

LA CRONICIDAD EN PSIQUIATRIA Y LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL PERU

Javier Mariátegui*

Profesor Titular

Universidad Particular Cayetano Heredia

I

La enfermedad mental en general, principalmente la que perdura y es de curso crónico, entraña una connotación ominosa, un estigma que acompaña a la humanidad a lo largo de su desarrollo. En tiempos históricos específicos el estigma de la cronicidad psiquiátrica se acusa, se incrementa, resulta más notorio. Lo fue en la época clásica europea que estudió Foucault en su *Historia de la locura en la época clásica*¹, rastreada desde el Medioevo. Lo es también en nuestro tiempo, suscitando temores y desvelando tabúes. Una alegoría general de la locura es el *Elogio* de la misma que escribió Erasmo de Rotterdam, sin imaginar que ese texto breve, escrito como pasatiempo en Londres, en circunstancia en que disfrutaba de la hospitalidad de su amigo Tomás Moro, sería la obra más recordada de las tantas que brotaron de su pluma². El *Elogio de la locura* es sin duda la más conocida aunque la menos leída de la producción erasmiana, y si leída, es la menos comprendida en su esencia o en su metalenguaje puesto que era y es una fina crítica social, durísima en su alcance, expresada por quien, al declararse loco o estulto, se sentía libre de la sanción o la punición del poder instituido. Pero no es la locura poética de Platón la cargada de valencias negativas, tampoco lo son las pinturas de Hieronymus Bosch (Bosco),

Las distintas connotaciones que a través del tiempo se ha dado a la expresión «enfermo mental», las más de las veces peyorativas, sirven al autor de punto de partida para un análisis psiquiátrico y sociológico de quienes presentan este cuadro en nuestro medio, desde el Imperio Incaico hasta hoy. Justamente, la evaluación de las distintas soluciones que la sociedad ha dado a través de sus instituciones es materia de cuestionamientos y propuestas para asegurar el restablecimiento y el respeto a la dignidad de los pacientes.

* El Doctor Mariátegui es también Profesor Emérito de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Peruana de la Lengua.

¹ FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1967.

² ERASMO, Desiderio. *Encomium morie*. Casa Editorial Froben, Basilea, 1515. (Edición en español de RODRIGUEZ SANTIDRAN, Pedro. Alianza Editorial, Madrid, 1984).

de alguna manera enlazadas a las pinturas surrealistas de Dalí, con una mezcla de belleza y amenaza, de realidad e irrealidad, de lucidez y ensueño, de vida y muerte. La locura estigmatizada es la condición psicótica que reúne los criterios diagnósticos universalmente admitidos.

El estigma, como recuerda Goffman, fue término creado por los griegos para «referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el *status* moral de quien los presentaba»³. Con el advenimiento del Cristianismo se agregaron al estigma otros significados metafóricos. En todo caso, lo estigmatizado es algo malo o vergonzoso que para no ponerlo en evidencia se oculta, se sustrae de las miradas y el juicio de los demás.

Durante una larga época de la historia peruana, en el virreinato y en las primeras décadas de la república, al fondo de las casas existía alguna covacha para albergar al «tonto de la familia» o al enfermo mental escondido en lo más oscuro del espacio doméstico. Leyendas recogidas por las sápidas tradiciones de Ricardo Palma y otros escritores del género costumbrista, nos ponen en presencia de un ser abominado, generalmente desnudo, sin cuidado alguno de su persona, alimentado con los restos de comida «de la mesa», a veces amarrado con una soga o alguna estructura resistente. Desde el siglo XVI hasta mediados del XIX la situación del enfermo mental grave sólo tenía esta ubicación recoleta dentro de la casa o en las sórdidas «loquerías» de los Hospitales de Santa Ana y de San Andrés. De ahí pasaron los pacientes mentales al Hospicio de Insanos, recién en 1859, donde tenían por lo menos la identidad de enfermo, algún estudio clínico, un lugar en la estadística. José Casimiro Ulloa, el fundador del Hospicio, trasladó el modelo que vio en París y quizá en otras ciudades europeas: la estructura asilar como tipo arquitectónico y como organización de la vida cotidiana de sus asistidos (principalmente la disposición «vertical» de la autoridad jerárquica en la estructura «piramidal» del asilo).

Clamaba Ulloa, de tanto en tanto, por ampliaciones y mejoras en su planta física o actualizaba la propuesta de un nuevo local construido *ex profeso* para albergar enfermos mentales considerados mayormente crónicos, de estancia prolongada o indefinida⁴.

Un grupo de pacientes con historia clínica y diagnóstico correspondiente a la época pasaron del Hospicio de Insanos al Hospital «Víctor Larco Herrera», entonces llamado Asilo Colonia de La Magdalena, en 1918. De no ser por el poder político de don Víctor Larco Herrera, representativo en su tiempo del poder económico de la burguesía agroindustrial, como lo hemos recordado en otro lugar⁵, la modernización de la asistencia psiquiátrica en nuestro país se habría quizá retardado aún más, a diferencia de lo que ocurría en otros países latinoamericanos. Con un reglamento modelo entonces, Hermilio Valdizán, primer director del nuevo asilo, pudo realizar su encomiable obra asistencial y de investigación⁶. En ese espacio institucional nació la enseñanza de la Psiquiatría a nivel universitario, la formación de personal especializado y la investigación clínica y terapéutica que hicieron del Perú el país líder de la modernización de la asistencia y de los avances en los tratamientos. Lima fue, hasta mediados de este siglo, en opinión de un eminente psiquiatra español, «la capital psiquiátrica de América Latina», como en su tiempo -guardando las distancias y proporciones-, lo fue Viena en la Europa de Freud y de Wagner von Jauregg⁷.

El movimiento llamado «antipsiquiatría», surgido en Europa a fines de los años sesenta y durante la década del setenta, principalmente en Inglaterra e Italia, logró uno de sus objetivos: el examen crítico y la descalificación de la institución manicomial tradicional como el centro idóneo para la recuperación de los pacientes, desde que funciona en el plano social como «institución perversa». Uno de sus líderes ideológicos, Thomas Szasz, llegó a las más extremas violencias verbales llamando a la psiquiatría «calumniador con licencia» y a

3 GOFFMAN, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

4 MARIATEGUI, Javier. "Ulloa y la psiquiatría de su tiempo". En: *Suplemento Dominical de El Comercio*. Lima, 15 de septiembre de 1991. pp. 18-19.

5 MARIATEGUI, Javier. "Larco Herrera y la asistencia psiquiátrica". En: *Escritos (Revista de Psicología)*, Año IV, N° 7. Lima, 1988. pp. 20-23.

6 MARIATEGUI, Javier. *Hermilio Valdizán. El proyecto de una psiquiatría peruana*. Minerva, Lima, 1980.

7 DELGADO, Honorio. "Viena, capital psiquiátrica". En: *Mundial*. Lima, 25 de noviembre de 1927. pp. 9-12 (Tomada de DELGADO, Honorio. *Freud y el psicoanálisis. Escritos y testimonio*. Fondo Editorial de la Universidad Cayetano Heredia, Lima, 1989).

la nosografía de la especialidad «un diccionario de difamaciones disimuladas como diagnósticos»⁸. Italia es el país europeo en que tomó fuerza la idea de Franco Basaglia sobre la «institución negada» y que decretó e hizo real la clausura de sus manicomios⁹. Como quiera que no se planeó en todas sus secuencias la clausura institucional, con los elementos periféricos para la continuidad de la terapéutica en la comunidad y el seguimiento farmacológico de los necesitados de este manejo, Italia hoy es el escenario del diario peregrinar de sus enfermos crónicos, a la manera de los vagabundos o los «sin techo» en la expresión anglosajona (*homeless*), creando malestar entre los transeúntes o los medrosos, sobre el común de las gentes que aún tiene temores vagos sobre las enfermedades mentales, en un medio urbano ya cargado con otros ingredientes de violencia manifiesta¹⁰.

El *American Journal of Psychotherapy*, en el número de octubre de 1991, publicó un editorial titulado «El último estigma de las enfermedades mentales», después de recordar que los psicoterapeutas olvidamos con frecuencia el significado de estigma o lo ligamos al pasado, y erramos en darnos cuenta que para el público en general los desórdenes psiquiátricos están socialmente estigmatizados y la «marca» social de ellos sólo es comparable al desatado en los últimos años por el SIDA¹¹. «En estos tiempos de nuestra historia -escribe Paul V. Trad-, el estigma de la enfermedad mental ha devenido inescapable. Esto ocurre porque en los últimos veinte años los pacientes están fuera de sus instalaciones, casi siempre sin haberse tomado las previsiones para su manejo como pacientes ambulatorios». Por ello los pacientes deambulan por las calles. «Carentes de medicación y de otros recursos que los hagan capaces de funcionar de una manera viable y entendible,

muchos de ellos vagan errantes como espectros, creando una nueva vergüenza para la sociedad»¹².

Toda una larga marcha para desestigmatizar a los enfermos mentales, sustentada en los modernos recursos científicos y tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento que caracteriza a la Psiquiatría contemporánea, ha permitido la emergencia de un paradigma llamado «intrapsiquiatría», en sustitución de la «antipsiquiatría», por el énfasis puesto en el acceso respetuoso al interior privado del paciente, a su vida familiar y al entorno de la vida comunitaria. Nuevas modalidades de asistencia se han puesto en práctica para proporcionar un sistema de soporte exterior que en materia terapéutica es la alternativa válida opuesta a las viejas funciones del hospital psiquiátrico.

En el Antiguo Perú, la característica del estilo de vida permitió la existencia de una «tolerancia social»¹³ que evitaba «el sufrimiento psíquico, que nace cuando la separación entre la naturaleza y la cultura es muy grande» (H. Ey), y que permite la emergencia de «la enfermedad mental»¹⁴. No había entonces, parafraseando a Henri Ey, la oposición entre el «momento de la locura y la locura de la existencia». Por ello no sorprende los escasos datos acerca de los desórdenes mentales crónicos registrados por los cronistas¹⁵. El padre Calancha, que inaugura entre nosotros la crónica dominica erudita, dice taxativamente que en el Perú Antiguo no existían los desórdenes mentales. Los otros cronistas, cuando tocan periféricamente el cuadro de la psicosis, dan cuenta de una sociedad solidaria en la cual los trastornos mentales eran absorbidos por la comunidad (sociedades «antropofágicas» en el sentido de Claude Levi-Strauss, que asimilan sus productos culturales, a diferencia de las «antropoémicas», que las evitan o las

⁸ SZASZ, Thomas. *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu Ediciones, Buenos Aires, 1964.

⁹ BASAGLIA, Franco. *La institución negada*. Bardal, Barcelona, 1960.

¹⁰ ARANA, José. "Observaciones preliminares acerca de la depresión en el paciente mental sin techo". En: *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 51. 1988. pp.160-170.

¹¹ TRAD, Paul V. "The ultimate stigma of the mental illness"(Editorial). En: *American Journal of Psychotherapy*, 45. 1991. pp.463-466.

¹² *Ibidem*

¹³ VALDIZAN, Hermilio. "La alienación mental en la raza india". En: *Anales de la Facultad de Medicina*, 7. Lima, 1925. pp. 145-163. (Tomado de VALDIZAN, Hermilio. *Paleopsiquiatría del Antiguo Perú*. Introducción, compilación y notas de Javier Mariátegui. Fondo Editorial de la Universidad Cayetano Heredia, Lima, 1990).

¹⁴ EY, Henri. *En defensa de la psiquiatría*. Huemul, Buenos Aires, 1979.

¹⁵ VALDIZAN, Hermilio. "La alienación mental entre los primitivos peruanos". Tesis de doctorado. Lima, 1915. En: VALDIZAN, Hermilio. *Paleopsiquiatría del Antiguo Perú*. Op. cit.

arrojan fuera de su ámbito). Pero no era por cierto esa la situación real. Las culturas preincaicas parece que se desprendían de los nacidos malformados por métodos tan poco piadosos como los seguidos por los espartanos arrojando a los niños defectuosos desde la cima de Taigeto.

La cronicidad en psiquiatría ha cambiado en lo que concierne a sus aspectos clínicos, en concordancia con la evolución del pensamiento médico y antropológico. Algunas conductas son consecuencias de las organizaciones de asistencia, que agregan a la patología mental una patología institucional. La «desinstitucionalización» produce la desaparición de esa patología asociada. En nuestro medio, el antropólogo norteamericano William W. Stein¹⁶, al examinar el «coleccionismo» en el Hospital Víctor Larco Herrera a fines de la década del cincuenta, concuerda con las observaciones de Goffman en el sentido que esta conducta no es propiamente psicopatológica sino que revela la carencia de lugares privados en las «instituciones totalizadoras» (hospitales psiquiátricos, cárceles y otros centros de reclusión)¹⁷.

El enfermo mental crónico del tipo de «loco trágico» se observa cada vez menos. La cronicidad se encubre con otras conductas menos ostensibles. Por sus limitaciones pragmáticas para ganarse la vida, los pacientes mentales suelen confundirse como otros especímenes de la marginalidad social. Son parte de la población «pobre» que junta a desocupados y mendicantes con otras formas sociales que incluyen la conducta antisocial y la delincuencia. Y están relacionados a un sector de los vendedores «informales», que obtienen algún beneficio con la venta ambulatoria de toda una gama variada de objetos y alimentos, y muestran las más sorprendentes estrategias de sobrevivencia sólo explicables por los extremos límites a los que puede llegar la condición humana.

II

Los enfermos mentales están amparados por los derechos humanos en general y, en especial, por su condición de tales, con la atención que presta toda comunidad responsable a sus integrantes frágiles, que requieren un mayor apoyo, como es el caso también de los niños y los ancianos. Es tópico repetir que la calidad de un conjunto hu-

mano se mide por el trato que dispensa a sus niños, a sus ancianos y a sus enfermos mentales.

La ley positiva no hace sino seguir la ley natural en lo que se refiere a la protección de los pacientes psiquiátricos, en los fueros civil y penal. El Código Sanitario apunta no sólo a prevenir la enfermedad y cuidar el tratamiento de los enfermos sino al fomento de la salud mental. Es cada día más clara una definición positiva de la salud mental, entendida como bienestar integral y pleno disfrute de una calidad de existencia que no sólo satisfaga las necesidades fundamentales (salud, nutrición, educación, trabajo) sino las necesidades espirituales, propias de la naturaleza humana.

El vasto campo de la salud mental y el más estricto de la Psiquiatría parten del reconocimiento de estos derechos. Los enfermos tienen derecho de ser informados de sus padecimientos y deben otorgar las correspondientes licencias para la aplicación de los tratamientos. El estudio diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales corresponde al médico psiquiatra y son «actos médicos» las órdenes de internación y de alta. El Colegio Médico vigila el cumplimiento de estas responsabilidades por médicos con tal calificación, y previene contra la «intrusión» en tales actos por otros profesionales y por «curiosos» y charlatanes, tan frecuentes en todo el mundo. En los casos severos en que el cuadro mental no permite apelar al libre albedrío, existe una serie de formalidades que asume la familia próxima, constituida en «personero legal», hasta que la condición del paciente le permita colaborar de la manera más plena a la recuperación de su salud emocional y su equilibrio psicológico.

Los fundamentos de la ética médica y, en particular, de la ética en Psiquiatría, radican pues en una especial cautela de los derechos humanos, con énfasis en la autonomía personal, la «autodeterminación». Cuando el profesional debe intervenir al margen de ella, en circunstancias especiales por la índole de la enfermedad mental, debe mantener respeto del «principio de beneficencia», esto es, de hacer el bien de tal manera que el paciente, recuperada su salud, su conciencia de sí, tomaría voluntariamente la misma determinación. *Primum non nocere...* «ante todo no hacer daño», según un viejo precepto hipocrático.

¹⁶ STEIN, William W. "El hábito de coleccionismo en un hospital mental peruano". En: *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 54. 1991. pp. 40-46.

¹⁷ GOFFMAN, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970.

Este es uno de los más importantes criterios que norman la intervención del médico en general, y del psiquiatra en particular, en la práctica diaria, principalmente cuando se debe optar por una internación no voluntaria del paciente. Se trata de un principio absoluto, donde no se dan grados o márgenes de elección. En los países anglosajones, donde las normas son más rígidas, este principio es de estricta observancia. En los países latinos, más propensos a la moral protectora que a la fría bioética procesual, se agrega el paternalismo de amparo, tanto por parte del médico cuanto del entorno social, puesto que va desde la defensa del bienestar, de las necesidades y valores personales, hasta la interdicción temporal de la libertad individual consagrada por la ley, en beneficio del propio paciente y de quienes lo rodean.

En nuestro medio el «principio de beneficencia» es uniformemente acatado y sólo en condiciones muy especiales, del ámbito médico-legal, puede sospecharse maleficencia. El paternalismo, en general, es reforzado por una serie de valores culturales que consagra la capacidad de decisión en el médico. Y lo proyecta en las instituciones, desde que éstas representan el paternalismo a nivel social, con punto de partida en el principio general de beneficencia, que caracteriza la imagen personal e institucional del médico y de la Medicina en nuestro país, como lo es en toda comunidad organizada.

Por decisión de sus directivos, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), ha trasladado pacientes psiquiátricos crónicos, con el común denominador de la «larga permanencia» y, en algunos casos, el agregado de «abandono familiar», a Huariaca -Cerro de Pasco-, Chíncha y Cañete. Cualquier proposición que beneficie al enfermo mental debe ser alentada: pero no parece serlo los traslados sorpresivos de los pacientes a lugares distantes, sin consulta previa y sin autorización familiar. Es riesgoso romper los frágiles vínculos familiares, tan importantes en la rehabilitación de los pacientes crónicos.

Si se tratara de una nueva y racional modalidad de asistencia que más que cuidar las arcas del IPSS se disciplinara a los enfoques técnicos de la asistencia moderna, con jornada estructurada, talleres y fomento de la actividad física, «clínica de día» y «clínica de noche», la iniciativa sería pasible de discusión en los foros médicos. Una propuesta interesante fue, por ejemplo, el llamado «hospital invisible», puesto en marcha por el programa de psiquiatría comunitaria del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»: asistencia personal y familiar dentro del gru-

po de procedencia, con control periódico de psiquiatras y otros profesionales de la salud mental (psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, para sólo mencionar las más importantes), con el empleo de medicación de depósito que garantizaba la continuidad en la cura psicofarmacológica y permitía no sólo la convivencia del enfermo en el seno familiar sino su rápida inserción en el mundo del trabajo.

Los expertos de la Organización Mundial de la Salud han destacado cómo en los países en desarrollo la rehabilitación es más exitosa por «la naturaleza de las redes sociales y la más fácil aceptación de ciertos déficit» y la forma como operan otros factores, como «disponibilidad de funciones sociales constructivas y oportunidades de efectuar trabajos sencillos».

Hagamos del error por buena fe y, aún de la arbitrariedad, una creación enmendativa y duradera. ¿Por qué no se transforma Huariaca en un centro modelo de rehabilitación del enfermo mental que requiere mediana o larga permanencia, preferentemente del procedente del Ande? Si la instalación de «hotelería» es buena, si tiene la ventaja de estar anexo a un hospital general, empecemos por dotarlo de recursos humanos, técnicamente formados, que respondan a los criterios exigentes de la asistencia psiquiátrica de nuestros días. Y abiertos a la atención pública, en la región, como lo hace el Ministerio de Salud con los enfermos asegurados, que ocupan por tarifas reducidas buena parte de su capacidad instalada.

En la actualidad se evita la creación de grandes hospitales mentales y se fomenta la transformación de los existentes, reduciendo en primer lugar su capacidad. Es indudable que la rehabilitación de los pacientes de extracción campesina, o «rur-urbana» mayormente, se favorece devolviéndolos a su hábitat natural, los Andes: ahí tienen, como recordaba Carlos Gutiérrez-Noriega, «país, paisaje y paisanaje».

El Papa Juan Pablo II recientemente ha instado a respetar la dignidad del enfermo, a propósito de su última atención en un famoso hospital romano. El hombre que ingresa a un hospital «es una persona única en su singularidad»; considerado como número o caso clínico, «su dignidad humana resultaría enormemente humillada». «La experiencia de la enfermedad -agrega el Pontífice- contiene valores de enorme significado para nuestra existencia» y puede «reforzar y avivar la esperanza».

III

La relación entre clima y salud fue señalada desde los orígenes de la medicina. De conformidad con Hipócrates, el médico debía afinar su aptitud en el pronóstico del caso individual y para ello le era importante conocer del medio ambiente en que vivía, saber sobre «las aguas, los aires y los lugares»¹⁸. Y la influencia de un hombre sobre otro en los grupos humanos se aprecia a través del estudio de los factores sociales y culturales que dan a la salud y a la enfermedad características especiales en las diversas latitudes y en los distintos casos siempre desconocida, como los son las «tendencias históricas» en la salud y en la enfermedad.

Para algunos morbos de amplia difusión, como lo fue -y para países, como el nuestro, sigue siendo-, la tuberculosis, se puso especial énfasis en las condiciones climáticas. Sin tratamiento causal, etiológico, las medidas higiénico-dietéticas eran muy importantes (lo son todavía, pese a los avances de la medicina) y el clima «de montaña» era el paradigma. Los tísicos adinerados coparon las elegantes clínicas suizas, con la belleza y el encanto de los paisajes alpinos, mayormente si estaban situadas cerca del Mont Blanc. En su célebre novela *La montaña mágica*, Thomas Mann pinta los caracteres y las circunstancias de los enfermos alojados en un gran sanatorio tan costoso que hace que uno de sus personajes, un cuestionador ex-jesuita, viva en una pieza alquilada en la ciudadela próxima¹⁹.

En nuestro medio, al «clima de montaña» se asoció el beneficio de la altura como probable favorecedor de la cicatrización de las «cavernas», las temidas oquedades que el bacilo de Koch produce en los pulmones enfermos. A lo largo de la carretera central, desde Chaclacayo hasta Jauja, se establecieron albergues, posadas y un célebre y siempre colmado sanatorio. Los tísicos, deprimidos y pesimistas, anoréxicos y cloróticos, gracias al clima, recuperaban el apetito, los colores y la alegría de vivir.

Con los progresos de la quimioterapia, vino la estreptomycinica y otros fármacos eficaces para la curación de la tuberculosis y se quedaron vacíos los sanatorios suizos y los albergues de «clima seco» de la serranía andina. El sanatorio Olavegoya

se empezó a utilizar para otras enfermedades somáticas y se hizo lugar para un pabellón de Psiquiatría, vencida la resistencia inicial de los pobladores de Jauja que temían que su comunidad cambiara de una ominosa fama a otra, de «la ciudad de los tísicos» a «la ciudad de los locos».

Las clínicas suizas se transformaron en establecimientos psiquiátricos privados, con las comodidades de un buen hotel, los beneficios del paisaje, además de la asistencia por calificados profesionales expertos en los últimos avances en el tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y social. Demás está decir que existe en ellas la comunidad terapéutica, la jornada estructurada, los ejercicios y los deportes, la terapéutica ocupacional, en fin, todo ese cúmulo de experiencias de orientación sanativa que ha producido la Psiquiatría en su progreso, desde los medios físicos primitivos, la insustituible quimioterapia, hasta el ontoanálisis y la meditación trascendental.

La investigación ecológica ha demostrado los beneficios de los climas rurales, sin contaminación ambiental, sobre la salud mental. El medio urbano produce, sin duda, una mayor presencia de todas las formas del enfermar psiquiátrico, aunque la investigación epidemiológica no se decida aún a condenar las urbes, principalmente las megalópolis, y se conforme con señalar las normas de evitación del «riego urbano». El hombre, envuelto en la espiral del progreso, con sujeción horaria y actividad competitiva, trata de defenderse del temido *surmenage* o *stress* buscando en los fines de semana y en las vacaciones los paisajes campestres, los ambientes bucólicos, los deportes de estación. Nos estamos refiriendo, claro está, a la clase pudiente, que también puede pagarse una «cura» climática preventiva, complementada, en los establecimientos llamados *spa*, con todo género de recreación hedonista, además de las dietas y los ejercicios programados.

Este marco general pretende encontrarle sentido a la medida apresurada e inconsulta de los directivos del IPSS, de trasladar pacientes mentales del llano a la altura, a Huariaca, un hospital «sobredimensionado» para la región que atiende, al que sobran camas y faltan enfermos. En primer lugar es importante señalar que nadie ha sostenido el beneficio de la altura para el tratamiento de las enfermedades mentales. Más que el «clima físico»,

¹⁸ HIPOCRATES, "Sobre los aires, aguas y lugares". En: *Tratados Hipocráticos*. Gredos, Madrid, 1986. t. II.

¹⁹ MANN, Thomas. *La montaña mágica*. Sudamericana, Buenos Aires, 1962.

bien lo sabe el sentido común, interesa el «clima psicológico», el mediodiano. Habría inclusive que preguntarle a los expertos en Biología y Patología andina si el «mal de montaña agudo» (soroche) que se sufre en el camino a Cerro de Pasco, con alturas por encima de los 5 mil metros, no complica la condición de los enfermos y de sus familiares, que los visitan, los que pueden, cada 15 días, en medios de transporte colectivo.

En un país como el nuestro -de «oportunidades perdidas» como diría Jorge Basadre-, donde la improvisación es la regla y la arbitrariedad «hecho consumado», conviene revisar la historia para evitar el riesgo de repetirla en sus aspectos negativos. Cuando, en la segunda mitad del siglo pasado, se creaban los grandes asilos para enfermos mentales, se dio la discusión sobre si debían situarse en «clima de montaña», sedante, o en «clima de mar», estimulante.

Se consideró finalmente que el «aire marino era enemigo jurado de la psicopatía» y la elección del lugar en que se construiría el Asilo Colonia (hoy Hospital «Víctor Larco Herrera»), parte esencial del proyecto de Manicomio Nacional (el «proyecto Piérola», como cariñosamente lo denominaba Hermilio Valdizán, indisimulado admirador del Califa)²⁰. Sobre la ubicación de la construcción tuvo lugar un debate, pues en ese tiempo «la tesis marina», por acentuar la excitación, estaba desacreditada. Santa Beatriz fue entonces el lugar propuesto, con informe favorable de la Academia Nacional de Medicina, que encontraba inconveniente el de Magdalena, cercano al mar, que «rompe con fuerza en los barrancos»²¹. Así y todo, contra el criterio técnico prevalente entonces, se hizo la edificación frente a la Mar Brava del distrito de Magdalena.

Es importante señalar este antecedente por la tendencia en nuestro medio a creer que la experiencia es la repetición de los errores. Pero como en la fábula del aprendiz de brujo, el IPSS ha desatado las fuerzas latentes y no sabe aún como restablecer el desequilibrio generado. Lo cierto es que el Hospital de Huariaca fue elegido por el IPSS no

por sus características geográficas y paisajísticas sino por sus ambientes desocupados. Pero veremos cómo una decisión inconsulta puede resultar una propuesta interesante.

El clima de Huariaca, se me informa, es el de ceja de selva, de extraordinaria belleza natural, con los cambios que produce el trópico en el mismo día, con sol brillante y cálido que alterna con lluvias copiosas, viento frío y seco, a la vera del caudaloso río Huallaga. Arquitectos «paisajistas», premiosamente trasladados a Huariaca, han trabajado en la armonización de los ambientes y los colores con la belleza natural de la zona. Si se constituye Huariaca en el gran Centro de Tratamiento que el IPSS parece que va a crear, se estaría de acuerdo con la propuesta formulada por Manuel Antonio Muñoz, hace casi un siglo (1896), de construir Manicomios Regionales como colonias agrícolas en Chanchamayo y el Perené²².

Equipos de gimnasio, música ambiental, juegos deportivos y de salón, alimentación sana y abundante, ropas adecuadas, personal calificado, talleres y «micro-huertos» para la terapéutica por la actividad, pictografía, psicodrama y psicodanza, son algunas de las realizaciones que se informan públicamente, recordando sin duda que el paciente «asegurado» tiene derecho a una asistencia congruente con los avances de la Psiquiatría moderna, por los que ha pagado a lo largo de su vida. Lo único que no podrá funcionar a cabalidad es la comunidad terapéutica, puesto que no se la concibe sin la presencia y la participación de sus volcanes tutelares.

Lo que sería inaceptable es la transformación de Huariaca en «El Sepa» de los enfermos mentales, esto es, un lugar de reclusión, donde los pacientes paradójicamente «con seguro» puedan quedar abandonados a su suerte. No hay que olvidar que los establecimientos psiquiátricos, en perspectiva histórica, han evolucionado como las instituciones «para vigilar y custodiar» (Michel Foucault)²³, en el concepto ya mencionado de «instituciones totalizadoras» (Goffman)²⁴.

²⁰ VALDIZAN, Hermilio. *Diccionario de Medicina Peruana*, (entrada "Alienados"). Talleres Gráficos del Asilo Víctor Larco Herrera, Lima, 1923. t.I. p. 168.

²¹ *Ibidem*

²² MUÑOZ, Manuel A. "Carta enviada por el autor desde Bélgica sobre la necesidad de la fundación de una colonia agrícola de locos en el Perú". En: *La crónica Médica*, 5. Lima, 1898. pp. 60, 444-453.

²³ FOUCAULT, Michel. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 1976.

²⁴ GOFFMAN, Erving. *Op. cit.*



**Hoy los Andes
nos convocan**

**COMUNIDADES INDIGENAS
DE LA SIERRA**



Campaña de Solidaridad Compartir 1994

La superficie de la sierra cubre el 11% del territorio nacional, y alberga al 34.8% de la población total, en ella viven 4 mil 948 comunidades campesinas, la pobreza crónica afecta al 65% de su población.

Mapa de la pobreza de la sierra rural:

- El de miseria, en el cual viven 2 mil 74 comunidades situadas en Cuzco, Puno, Arequipa, Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Sierra de La Libertad, Ancash y Cerro de Pasco.
- El de extrema pobreza, con 2 mil 8 comunidades ubicadas siempre en la zona sur andina.
- El estrato de pobreza con 739 comunidades.

En total, 4 mil 948 comunidades indígenas campesinas, con una población de un millón 627 mil habitantes viviendo en la línea de pobreza.

La respuesta solidaria de la población peruana, a la Campaña Compartir 1993, hizo posible la atención a proyectos de desarrollo en las comunidades indígenas de la selva en: Iquitos, yurimaguas, Jaén, Moyobamba, Huánuco, Puerto Maldonado.

La acción solidaria de la Campaña Compartir del presente año, ingresa en los pueblos indígenas de la Sierra, en el Perú profundo para contribuir al conocimiento y defensa de sus valores sociales y culturales.

Contribuya con su aporte generoso en las siguientes Cuentas Corrientes:

**Crédito 691233-0-50 (soles)
730120-1-59 (Dólares)**
**Wiese 0005005000 (Soles)
0208001 (Dólares)**