”). Además, visitó los principales establecimientos psiquiátricos, la comunidad de Jicamarca y tuvo una jornada de trabajo con los docentes del Dpto. Psiquiatría, entre otras actividades.

El Prof. L. Cassiers -lamentablemente ya fallecido- tenía un vasto currículum (31). Medalla de oro en Humanidades greco-latinas el año 1947, se recibió como doctor en medicina el año 1954, con gran distinción. Estudio psicología, obtuvo el doctorado en Criminología, se formó como terapeuta familiar con el Prof. Z. Hirsh y fue miembro activo de la Escuela Belga de Psicoanálisis.

Ocupó importantes cargos institucionales. Antes de alcanzar el decanato fue Jefe del Servicio de Clínicas St. Luc de la UCL, miembro de la Comisión de Ética Psiquiátrica del Ministerio de Salud, de la Comisión Consultiva de Medicina Preventiva y de la Comisión

de Especialización en Neuropsiquiatría y Psiquiatría. Fue presidente de la Sociedad Real de Medicina Mental, de la Asociación Internacional de Gerontopsicoanálisis y de la Academia Internacional de Filosofía de las Ciencias, así como colaborador de importantes revistas tales como *Acta psiquiátrica belga*, *Thérapie Familiale*, y director de la Colección *Recherches en psychothérapie et psychiatrie clinique*- presses universitaires de L.L.A. (Louvain La Neuve).

Entre sus artículos solo mencionaré los más relevantes: herencia y enfermedades mentales, los psiquiatras en busca de un método, entrar y salir de la psiquiatría, ciencia y fe, el sujeto y la libertad, según el psicoanálisis, ¿una psicología científica? ¿por qué una reflexión sobre la ética de la hospitalización?, la imagen del hombre a través del psicoanálisis, ¿qué es la psicoterapia?, claves para el biofuturo, desafíos socioeconómicos de las decisiones en salud mental, homeostasis familiar y espacio mítico individual: una contradicción?, los límites del determinismo psíquico...

IX. La renovación del convenio

El convenio suscrito entre la UCL y la UNMSM el 29 de junio de 1984 contemplaba una duración de tres años, renovables en función de la voluntad de las partes.

No era un acuerdo rígido. Por ello la actividad a cargo del Prof. Cassier se realizó recién el año 1989. Ahora bien, previendo la necesidad de renovar el convenio, el 19 de julio de ese año me dirigí al Coordinador del Dpto. de Psiquiatría, Dr. José Alva, en carta ya mencionada, informándole de la pronta llegada del Prof. Cassiers y, al mismo tiempo, solicitándole “haga llegar la documentación -que adjuntaba- al Sr. Decano de nuestra Facultad, a fin de que las autoridades pertinentes se pronuncien sobre la propuesta de renovación del convenio”, agregando que “el Dr. J. Y. Hayez acaba de comunicarme que la UCL ha decidido seguir apoyando el convenio”.

Ya en Lima, el 10 de agosto de 1989, los profesores L. Cassiers y J. Alva suscriben un documento (32) por el cual acuerdan en principio renovar el convenio, comprometiéndose a elaborar el texto final con las modificaciones pertinentes para su aprobación por las autoridades de ambas universidades.

A su retorno a Bélgica el Prof. Cassiers (33) dirige una comunicación al Dr. J. Alva para agradecerle “la excelente acogida” que se le brindó durante su estadía en Lima, y para manifestarle, con relación a la proyección futura de la colaboración, su reconocimiento de lo fructífero que ha sido el acuerdo hasta ese mo-

mento y, en segundo término, que “siendo prioritario coordinar el convenio, se requiere:

1°, que San Marcos se adhiera a REBLASAM (Red Belgo Latinoamericana de Salud Mental), marco en el cual será redactado el proyecto de convenio propiamente dicho”, añadiendo que “el texto de 1984 es excelente y podría ser utilizado en sus grandes líneas, modificando simplemente la formulación inicial” (“Entre los dos miembros de REBLASAM que son el Servicio de Psiquiatría de la UCL y el de la UNMSM, convienen en...)

En el mismo sentido, el 12 de octubre del mismo año, J. Serrano, J. Y. Hayez y E. Tilmans (34), precisan que “no es posible imaginar un convenio aislado entre San Marcos y la UCL, añadiendo “Hemos creado REBLASAM para estar disponibles, en el futuro, al conjunto de nuestros antiguos alumnos, y para que ellos puedan ayudarse mutuamente. Es pues dentro de REBLASAM que tendrán lugar todas las acciones futuras”. Luego plantean lo que podría ser el programa a seguir: “J. Y. Hayez podría viajar el año 1990 y Jorge (Serrano) a partir de 1991 (psicopatología y terapéutica paidopsiquiátrica general), y Edith (Tilmans) también a partir de 1991 (formación de formadores en terapia familiar y trabajo sobre familias de origen).

El año 1990 viajé a Bélgica, de paso a un Congreso en Málaga, España, llevando el encargo del Dr. Alva (35) para coordinar el Plan de actividades del nuevo convenio en elaboración. El mismo año, con fecha 08 de noviembre, se expide la Resolución Rectoral N° 101281 (36) por la cual se resuelve “aprobar y poner en vigencia a partir de su suscripción la renovación del Convenio de Cooperación entre la UCL y la UNMSM”, documento que lleva la firma del Rector, Wilson Reátegui y el Secretario General, Enrique Gómez P. Unos meses después, el 27 de mayo de 1991 se firma en Lovaina La Nueva, el “Convenio General” (37) entre ambas universidades, con la firma del Rector de la UCL, P. Macq y el de la UNMSM, Wilson Reátegui (la de este último tiene como fecha el 06.09.1991, en Lima). Finalmente, la suscripción del convenio, precisando que ambas universidades son miembros de REBLASAM, se realizó en Lima, el 06.09.1991, en documento (38) que lleva la firma de los Rectores de la UCL y de la UNMSM, y de los profesores L. Cassiers, Decano de la Facultad de Medicina de la UCL, y de F. Rose Gross, por el Dpto. de Psiquiatría de la UNMSM.

Es conveniente remarcar que fue la experiencia peruana, y sus logros, los que -en gran medida- llevaron al equipo de la UCL a crear REBLASAM (39), con la finali-

dad de extender sus acciones a otros países de América del Sur, y del entonces denominado Tercer Mundo.

X. Los efectos del convenio

X.1. Actividades asistenciales, docentes y de investigación

Las actividades por el Convenio UCL-UNMSM están consignadas, en parte, en el informe (40) elaborado hacia julio de 1989, con el propósito de sustentar la renovación del mismo. Dicho informe da cuenta de lo realizado ente los años 1984-1987, a las que agregaremos algunas acciones que se dieron con posterioridad, incluyendo aquellas correspondientes a los años post finalización del convenio. En el año 1987 ya laborábamos en Lima tres exbecarios de la UCL. El Dr. José Li Ning y yo nos habíamos formado en Ciencias Familiares y Sexológicas y en terapia familiar sistémica. Al mismo tiempo ambos formábamos parte del plantel docente del Dpto. de Psiquiatría de San Marcos, él en la Sede del Hospital Rebagliati, y yo en la sede del Hospital Valdizán. Por su parte, el tercer ex becario, el Dr. Carlos Núñez Chávez, formado en paidopsiquiatría y terapia familiar, laboraba en el Valdizán y colaboraba ad-honorem en la enseñanza de la psiquiatría como profesor invitado de San Marcos.

Nuestra reincorporación potenció las actividades asistenciales relacionadas con la terapia familiar y la paidopsiquiatría en el hospital Valdizán, y significó el inicio de la atención a parejas y familias en la sede Rebagliati. En el Valdizán la formación en servicio se dio conforme a lo previsto en el convenio, reforzada por las visitas de los expertos de la UCL, aun cuando en todas las actividades docentes promovidas por el convenio se tuvo especial cuidado de invitar a profesionales líderes de la salud mental de los principales establecimientos psiquiátricos de Lima y provincias que, en su mayoría, no solo ejercían labores asistenciales sino también académicas en distintas universidades del país.

Los médicos residentes del Programa de Segunda Especialización en Psiquiatría de San Marcos -pero también de otras universidades- rotaban entre dos o tres meses por los servicios de psiquiatría familiar y de paidopsiquiatría, al igual que psicólogos, principalmente de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), algunos de los cuales elegían -luego- uno u otro servicio como sede de su internado. A modo de ilustración mencionemos que, entre 1979 y 1987, rotaron por nuestro servicio de Psiquiatría Familiar 76 residentes de San Marcos. Años después el número

de residentes se incrementó, pues la rotación por ambos servicios devino obligatoria dentro de la formación en psiquiatría.

En el aspecto docente el mencionado informe señala que: "...en el pregrado, el Dr. Alfonso Mendoza, en su condición de profesor del Departamento de Psiquiatría de San Marcos, dicta las clases teóricas y dirige las prácticas especializadas orientadas al trabajo con familias en los cursos de Introducción a las Ciencias del Comportamiento (ex Psicología Médica) y Psiquiatría Clínica de la Facultad de Medicina, y en el curso de Salud Mental de la Escuela de Obstetricia de la misma universidad. Además, es corresponsable del curso de Sexualidad Humana para los estudiantes de medicina de San Marcos.

En el posgrado el Dr. Mendoza dirige el Seminario de terapia familiar para los residentes del Programa de Segunda Especialización en psiquiatría de U. San Marcos, y supervisa su adiestramiento cuando rotan por su servicio en el hospital".

En otro ámbito, el Dr. Mendoza supervisa semanalmente casos de familia en el II Curso Avanzado de Intervención y Terapia Familiar, organizado por la Asociación Interdisciplinaria para el estudio de la Familia, (INTERFAM), a cuya directiva pertenece.

Por otro lado, el Dpto. de Psiquiatría Familiar alentó diversas investigaciones por parte de los miembros de su equipo, o de profesionales que rotaron por el servicio. Mencionemos algunos de ellos: La satisfacción familiar como criterio de evaluación. El medio familiar del farmacodependiente. Familias reconstituidas. Terapia Familiar y psicosis. Tipología de la familia cusqueña de acuerdo con el Modelo Circumplejo de Olson (1984). Perfil Estructural Sistémico de familias en el hospital Hermilio Valdizán, 1996 (41). Perfil Estructural Sistémico de las familias nuevas atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán, 2001 (42), Vulnerabilidad familiar al consumo de drogas en familias adolescentes, 2004 (43), trabajo este último del Dr. J. Galindo y cols., cuando él se desempeñaba ya como Jefe del Dpto. de Psiquiatría Familiar. (Entre 1988-1990 el Dr. Galindo hizo su formación en la UCL, en el marco del convenio).

X.2. Textos con relación a familias

Cumpliendo con los objetivos que nos llevaron a seguir estudios de posgrado en Bélgica, participé, como autor o coautor en los siguientes textos:

- Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo" (44). Coeditor, autor del capítulo sobre trastornos sexuales. Año 1991. Editado por la UNMSM.
- El mundo familiar de los jóvenes en el Perú de hoy (45). Editado por CEDRO. 1993. Lima.
- Salud Mental, Infancia y Familia. Dughi D. y cols (46). Autor de los capítulos I, II, VI y VII. UNICEF/IEP. 1995. Lima.
- Guía Metodológica para la intervención preventiva con familias (47). Editado por DEVIDA. 2004. Lima.
- Compendio de Psiquiatría "Humberto Rotondo" (48). Coeditor. Autor de los capítulos sobre trastornos sexuales y Psiquiatría y Familia. 2008. Editado por la UNMSM.

X.3. Actividades en el ámbito privado

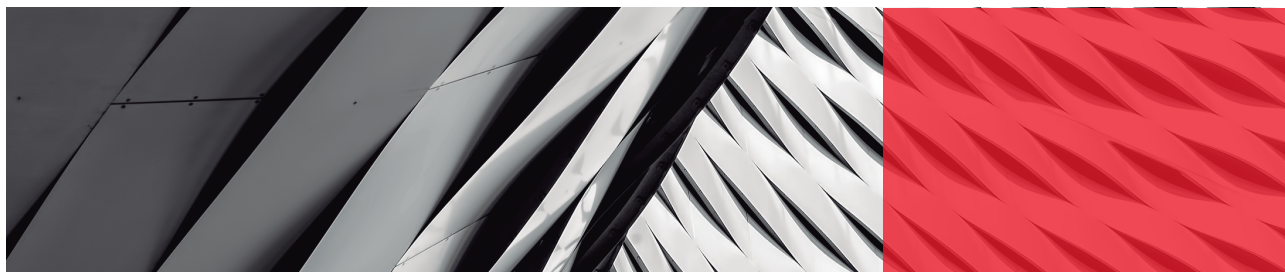
El año 1989, junto con los Drs. Carlos Núñez Chávez, José Li Ning, y el psicólogo D. Ordoñez, exbecario de la UCL, formamos FASIS, Grupo de Formación, Investigación y Docencia en Terapia Familiar Sistémica, con un programa de formación inspirado en el de la UCL, que nos calificó como institución gemela (gentil intervención del Prof. L. Cassiers).

La formación se extendía por tres años, con doce horas de actividad presencial mensual (sesiones de tres horas semanales cuatro veces por mes), durante diez meses cada año, formación que finalizaba con una tesina centrada en el trabajo sobre un determinado y singular aspecto de la familia de origen de cada participante. Hasta el año 2019 se habían formado en FASIS más de trescientos profesionales, entre psiquiatras, psicólogos, médicos de familia y de educación inicial, que laboran tanta en el ámbito público como en el privado en sus respectivos sectores, lo que da cuenta de la irradiación en los planos asistencial y académico del convenio, cumpliéndose así los objetivos que inspiraron su gestación.

Referencias bibliográficas y documentarias

1. Convenio UCL – San Marcos. Curso de Psiquiatría Infantil y de Familia. Informe. 12 de julio de 1985. Hospital Hermilio Valdizán. Lima.
2. Resolución Rectoral N° 71855, del 22 de abril de 1983, que aprueba, a partir de su suscripción, el convenio entre la UNMSM y la UCL, el mismo que se adjunta a la resolución.
3. Suscripción del Convenio. Louvain-La-Neuve, Belgique. 29 de junio de 1984. Firman: Mg. Ed. Massaux, Recteur UCL; Prof. L. Cassiers, Partenaire du projet. Documento en francés y su traducción al español.
4. OMS. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de Informes Técnicos N° 572. Ginebra. 1975.
5. Matos Mar J. Desborde popular y crisis del Estado. El nuevo rostro del Perú en la década de 1980. IEP. Lima 1984.
6. Rotondo H. y cols. Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. Revista Psiquiátrica Peruana, 2: 242-274. 1954. Publicado también en Estudios de Psiquiatría Social en el Perú. Edic. del Sol. Lima. 1963. p. 59-68.
7. Caplan G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Edit. Paidós. B. Aires. 1966.
8. Lineamientos de Política de Población. Instituto Nacional de Planificación. Ed. Ministerio de Salud. Lima. 1976.
9. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS. Alma Ata. 1978
- 10, 11 y 12. Inauguración del nuevo local del Dpto. de Psiquiatría Familiar (14 de julio. 1987). Comunicaciones dirigidas a los diarios por parte del hospital H. Valdizán y la UNMSM, y la nota publicada por El Diario El Comercio (13 julio. 1987).
13. Carta personal del Dr. Carlos Núñez Chávez agradeciendo la posibilidad de la firma del Convenio UCL-UNMSM.
14. Certificado firmado por el Dr. Jorge Serrano, el 20 de enero de 1982, en tanto Responsable de la Psiquiatría Infantil de las Clínicas St. Luc (UCL), a nombre del Buró de Coordinación Académica de la Psiquiatría Infantil, aceptando -en principio- al Dr. C. Núñez como Asistente Voluntario para seguir una formación en Paidopsiquiatría, a condición de “garantizar su autofinanciamiento” (lo que se consiguió al obtener el Dr. Núñez una beca por la AGCD, y en el marco del convenio en elaboración).
15. Carta del Dr. H. Rotondo, de fecha 03.06.81, a G. Bajoit, de la Secretaría del Tercer Mundo, UCL, apoyando la posibilidad de un adiestramiento en la UCL, del Dr. C. Núñez Ch.
16. Carta del Dr. Jorge Oyarce, director del H. Hermilio Valdizán, en el mismo sentido. Fecha 05.06.1981.
17. Constancia de los dirigentes de la Comunidad de Jicamarca del Programa desarrollado por el equipo del Dr. C. Núñez Ch.
18. Fragmento de la carta de la señora Ana María Serrano, en la que se contempla la posibilidad de que su esposo, el Dr. Jorge Serrano, en viaje a Bolivia, haga escala en Lima para planificar la segunda fase del proyecto. Fecha: 15.11.1988.
19. Informe del Dr. J. Serrano, haciendo un balance del convenio, y proponiendo su renovación por tres años (probablemente año 1987).
20. Resolución Rectoral N° 76422, del 09 de abril de 1984, por la que se nombra como Coordinador del Convenio UCL- UNMSM al Dr. Alfonso Mendoza.
21. Comunicación del Dr. H. Rotondo al Dr. Gastón Pons Muzzo, Rector de la UNMSM, solicitándole se designe al Dr. A. Mendoza Coordinador del Convenio.
22. Certificado de los responsables de la formación del Dr. A. Mendoza en terapia familiar sistémica de la UCL sobre el ciclo del año académico 1981-1982. 22.06.1982.
23. Certificado de la Responsable de la formación en terapia familiar, psicóloga E. Tilmans, sobre el año académico 1982-1983. 11.08.83
24. Certificación, firmada por L. Cassiers, J. Y. Hayez y X. Renders el 18 de noviembre de 1983, del stage efectuado integrado al equipo de terapia familiar. entre el 1° de noviembre de 1981 y el 31 de setiembre de 1983.
25. Modalités de réalisation du projet, elaborado por los Drs. J. Serrano y A. Mendoza sobre los rubros formación de personal, material y cronograma de actividades.
26. Certificación, firmada por el Dr. Willy Passini, Jefe de la Unidad de Ginecología Psicosomática y de Sexología, y Prof. Asociado del Dpto. de Psiquiatría de la U. de Ginebra, sobre el breve stage del Dr. Mendoza en su Servicio. 1° de diciembre de 1996.
27. Informe sobre el Convenio UNMSM-UCL. Sin fecha. Probablemente mayo 1987. En él se da cuenta de la visita, en 1986 (“el pasado año”) de J. Y. Hayez, y se anuncia la llegada de la psicóloga E. Tilmans para dictar el curso de terapia familiar.
28. Solicitud al Decano de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Dr. José Piscocoy, para que se otorgue al Dr. J. Y. Heyez el título de Prof. Visitante de la UNMSM, el mismo que fue concedido. 09.12.1996.
29. Rapport d’ activités de la psicóloga Edith Tilmans-Ostym, Responsable de la formación en la aproximación sistémica y en terapia familiar del Centre de Guidance – Clos Chapelle aux Champs, UCL. Fecha: julio 1987.
30. Comunicación, del 19.07.1989, dirigida al Dr. José Alva, Coordinador del Dpto. de Psiquiatría de la UNMSM, informándole de la venida del Prof. L. Cassiers, adjuntándole el programa preliminar de las actividades a realizar entre el 31 de julio y el 10 de agosto de dicho año, y solicitándole inicie las gestiones para la renovación del convenio.
31. Currículum Vitae del Prof. L. Cassiers.
32. Convenio de Cooperación entre la UCL y la UNMSM. Acuerdo en principio, para renovar el convenio. Lo suscriben el 10 de agosto de 1989, L. Cassiers y J. Alva.
33. Carta del Dr. L. Cassiers al Dr. J. Alva, de fecha 05 de octubre de 1989, reconociendo el valor del convenio y proponiendo el procedimiento para su renovación.
34. Carta del 12 de octubre de 1989, de J Serrano, J. Y. Hayez y E. Tilmans, remarcando que el convenio a renovarse debe hacerse en el marco de la Red Belgo Latinoamericana de Salud Mental (REBLASAM).
35. Carta del 21 de marzo de 1990, del Dr. J. Alva al Dr. L. Cassiers, informándole que la renovación del convenio está en trámite, y encargando al Dr. A. Mendoza la coordinación del nuevo plan de actividades.
36. Resolución Rectoral N° 101281, del 08 de noviembre de 1990, por el cual se resuelve aprobar y poner en vigencia, a partir de su suscripción, la renovación del Convenio de Cooperación entre la UCL y la UNMSM. Firma: E. Gómez Peralta, Secretario General y W. Reátegui Chávez, Rector de la UNMSM.
37. Convention Générale entre la UCL (Belgique) y la UNMSM (Perou). Se trata de un Acuerdo Marco (Art. 3), que requiere de acuerdos específicos. Duración: cinco años desde su suscripción. Firman: Prof. Macq, Rector de la UCL en L.L.N. el 27.05.91, y el Prof. Wilson Reátegui Ch., Rector de la UNMSM, en Lima, el 06.09.91.
38. Convention de Cooperation. Texto, en francés, del Convenio, en el cuadro de REBLASAM, que precisa los objetivos y las modalidades de financiamiento. Lo suscriben, en Lovaina La Nueva, el 04.06.1991 el Prof. L. Cassiers, Decano de la Facultad de Medicina y el Prof. D. Macq, Rector de la UCL y en Lima el 06.09.91, el Prof. F. Rose Gross, por el Dpto. de Psiquiatría de la UNMSM y el Prof. Wilson Reátegui, Rector. Nota: Se adjunta traducción del texto.

39. Texto de REBLASAM, Red Belgo Latinoamericana de Salud Mental. Documento que lleva la adhesión del Hospital H. Valdizán, sede docente de la UNMSM.
40. Informe sobre el Convenio, elaborado en 1989, que se adjuntó a la carta al Dr J. Alva para sustentar la renovación del Convenio.
41. Mendoza A., Galindo J., Rodríguez L., Osso L., Alfaro I., Murgado M., Mormontoy W. Perfil estructural sistémico familiar en el Hospital Hermilio Valdizán. Anales de la Facultad de Medicina. Vol 57. N° 2. 1996.
42. Mendoza A., Galindo J., Rodríguez L., Osso L. Alfaro I., Mormontoy W. Perfil estructural sistémico de las familias con pacientes nuevos atendidos en el hospital Hermilio Valdizán y su correlación con el diagnóstico psiquiátrico. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán. Vol. II N° 1 y 2. Lima – Perú. 2001.
43. Galindo J., Alfaro J., Osso L., Mormontoy W., Rodríguez L. Vulnerabilidad familiar al consumo de drogas en familias adolescentes. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán. Vol. V N° 1. Lima – Perú. 2004.
44. Mendoza A. Trastornos Psicosexuales. En: Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Editores: Perales A., Zambrano M., Vásquez-Caicedo G. UNMSM. Lima – Perú. 1991.
45. Mendoza A. El mundo familiar de los jóvenes en el Perú de hoy. Ed. CEDRO. Lima – Perú. 1993.
46. Salud Mental, Infancia y Familia. Dughi P., Macher E., Mendoza A., Núñez Ch. C. Salud Mental, Infancia y Familia. Ed. UNICEF/IEP. Lima – Perú. 1995.
47. Mendoza A. Guía Metodológica para la intervención preventiva con familias. Ed. DEVIDA (Comisión Nacional para Desarrollo y Vida sin Drogas). Lima – Perú. 2004.
48. Mendoza A. Trastornos Sexuales. En: Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Cap. 18. Editores: Perales A., Zambrano M., Vásquez Caicedo G. UNMSM. Lima – Perú. 2008.
49. Mendoza A. Psiquiatría y Familia. En: Compendio de Psiquiatría. Cap. 30. Editores: Perales A. Zambrano M., Mendoza A., Vásquez Caicedo G. UNMSM. Lima-Perú. 2008



José Li Ning Anticona (1942 – 2023)

Alfonso Mendoza-Fernández^{1,2}

¹Ex profesor principal del Departamento de Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

²Expresidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana



Algunas notas biográficas

Hace unos años la renombrada poeta Rosina Valcárcel, gran amiga de José Li Ning, le hizo una entrevista, la misma que, junto a otras, se publicó el año 2006 (1). De ese artículo extraemos algunas notas biográficas que me parecen relevantes para el propósito de esta presentación.

José Li Ning nace en Trujillo el 26 de noviembre de 1942, de padre chino, originario de Cantón y madre peruana. Estudia primaria en Paiján y secundaria en la GUE José Faustino Sánchez Carrión. Desde su etapa escolar se siente atraído por el dibujo y la pintura. Estudia medicina en la Universidad de Trujillo entre 1961 y 1970, al mismo tiempo que aprende pintura con el maestro Pedro Azabache en la Escuela Regional de Bellas Artes de la cual egresa el año 1967. Obtiene importantes lauros en Trujillo: 1er premio en el I Concurso Pintores Jóvenes, año 1964; Alta distinción en el II Concurso de Pintores Jóvenes, año 1965; y 2° premio en la Exposición Nacional de Pintura del Club de Leones ese mismo año.

Siendo aún adolescente emprende un viaje a Lima acompañando a su padre, que era un pequeño comerciante, alojándose en un hotel enclavado en el barrio chino, desde donde observa, asombrado, la vorágine de la vida capitalina captando imágenes que retendrá en su memoria, y que despertarán en su inquieto espíritu el deseo de viajar y conocer otras culturas.

Al culminar sus estudios de medicina en Trujillo ingresa al Programa de Segunda Especialización de la UNMSM el año 1971, recibéndose como psiquiatra tres años después, luego de una formación con el Prof. Humberto Rotondo, en el Hospital Hermilio Valdizán.

Entre 1980 y 1985, gracias a una beca otorgada por el gobierno belga, realiza estudios de posgrado en el Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas de la Universidad Católica de Lovaina (La Nueva), al mismo tiempo que sigue la formación en Terapia Familiar Sistémica, en la ASBL (Asociación sin fines de lucro) Chapele-aux-Champs, de la misma UCL. El año 1983 realizó una pasantía en el Instituto de Psiquiatría de Londres, y en 1984, en el Dpto. de Neurofisiología del Hospital St. Luc, en Bruselas. Años después efectuó pasantías en instituciones psiquiátricas en Munich (1994) y Tokyo (1999).

Como el propio Li Ning (2) anota, su tesis de posgrado, titulada *“La percepción visual en relación con la diferenciación sexual”*, dirigida por la profesora Nicole Schepens, y que fuera aprobada con la más alta distinción, ilustraba datos neurofisiológicos con casos pictóricos. Cito: “los maestros de la pintura universal basan sus recursos expresivos en las posibilidades y limitaciones perceptivas visuales, mientras que los neurofisiólogos revelan la base biológica de esas aplicaciones intuitivas: arte y ciencia llegan a certidumbres semejantes por diferentes vías”.

A su retorno al Perú, hacia 1986, junto a sus compañeros de lo que denomina su “ruta belga”, Alfonso Mendoza y Carlos Núñez Chávez, funda FASIS, Grupo de Formación, Asistencia e Investigación en Terapia Familiar Sistémica, institución orientada a promover la formación en terapia familiar y las intervenciones centradas en la familia, vía real para la práctica de una psiquiatría de inspiración social y comunitaria.

Su admiración por las expresiones de la sexualidad a través del arte de las culturas que poblaron el antiguo Perú, lo condujeron a investigar un aspecto singular de la cerámica mochica que es, entre todas, la que mayor perfección alcanzó. Fruto de ello fue *“El gollete estribo de la cerámica precolombina peruana. Interpretación estética”*, que San Marcos publicó el año 2000. Acerca de esta investigación Rosina Valcárcel, ya citada, nos recuerda que el insigne historiador Pablo Macera, quien prologó la obra, escribió: “Li Ning privilegia el análisis del gollete estribo como recurso estético, simbólico, básico en la totalidad y diversidad de la cultura andina. El gollete es una producción cultural muy complicada por su interjuego de formas, volúmenes y funciones”.

Además de su Maestría en Ciencias Familiares y Sexológicas, José Li Ning fue Doctor en Medicina (2017) y Doctor en Historia del Arte (2018) por la Universidad de San Marcos, y ejerció la docencia, tanto en el pre como en el posgrado en San Marcos y en la Universidad Federico Villareal. Su tesis de doctorado en Historia del Arte, titulada *“El desnudo en el arte mochica”*, verá pronto la luz, en una edición que prepara el Congreso de la República.

En el ámbito asistencial Li Ning realizó su actividad profesional en el Dpto. de Salud Mental del Hospital Edgardo Rebagliati, cuya jefatura ejerció hacia el final de su carrera durante diez años, retirándose en diciembre de 2006.

En el campo institucional, José Li Ning es el psiquiatra que participó como miembro de la Asociación Psiquiátrica Peruana más que ningún otro a lo largo de la historia de la misma. El año 1979 aparece acompañando al Dr. Carlos Carbajal Faura como director de Prensa y Biblioteca, y luego durante las gestiones de Alfonso Mendoza, Rafael Navarro y Elard Sánchez, entre otros, hasta que, como justo reconocimiento a su permanente entrega al servicio de la Asociación, fue elegido como su presidente para el periodo 2021-2023, ejercicio que tuvo que interrumpir a los pocos meses de asumido el cargo a causa de la enfermedad que finalmente lo condujo a la muerte.

Principales publicaciones en el dominio de la psiquiatría

El año 1990 Li Ning presenta en el XI Congreso Nacional de Psiquiatría, dos trabajos. El primero, titulado *“Ciencia, educación sexual y comunidad”* (3), en el cual reflexiona sobre cómo los hallazgos de la scientia sexualis, haciendo suya la expresión de Foucault M., y que prevalecen en el mundo moderno, pueden articularse con el arte de lo erótico (ars erótica), es decir con las actitudes y las formas culturales de expresar la sexualidad de cada sociedad, planteando la conveniencia de evitar la introducción indiscriminada y rígida de las verdades científicas, que podrían generar angustia y rechazo, recomendando más bien una progresión hacia el cambio precedido por un conocimiento previo de las concepciones y prácticas sexuales, asumiendo una actitud de tolerancia y respeto de los valores y creencias culturales propias de la comunidad.

El segundo trabajo, titulado *“La redefinición de las crisis de pánico como estrategia inicial en su tratamiento”* (4), postula rotular las “crisis de pánico” como “crisis de miedo” o “susto”, con el propósito de eliminar la angustia secundaria –“el miedo al miedo”–, que tiende a perpetuar las reacciones de pánico. Este procedimiento, a juicio de Li Ning facilitaría la aceptación por parte del paciente de los cursos de acción terapéuticos indicados en estos casos.

Volviendo los ojos a sus ancestros paternos, el año 2016 Li Ning publica los resultados de su investigación sobre la salud mental y los trastornos psiquiátricos de los inmigrantes chinos que fueron traídos al Perú en el curso del siglo XIX, trabajo que se publicó en dos partes en los Anales de la Facultad de Medicina de San Fernando.

En la primera parte (5), Li Ning se ocupa de los inmigrantes chinos internados en el denominado Manicomio del Cercado de Lima entre 1879 y 1902. Li Ning explica que entre 1849 y 1874 llegaron al Perú cerca de cien mil trabajadores chinos, fundamentalmente para laborar en las grandes haciendas de nuestra costa y en las islas guaneras, a fin de suplir la escasez de mano de obra provocada por la progresiva liberación de los esclavos negros africanos. Muchos de estos inmigrantes habían sido reclutados a la fuerza y trabajaron en condiciones infrahumanas.

Li Ning refiere que, entre 1879 y 1902, estuvieron internados 58 culíes, todos varones, predominantemente solteros y mayores de 40 años. El 57% de los diagnósticos fue de psicosis tóxica, asociada principalmente a opio, 47%; y a consumo de alcohol y coca el 10% restante. Los otros diagnósticos podrían ser equivalentes a esquizofrenia, demencia y trastornos del humor.

La segunda parte (6) trata acerca de las condiciones de vida y salud mental de los inmigrantes chinos entre 1865 y 1900. En resumen, Li Ning informa que los reportes estudiados permiten delinear perturbaciones emocionales y de conducta relacionados con niveles elevadísimos de estrés: reclutamiento traumático; larga e insalubre travesía marítima; alejamiento de la familia y trabajo en condiciones de semiesclavitud y encierro en galpones. Ello explica la presencia de estados asteniformes, somatógenos, depresivos e hipocondríacos, así como prácticas homosexuales y enfermedades de transmisión sexual, incluida la sífilis; un elevado consumo de opio, que progresivamente fue remplazado por alcohol y coca; actitudes de desesperanza, resistencia y rebeldía que condujeron a suicidios y homicidios, así como a rebeliones grupales y a colaboracionismo con el invasor durante la guerra con Chile.

Obras recientes

El año 2014 Li Ning publica *“Cosas de Familia. Metáfora de la identidad en la familia de José Watanabe”* (7). Este trabajo, que dedica a su propia familia, se inicia con un prólogo encomiástico de Marco Martos, el mayor poeta viviente del Perú contemporáneo y expresidente de la Academia Peruana de la Lengua. En *Cosas de Familia*, Li Ning nos ofrece una excepcional pintura del mundo familiar de su amigo José Watanabe, que nos permite ahondar en la comprensión de la vida y obra de uno de los más importantes poetas peruanos y latinoamericanos de los años setenta.

Con Max Hernández me cupo el honor de presentar dicha obra en la Feria Nacional del Libro Ricardo Palma, en Miraflores, el 26 de noviembre del año 2014, presentación que fue luego publicada por el Colectivo Macondo (8). Por ello me permitiré extraer parte de lo ahí expuesto: José Li Ning intenta desentrañar el misterio de la creación poética de Watanabe a partir del conocimiento de la familia de su amigo tal como este la describe metafóricamente en sus poemas, ensayando de descifrar los vínculos entre la familia real y la familia poética, empleando como instrumentos de análisis aquellos provenientes principalmente, aunque no exclusivamente, de la teoría de sistemas y del modelo cibernético. Para ello Li Ning no solo estudió cuidadosamente toda la obra poética de Watanabe sino todo lo que se hubiera escrito sobre ella, y entrevistó a familiares y amigos cercanos al poeta.

Es ilustrativo el paralelismo que se puede establecer entre José Watanabe y José Li Ning. Ambos vieron la luz en La Libertad, departamento norteño que destaca por la riqueza de restos arquitectónicos y sus soberbias expresiones artísticas en orfebrería, cerámica y decoración mural. Cual portadores de ese legado histórico, enriquecido por la tradición cultural venida del Asia, los dos jóvenes se encuentran en la Escuela de Bellas Artes de Trujillo, donde impartía docencia el maestro Azabache. Es ahí también donde sus caminos se bifurcan. Li Ning, quien había sido ya laureado por sus obras pictóricas, opta finalmente por la medicina, mientras que Watanabe, quien a su vez había conocido ya los halagos de la fama en los Juegos Florales organizados por la Universidad de Trujillo, opta por seguir los estudios de arquitectura, que más tarde abandonaría.

Los poemas *“Chagall”* y *“Acerca de la Libertad”*, del poemario *“Álbum de Familia”* de Watanabe, revelan la lucha interna del poeta por definirse entre dos universos posibles, el artístico o el científico. Lo mismo puede decirse de Li Ning, quien se decanta por la ciencia, cultivando la psiquiatría, especialidad médica que se sitúa como una bisagra entre las ciencias naturales y las ciencias humanas, las mismas que, como sus investigaciones demuestran, supo articular a lo largo de su trayectoria profesional. Esta aspiración es también aquella

que animó a intelectuales de la talla de Ilya Prigogine, Premio Nobel de Química 1977, a quien tuvimos la suerte de escuchar en un Congreso de Terapia Familiar en Bruselas el año 1981, y del filósofo de la ciencia Karl Popper (9), para quien “Junto a la música y el arte, la ciencia es el más hermoso e iluminador logro del espíritu humano”.

Pero, volvamos a “*Cosas de Familia*”. Li Ning no solo utiliza los conceptos de la teoría de sistemas y de la cibernética. En realidad, se nutre de modos de entender la naturaleza humana que proceden de otras vertientes del saber, tales como la psicología, el psicoanálisis, la antropología, la sociología, la lingüística, la crítica literaria, la pintura y la escultura, entre otras. De la terapia familiar incorpora conceptos básicos como el de las crisis del ciclo vital, los axiomas de la comunicación humana, la connotación positiva, la causalidad circular, las paradojas y las metáforas, que aplica creativamente para enriquecer nuestra visión de la poética de Watanabe.

Li Ning profundiza en el análisis de los mitos familiares, que se revelan como las claves secretas que regulan los afectos y el modo singular cómo el poeta va construyendo la imagen de sí mismo y su visión del mundo.

Premunido de tales instrumentos conceptuales, que dan cuenta de su formación humanista y de su sensibilidad artística, Li Ning se introduce -y nos introduce-, combinando cual experto terapeuta las operaciones objetivantes y las empáticas, en el abordaje del mundo familiar de Watanabe, con la intención de que nos asomemos, aun cuando sea fugazmente, a la comprensión del ser de Watanabe, explorando aquellos pliegues de su mundo interno que tal vez el propio poeta ignoraba. En esta tarea Li Ning se muestra como un artífice de la metáfora pues, como bien subraya su mentora en terapia familiar, Edith Tilmans, él no solo interpreta las metáforas de la obra poética de su amigo, en realidad las recrea y así descubrimos aspectos que iluminan y potencian lo que el poeta quiso transmitirnos, haciéndonos de ese modo participantes activos, co-creadores de nuevas visiones y metáforas poéticas que no solo incrementan nuestro conocimiento del poeta y su obra, sino de nosotros mismos, en una experiencia de auténtica comunicación interhumana.

El año 2021 José Li Ning publica, gracias al apoyo de la Asociación Peruano Japonesa, “*Síntomas y Metáforas. La poética de José Watanabe desde la psicología médica*” (9), obra basada en su tesis de doctorado en medicina por la Universidad de San Marcos, investigación titulada “*La experiencia de la enfermedad: Fenomenología en la poética de José Watanabe Varas*”. La obra está dedicada al Dr. Humberto Rotondo, a sus profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo y a los estudiantes de medicina.

Además de esta publicación hay otra en perspectiva, en co-autoría con Elsa Tapia, su esposa y principal inspiradora, quien junto a sus hijos María Luisa y José Francisco constituyeron su más preciado apoyo. Se trata de una investigación sobre “*Los chinos y los cuentos chinos en la obra literaria de Abraham Valdelomar*”. También es oportuno decir que José Li Ning es uno de los colaboradores del Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo (10), y autor del magnífico retrato del Prof. Rotondo que ilustra la portada del libro, el mismo que, en su 3a edición, del año 2021, obtuvo la Distinción Honrosa en el Área de Medicina, en el concurso “Premio Hipólito Unanue” a la mejor edición científica sobre ciencias de la salud 2022, organizado por la Fundación Instituto Hipólito Unanue.

Pero, retornemos a “*Síntomas y Metáforas*”. Una vez más tuve el privilegio de que José Li Ning me solicitara hacer la presentación de su libro, lo que me otorga la licencia de citar algunos párrafos de la misma:

José Li Ning, consciente de la crisis de la medicina contemporánea y de la necesidad de reflexionar sobre el sentido de la práctica médica, nos ofrece los frutos de su investigación orientada justamente al mejor cuidado de la persona humana en trance de enfermedad, y a recuperar el valor de la palabra como un medio para establecer y resaltar la naturaleza y la importancia del diálogo transubjetivo, que se halla en el corazón mismo de la relación médico-paciente. Li Ning confía en que, a través de ese diálogo, se vaya delineando una narrativa que permita acceder al mundo personal y socialmente vivido del enfermo. y sin cuya comprensión sería tal vez imposible un adecuado afronte terapéutico, el cual no puede reducirse solo a su dimensión científico-técnica.

En nuestro medio la preocupación por el ser del paciente y el reconocimiento del valor de la persona humana se tradujo en una propuesta -planteada por Hermilio Valdizán y Honorio Delgado el año 1918- de introducir en la formación médica el conocimiento de los aspectos psicosociales y culturales del paciente, pero fue recién el año 1949 que ese anhelo pudo hacerse realidad, al instituirse el curso de psicología médica en la Facultad de Medicina de San Fernando, asignatura de la que se hizo cargo el profesor Rotondo. Aquí es justo

decir que, años más tarde, superada la crisis que viviera San Fernando el año 1961 a raíz del restablecimiento del cogobierno estudiantil, C. A. Seguin retomó y fortaleció esa línea de acción, que se inscribe en la mejor tradición de la psiquiatría peruana, a través de la experiencia de los grupos formativos.

Para cumplir mejor su cometido José Li Ning adopta el método hermenéutico, propio de la medicina narrativa, y toma como objeto de estudio las vivencias elaboradas poéticamente por Watanabe, contenidas en un conjunto de sesenta poemas referidos a la enfermedad, la muerte y la medicina. Y al hacerlo nos revela no solo su profundo conocimiento del corpus poético de Watanabe sino también su talento para interpretar los textos -función principal de la hermenéutica- y su destreza para guiarnos en una travesía que nos introduce en la complejidad de la experiencia humana de la enfermedad.

“Síntomas y Metáforas” constituye -y esta apreciación es extensiva a todo el quehacer profesional de José Li Ning- una obra maestra, que enhebra ciencia y arte, que enriquece nuestra percepción de la mente humana y que nos incita a no olvidar jamás el sentido profundo de la profesión médica; su carácter de disciplina esencialmente humanista puesta al servicio de la vida y la salud de la persona humana.

07 de septiembre de 2023

Referencias

1. Valcárcel R. José Li Ning Anticona. El deslumbramiento ante la naturaleza humana. En: Valcárcel R. Aprendiz de m-a-g-a. 1a ed.: Lima. Edit. Horizonte; 2006. p. 238-40.
2. Li Ning J. Cosas de Familia. Metáfora de la identidad en la poesía de José Watanabe. 1a ed.: Lima. Murrup edic; 2014. p. 17-8.
3. Li Ning J. Ciencia, educación sexual y comunidad. En: Mendoza A, Bojórquez E, Li Ning J, editores. Anales del XI Congreso Nacional de Psiquiatría, APP: Lima; 1990. p. 164-65.
4. Li Ning J. La redefinición de las crisis de pánico como estrategia inicial en su tratamiento. En: Mendoza A, Bojórquez E, Li Ning J, editores. Anales del XI Congreso Nacional de Psiquiatría, APP. Lima; 1990. p. 314-19.
5. Li Ning J. Desórdenes psiquiátricos de los inmigrantes chinos del siglo XIX. Primera parte: Inmigrantes chinos en el Manicomio del Cercado de Lima entre 1879 y 1902. An Fac med. 2016; 77 (3): 269-79.
6. Li Ning J. Desórdenes psiquiátricos de los inmigrantes chinos del siglo XIX. Segunda parte: Condiciones de vida y salud mental de los inmigrantes chinos entre 1865 y 1900. An Fac med. 2016; 77 (4): 409-15.
7. Li Ning J. Síntomas y Metáforas. La poética de José Watanabe desde la psicología médica. 1a ed.: Lima. Fondo Editorial Asociación Peruano Japonesa; 2021.
8. Mendoza A. Acerca de Cosas de Familia. En: Esta fugacidad: Todo mi reino. 1a ed.: Lima. Colectivo Macondo, Edit. Horizonte; 2016. p. 105.11.
9. Popper K, Un mundo de propensiones: dos nuevas concepciones de la causalidad. En: Un mundo de propensiones. 2ª ed.: Edit. Tecnos, 1990. p. 13-54.
10. Perales A, Mendoza A. Vásquez G, Rivera F, Bojórquez E. (Editores). Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. 3ª ed.: Lima: 2021

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

De la revista

La Revista Peruana de Psiquiatría es el órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica Peruana. Su 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.

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.

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, comentarios de libros y publicaciones. En cada caso el manuscrito debe ser inédito y cumplir con las normas éticas del Código Nacional de Integridad Científica del CONCYTEC.
<https://portal.concytec.gob.pe/images/publicaciones/Codigo-integridad-cientifica.pdf>
- 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), su profesión (es) y dirección electrónica. Además, se debe señalar fuente de financiamiento, declaración de intereses y seguir las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) para la presentación de manuscritos.
<https://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>
- 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 60 días de la fecha de recibo.
- Los trabajos que sean aceptados para su publicación pasaran 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