



Octubre 1940

T O M O I
A Ñ O I
N U M E R O 1

Publicación
Mensual

Revista Mexicana
de
Higiene Mental

APRENDA

UNA CARRERA UTIL

GAÑE DINERO



CARRERAS ESPECIALES:

**QUIMICO FARMACEUTICO
QUIMICO INDUSTRIAL
QUIMICO BACTERIOLOGO
QUIMICO ANALITICO
INGENIERO QUIMICO**

ENSEÑANZA RAPIDA Y FACIL POR CORREO

PEQUERAS INDUSTRIAS

Jabonero Práctico.
Fabricación de Chiclos.
Fabricación de Cerillos.
Fabricación de Pinturas.
Fabricación de Espejos.
Perfumería.
Curtiduría.

Otras muchas industrias pequeñas que requieren muy corto capital y cuya lista completa remitiremos a quien lo solicite.

Mándenos dos timbres postales de 10 centavos junto con este cupón, y recibirá nuestro folleto con amplia información sobre todos nuestros cursos.

INSTITUTO DE INDUSTRIAS Y BELLAS ARTES

Apartado, 77. México, D. F.
Adjunto 20 centavos en timbres postales para que me remitan su oferta.

Nombre
Dirección
Población
Estado

INSTITUTO DE INDUSTRIAS Y BELLAS ARTES

Revista Mexicana de Higiene Mental

PUBLICACION MENSUAL

PATROCINADA POR LA LIGA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL

Director: **Dr. ALFONSO MILLAN**

Presidente de la Liga Mexicana de Higiene Mental

Administrador Gte.:
CRISTOBAL M. ACUÑA

Redactor en Jefe:
DR. ANTONIO ABAUNZA F.

APARTADO 8925

TEL ERIC: 18 84-60

MEXICO, D. F.

Registro pendiente Sria. de Educacion Pública y Administración de Correos

Año I

Octubre 1940 - México, D. F.

Núm. 1

SUMARIO:

	Página.
LIGA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL.	2
LIGAS AMERICANAS DE HIGIENE MENTAL.	3
CLIFFORD W. BEERS, FUNDADOR DEL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE HIGIENE MENTAL.	4
EDITORIAL.	5
LA LIGA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL.—Dr. Alfonso Millán.	6
HIGIENE MENTAL Y EDUCACION.—Prof. Ismael Rodríguez A.	11
VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA CULTURA DE LA MUJER.—Dra. Matilde Rodríguez Cabo.	13
LAS BASES CIENTIFICAS DE LA HIGIENE MENTAL.—Dr. André Repond.	20
TRABAJOS DE LA CATEDRA DE MEDICINA SOCIAL, DE LA ESCUELA DE MEDICINA. AUTO-EXPERIENCIA CON LA MARIHUANA.—J. Pedro Ricaud.	28
OLIGOFRENIA E HIGIENE MENTAL.—Dr. Francisco Elizarrarás.	30
LABOR MEDICA PENITENCIARIA.—Dr. Jesús Siordia G.	34
LA CONDUCTA DEL MEDICO GENERAL ANTE LOS SINDROMES VASCULARES AGUDOS DEL CEREBRO.—Dr. Antonio Abaunza.	39
LA HIGIENE MENTAL EN LOS PRE-ESCOLARES QUE VIVEN EN EL MEDIO RURAL.—Prof. M. E. Bustamante.	47
NOTICIAS, — VARIEDADES, — CRONICAS:	
Necrologías. Freud, Marie, Cushing—Bleuler.—De Martel—Congreso de Prevención Social.—Asamblea Nacional de Cirujanos.—Un Concurso de Literatura infantil.	

De los artículos publicados son responsables sus autores

La Correspondencia y Valores deben dirigirse precisamente a:

REVISTA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL

Apartado No. 8925

México, D. F.

Liga Mexicana de Higiene Mental

(Fundada el 22 de febrero de 1938)

PRESIDENTE,

Dr. ALFONSO MILLAN.

SECRETARIO,

Dr. JESUS SIORDIA G.

TESORERO,

Prof. ISMAEL RODRIGUEZ A.

Oficinas Generales: ESCUELA NACIONAL DE MAESTROS.

Srs. que forman el CONSEJO TECNICO.

Dr. Leopoldo Salazar Viniegra
Dr. Gonzalo R. Lafora
Dra. Matilde Rodríguez Cabo
Lic. José Angel Ceniceros.
Prof. Miguel Huerta
Dr. Antonio Abaunza F.
Dr. Manuel Guevara Oropesa
Lic. R. Carranca Trujillo
Dr. Santiago Ramírez
Dr. Raúl González Enríquez
Prof. Salvador Lima
Prof. Gabriel Lucio
Lic. Ricardo López Gurrión
Prof. Luis Herrera Montes
Lic. Luis Garrido.
Lic. J. J. González Bustamante
Prof. Antonio Galicia
Dr. José Quevedo
Prof. Enrique Félix
Dr. Alfonso Pruneda
Dr. Roberto Solis Quiroga
Dr. Rafael Santamarina
Dr. Fernando Rosales
Dr. Mario Fuentes
Dr. Edmundo Buentello
Dr. Luciano García Mendia
Prof. Aurelio Manrique
Dr. Salvador Ojeda
Lic. Carlos L. Vela
Dr. Gaudencio González Garza
Lic. Enrique Pérez Arce
Lic. Franco Carreño
Lic. Octavio Medellín Ostos
Dr. Alfredo M. Saavedra
Dr. José Torres Torija

Ligas Americanas de Higiene Mental

ARGENTINA

Dr. JOSE C. BELBEY,
Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Buenos Aires.

BRASIL

Prof. PLINIO OLINTO,
890 Capacabana, Ipomena 1818 Río de Janeiro.

CHILE

Dr. JUAN GARAFULIC,
Bandera 140 F. 5o. Santiago de Chile.

GUATEMALA

Director de la Facultad de Medicina.

PERU

Liga Peruana de Higiene Mental.—Hospital Víctor Larco Herrera,
Margdalena del Mar, Perú.

COLOMBIA

Liga Colombiana de Higiene Mental.—Escuela de Medicina.—Bogotá.

NICARAGUA

Liga Nicaragüense de Higiene Mental.—Hospital General.

PANAMA

Liga Panameña de Higiene Mental.

URUGUAY

Liga Uruguaya de Higiene Mental.

VENEZUELA

Liga Venezolana de Higiene Mental.

ESTADOS UNIDOS

American Fundation for Mental Hygiene c/o Clifford W. BEERS,
50 W. 50 th. St. New-York.

CANADA

Canadian National Committee for Mental Hygiene. Montreal.

CLIFFORD W. BEERS

Fundador del movimiento internacional
de Higiene Mental.



CLIFFORD W. BEERS

Jamás se pudo decir con más razón que las circunstancias hacen al hombre. Clifford W. Beers padece a raíz de terminar sus estudios un trastorno psíquico que le empuja a buscar alivio en varios hospitales durante tres años. Esta experiencia resulta dolorosa para el fundador de la Higiene Mental. La estupidez del trato que recibe le hace meditar y estas meditaciones cuajan en su famoso libro "A Mind That Found Itself". El éxito de dicho libro y la expectación que despertó, le animan en unión de varios colaboradores, a fundar en 1908 la primera liga de higiene mental: "The Connecticut Society for Mental Hygiene". El año siguiente esta liga local se convierte en la "National Committee for Mental Hygiene" que fué la base del amplio movimiento a favor de la profilaxia de las enfermedades mentales que ha tenido lugar en los Estados Unidos y que poco a poco en el transcurso de los años, se ha convertido en un movimiento de carácter internacional.

Pero desde sus comienzos el movimiento mundial en pro de la higiene mental, no se ha circunscrito a la profilaxia de las enfermedades mentales, sensu strictus, sino que ampliando su círculo de acción se ha dirigido a enfocar la profilaxis del delito por un lado y a estudiar las normas de mejorar las condiciones pedagógicas de la niñez. Como dice además Clifford W. Beers, los beneficios de la higiene mental no son solamente para el enfermo mental, pues precisamente su importancia se manifiesta principalmente en el hombre sano, normal. Estudiar las condiciones hereditarias, individuales y ambientales del hombre normal, para definir las condiciones que precisa para lograr una vida física y mental normal.

La REVISTA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL, rinde en este su primer número, un homenaje de admiración y cariño a este pioner de la Higiene Mental.

EDITORIAL

Aquí tienes, amigo lector, el primer número de la REVISTA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL. La tarea de conseguir ver realizado un proyecto largamente meditado, no ha sido fácil. En estos momentos en los que la HUMANIDAD se lanza desenfrenada por el camino de la DESTRUCCION y el CAOS, construir algo es extraordinariamente difícil; pero las dificultades son casi insuperables cuando se trata de estructurar una labor como la que significa lanzar en estos momentos una revista como la nuestra: cooperar en la tarea de que el pueblo mexicano conserve su normalidad psíquica, su salud mental, divulgando en todos los estratos sociales las normas necesarias para ello.

Es tradicional que una publicación nueva justifique su nacimiento y exponga el programa que va a realizar. Fieles a la tradición, queremos en esta gualdrapa imprimir la leyenda de nuestra razón de ser: La REVISTA DE HIGIENE MENTAL nace para cumplir una doble misión. Por un lado vamos a colaborar con nuestros organismos oficiales en favor de la sanidad mental y física del pueblo mexicano; por el otro vamos a orientar a nuestros medios culturales y científicos en el mejoramiento de la técnica a seguir para conservar una línea mental sana en nuestro pueblo y en su caso abordar el tema de la corrección de sus defectos. Pero la REVISTA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL será al mismo tiempo una revista de divulgación científica que abarcará IN EXTENSO los problemas múltiples que plantea en la realidad de todos los días, la lucha contra aquellos defectos mentales, que unas veces orientan su compensación hacia el trastorno psíquico, otras hacia el delito: hacia formas de vida en una palabra, que perturban de una manera o de otra la armonía social.

Problemas múltiples, pues que la HIGIENE MENTAL recibe luz de todos los focos que forman los ángulos de la vida; y es que en suma la norma PEDAGOGICA, la norma PPSICOLOGICA, la norma FISICA, la norma ETICA, la norma ESTETICA, etc., no son más que variaciones de un mismo tema: el tema de la forma de vida social jurídica que marca el momento actual de nuestra civilización, orientada en una aspiración de perfeccionamiento constante. Todos estos problemas son facetas distintas como decimos, que convergen a un mismo punto en HIGIENE MENTAL.

Todo lo que al hombre le rodea y todo aquello que el hombre proyecta sobre su alrededor como expresión de su actividad íntima, interesa a la HIGIENE MENTAL. La MEDICINA, el DERECHO, la PSICOLOGIA, la SOCIOLOGIA, la FILOSOFIA, la INGENIERIA rural y urbana, la ARQUITECTURA, el ARTE y la CIENCIA en general ayudan a la HIGIENE MENTAL en su cometido. En las páginas de la REVISTA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL han de proyectarse todos estos temas, desarrollados por nuestros profesionistas más destacados y los maestros extranjeros.

No podríamos cerrar, amigo lector, estas líneas, sin hacer patente a la LIGA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL nuestro más sincero agradecimiento por haber posibilitado este proyecto que cuaja en la REVISTA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL. Salimos a la luz bajo su alto patrocinio y sus líneas directrices serán las que marquen el oriente de nuestra actividad, para mejorar la salud psíquica de nuestro pueblo y convertir en presente el glorioso lema de nuestra UNIVERSIDAD.

LA REDACCION.

La Liga Mexicana de Higiene Mental

Dr. ALFONSO MILLAN.

Médico Residente del Manicomio de la Castañeda. Presidente de la Liga Mexicana de Higiene Mental.

Quiero hacer ante el público mexicano algunas consideraciones sobre la Higiene Mental y sobre lo que se está haciendo en ese sentido por la Liga Mexicana que me honro en presidir.

Desde luego, importa intentar una definición de lo que ha de entenderse por Higiene Mental. Para ello, tomaré muy en cuenta principalmente los diversos conceptos emitidos en el segundo Congreso Internacional de Higiene Mental, que tuvo lugar el año de 1937 en París. Fué ponente principal del tema "Las Bases Científicas de la Higiene Mental" el doctor André Repond, Presidente del Comité Nacional Suizo de Higiene Mental, y dicho autor estima que la Higiene Mental es a la vez ciencia y arte, que debe sus conocimientos y sus medios de acción a las fuentes más diversas. Y, en efecto, desde luego puede estimarse que la Higiene Mental se relaciona, por una parte, con ciencias de las llamadas naturales y por otra con las llamadas ciencias sociales, no faltando incluso hechos simplemente empíricos que interesen a dicha Higiene Mental. Así, la anatomía y la fisiología nerviosas comparadas y humanas, la psicología normal y patológica, la sociología, la economía, etc., contribuyen de una manera u otra a esclarecer problemas que interesan a la Higiene Mental como ciencia o como arte. Si pensamos en la definición de Higiene en general, encontramos que ésta es la rama de la medicina que trata del medio en que vive el hombre, y de las maneras de modificar dicho medio en el sentido más favorable al desarrollo del mismo. Es decir, es la ciencia de las relaciones sanitarias del hombre con el mundo exterior, que estudia los medios propios para mantener y aun mejorar la acción normal de los órganos y, por consecuencia, los medios de prevenir las enfermedades. Se concibe que si se aplica esta definición a la Higiene Mental, ésta resultará demasiado am-

plia y planteará problemas de la más variada índole, en relación con ciencias en formación o demasiado subjetivas tales como la antropología, la sociología, la política, la moral, etc. De esta ampliación, que por lo demás será legítima algún día, cuando la evolución de las sociedades llegue a un grado más avanzado, ha resultado que algunos autores restringen el campo de la Higiene Mental a tareas profilácticas más simples y mejor limitadas, habiéndolos que se concretan, con un simplismo filosófico, a considerar la Higiene Mental como una disciplina del intelecto o del trabajo intelectual, en lo cual, por lo demás, parecen seguir a Augusto Comte que llamaba "higiene cerebral" "el arte de no perturbar con las lecturas, sus meditaciones filosóficas".

Pero si aceptamos que la Higiene Mental tiende a mantener y a reforzar lo que desde el punto de vista mental es normal, y si aceptamos que es el arte de estar sano, psíquicamente, necesitamos resolver antes el problema de lo que es normal desde el mismo punto de vista mental. En otros términos, para pedir a la Higiene Mental que mantenga en condiciones de salud, de normalidad, el psiquismo o la mente humanos, necesitamos saber qué entendemos por psiquismo normal, sano. Y nos encontramos entonces ante un problema de difícil solución, pues si es muy fácil ponerse de acuerdo en los extremos notorios de la llamada razón y de la llamada "locura", es muy difícil ponerse de acuerdo cuando se trata de interpretar, por ejemplo, algunos estados emotivos, o trastornos poco importantes y muy frecuentes del equilibrio llamado "nervioso", o ciertos hechos de tal o cual persona en tales o cuales condiciones, o la presencia, en un mismo individuo o personalidad, de rasgos considerados como normales y de tendencias admitidas comunmente como patológicas, etc. Y, por lo demás, éstas

no son cuestiones teóricas, sino que son muy frecuentes en la práctica diaria neuro-psiquiátrica. El único criterio posible, pues, tomando en consideración que el hombre es un animal psico-social, ha de ser el de la adaptación del hombre a la convivencia social. Y aun ahí, será difícil obtener un límite exacto, preciso y definitivo, entre psiquismo normal y psiquismo patológico. Por ello la Higiene Mental deberá referirse, en su definición de la norma, de lo sano, más bien a un criterio excluyente o de "contrario senso", estimando como normal, como sano, aquel psiquismo que no presente demasiado acentuadas tendencias o características francamente anormales desde el punto de vista de la adaptación social o de la psiquiatría franca.

Por otra parte, debemos reconocer que la salud y el equilibrio psíquicos dependen de factores muy diversos y complejos: hereditarios, constitucionales, educativos, familiares, sociales, emotivos, instintivos, intelectuales, etc., y que, en cierta medida, todos ellos dependen también del conjunto de los elementos del equilibrio corporal. Todos estos factores, diferentes cualitativa y cuantitativamente en cada quien, confieren a cada individuo una ecuación personal de higiene mental. Por consecuencia, la acción de la Higiene Mental no puede limitarse ni a dar orientaciones generales para la sociedad, para el hombre en colectividad o para la resolución de problemas sociales que influyen nocivamente a la vida social o individual, ni tampoco puede darse por satisfecha con la prescripción de reglas individuales de conducta, para resolver tal o cual problema concreto. Es la acción conjunta sobre ambos factores, sociedad e individuo, lo que ha de preocupar al auténtico higienista mental. Un ejemplo claro de esto lo da la práctica profesional diaria, en donde encontramos casos de neurosis por ejemplo, en un individuo determinado, sobre el cual la influencia familiar o educativa es claramente nociva, pudiendo encontrar semejantes situaciones familiares o educativas en otros casos sin producir esa influencia nociva. Como siempre, el verdadero criterio determinista desde el punto de vista biológico general y la práctica personal, contribuyen grandemente a la resolución de los problemas concretos.

Se ve por lo anterior que el dominio de la Higiene Mental es por demás vasto y que, en todo caso, el psiquiatra, que es seguramente el más activo higienista mental, no puede limitarse a su acción individual, necesitando del concurso de diferentes personalidades ac-

tivas en las diversas ramas de la ciencia, para poner en práctica todas aquellas medidas de orden general que han de contribuir a la realización de los fines de la Higiene Mental.

Desde luego, se necesita hacer una labor preventiva de los trastornos nerviosos y mentales. Ciertamente es que la patogenia y aun la etiología de muchas enfermedades nerviosas o mentales nos son aun desconocidas o poco conocidas. Ciertamente se conoce la intervención de algunos factores hereditarios en la aparición de algunas formas de epilepsias, de esquizofrenias o de ciclotimias; pero se comienza también a dar mucha importancia en aquellos trastornos, a factores endócrinos, somáticos, infecciosos y aun a fenómenos de carencia de vitaminas y, además, algunos mecanismos psicogenéticos comienzan también a ser conocidos, principalmente por lo que se refiere, en general, a enfermos cuyo psiquismo manifiesta ostensibles puntos de mayor vulnerabilidad, desde el punto de vista de la adaptación social. Naturalmente, esta situación real de la neuro-psiquiatría no facilita la labor preventiva general de las psicosis funcionales. Pero, cuando menos, sí es posible intentar intervenir en la formación de la personalidad sana, desde la procreación, buscando la eliminación de factores hereditarios similares o disimilares, hasta la educación, el desarrollo infantil, puberal, etc., con la tendencia de afirmar aquella formación de la personalidad en un sentido de lo real, que haga menos vulnerable el psiquismo de los seres. De ahí la importancia de la Higiene Mental aplicada por la eugenesia, por la psicopedagogía, por la higiene de las colectividades, etc., etc.

Es posible también intentar la eliminación de factores hereditarios de otra índole, tales como la sífilis, el alcoholismo, etc., y, por último, el médico general que atiende afecciones físicas generales, infecciosas, arterioescleróticas, etc. contribuye a hacer la profilaxia de psicosis orgánicas. Estas también han de prevenirse por la correcta atención de ciertas enfermedades infecciosas tales el tifo, las tifoideas, etc., en las cuales no es raro un ataque de encefalitis que ocasiona los más variados síndromes neuro-psiquiátricos post-encefálicos.

Pero, por otra parte, la Higiene Mental ha de actuar sobre fenómenos de conducta importantes por cuanto que manifiestan una deficiencia en la adaptación a la vida en sociedad, para lo cual el higienista mental ha de hacer algunas incursiones en la Criminología

y aun estudiar, por ejemplo, los medios de profilaxia individual y social del suicidio, que es fundamentalmente un acto anti-social. Y ya en el terreno de las actividades psico-sociales, importan estudiar la influencia sobre el psiquismo del cinematógrafo, del radio, del periodismo, de la religión, etc. etc., preocupándose también, como se comprende, por la correcta asistencia a los ya enfermos.

Me he permitido exponer muy rápidamente un panorama de las diferentes actividades que pueden ocupar a la Higiene Mental y creo que de lo anterior puede ya desprenderse, con claridad, que dicho arte científico o ciencia y arte, si se prefiere, no puede ser motivo de preocupación solamente del neuro-psiquiatra, sino de muchos otros investigadores ya que su campo de acción es por demás vastísimo. Y aunque esto fué comprendido desde hace tiempo por diferentes grandes neuro-psiquiatras, es justo señalar, rindiendo así homenaje a su obra, que el primero en realizar los fines de la Higiene Mental, no fué un psiquiatra. Se trata del norteamericano Clifford W. Beers, que habiendo sufrido él mismo una gran fatiga nerviosa que ameritó la intervención de los especialistas, dedicó su vida, desde 1909, a dar vida e impulso al movimiento internacional de la higiene mental. Fué, gracias a sus grandes y nobles esfuerzos, que se verificó el primer movimiento internacional en la historia de la Higiene Mental, que comenzó brillantemente en Washington en 1930, se reafirmó en el gran segundo congreso internacional de París en 1937, y habrá de continuarse por las diferentes Ligas Nacionales de Higiene Mental que existen actualmente en más de treinta países, cuyos delegados habrán de reunirse el año próximo en el tercer congreso internacional, en la república del Brasil.

Y precisamente como eco de ese gran movimiento internacional, que tiene en todos los países europeos y en norteamérica hombres muy prominentes en sus filas, así como reacciones legislativas, de asistencia a enfermos nerviosos y mentales, de investigaciones en marcha, etc. es como se fundó en México nuestra Liga Mexicana de Higiene Mental, que tengo el honor de presidir y que ha merecido el apoyo entusiasta de nuestro primer magistrado el General Lázaro Cárdenas, que ha tenido calurosas palabras de aliento para nuestra labor.

En la Liga Mexicana de Higiene Mental figuran, como consejeros prominentes, persona-

lidades como el Dr. Gonzalo R. Lafora, el Dr. Antonio Abaúnza Fernández, el Dr. Leopoldo Salazar Viniegra, el Lic. José Angel Cenice-Ros, el Prof. Ismael Rodríguez, director de la Escuela Nacional de Maestros, el Prof. Samuel Ramos, la Dra. Matilde Rodríguez Cabo, el Dr. Manuel Guevara Oropesa, el Dr. Alfonso Pruneda, el Lic. Raúl Carrancá y Trujillo, el Prof. Gabriel Lucio, el Prof. Miguel Huerta y otras destacadas personalidades de nuestra medicina, derecho penal y pedagogía, ya que he citado solamente a aquellos más conocidos y cuyos consejos y trabajos de investigación de estos problemas, principalmente enfocados hacia nuestro país, han de ser de gran utilidad para nuestra Liga. Esta, por otra parte, ha obtenido ya el apoyo material de autoridades interesadas en que la Higiene Mental tenga una vida activa en nuestro propio país, y principalmente de la Secretaría de la Asistencia Pública, de la Secretaría de Educación Pública, del Departamento del D. F. y de la Secretaría de Gobernación.

También están ya en vías de constitución las delegaciones en los Estados de la República, de nuestra Liga de Higiene Mental, las cuales colaborarán en esta tarea de profilaxis mental y cuya importancia a nadie escapa.

Funcionando con la mayor sencillez y esperando mucho del esfuerzo personal de sus miembros y consejeros, la Liga Mexicana de Higiene Mental aspira a constituirse en un organismo independiente, con actividades científicas de una parte y de divulgación por otra, del mismo modo que sugiriendo a los poderes públicos la aplicación de diversas medidas de orden público inmediato. Y así, son objetivos inmediatos de la Liga Mexicana de Higiene Mental, los siguientes:

La promulgación de una Ley Federal sobre Alienados en México. En este sentido, hay que decir que no existe en México una Ley especial para alienados. Ciertamente, hay disposiciones penales o civiles en relación con los enfermos mentales, pero no hay un ordenamiento jurídico de conjunto, como sucede en todos los países, que proteja a los alienados y que proteja a la sociedad, y que facilite la prevención y la seguridad generales. Esta situación es por demás lamentable y aun vergonzosa en nuestro país que, por otra parte, debe a Fray Bernardino Alvarez el honor de haber sido el primero del mundo que tuviera un hospital para dementes. Pero la cantidad de problemas prácticos y graves que plantea esta ausencia de legislación especial,

salta a la vista con señalar, desde el punto de vista penal, unos cuantos hechos a saber: No se puede internar a nadie en México por simple indicación médica, pues es necesario o el consentimiento familiar o que el candidato al internamiento en establecimiento especial, haya cometido algún delito que autorice la intervención de la autoridad judicial. Esto parece muy conforme con lo que se ha querido llamar nuestro tradicional criterio liberal o de garantías individuales; pero es absolutamente contrario a las tendencias modernas del derecho penal, por una parte, que toman muy en consideración el llamado índice de peligrosidad, y, por otra parte, con la realidad de nuestra práctica profesional. Y así, no es extraordinario encontrarse con familias en cuyo seno se encuentra algún enfermo mental extremadamente peligroso, que se niegan a internarlo y que han tenido que lamentar alguna desgracia grave. Y entonces se hace lo que el pueblo llama "tras del niño ahogado, tapan el pozo", es decir, el enfermo peligroso comete un acto anti-social y hasta entonces se le pone en un lugar de seguridad para él y para los demás. Y sin embargo, nosotros sabemos, como me acontece ahora con un enfermo particular en inminencia de delinquir, que es necesaria una posibilidad legal para internar a esa clase de enfermos, aun contra la voluntad ignorante de los familiares. En caso comparable, el Estado Mexicano, a través de sus autoridades sanitarias, nos obliga a señalar los casos de enfermedades infecciosas, y procede a establecer cuarentenas, etc. Pero si no es posible internar a enfermos peligrosos, en nuestro país se produce otra cosa calificable por lo menos de absurda: tampoco es posible retener en el Manicomio General a enfermos excesivamente peligrosos y que ya están internados. La familia tiene siempre el derecho de externarlos, si no han delinquido, y esto aun contra la opinión enérgica de los médicos. Y baste señalar el reciente caso del enfermo Chacón, que fué externado del Manicomio contra la opinión médica precisa que señalaba la peligrosidad de dicho enfermo, y el cual tres o cuatro días después del externamiento, abatió apuñaladas a su esposa, que se ganaba el pan en el Departamento Forestal y de Caza y Pesca, en las calles de Edison de esta capital. Y como este caso, podría citar otros varios. Me parece que, desde el punto de vista penal, esto es suficiente para demostrar a los más reacios la necesidad de una Ley especial. Otros aspectos podría se-

ñalar que justifican tan ampliamente la necesidad de dicha Ley, como los relativos a internamientos arbitrarios que antes se han realizado o bien a la protección de los intereses materiales de los enfermos internados, pues son muy frecuentes los casos en que los familiares disponen de bienes y fortuna del que está enfermo, con perjuicio de otros familiares o del mismo enfermo. Para estos casos, nuestro Código Civil establece la manera de nombrar al enfermo un tutor legal, previo juicio de interdicción; pero éste es costoso, largo, complicado y la gran mayoría de enfermos internados no tiene ese tutor especial, bastando decir que de cerca de tres mil enfermos que se encuentran en el Manicomio, no llegan a treinta los que hayan sido sujetos a un juicio de interdicción. Esta legislación especial, pues, que teme en cuenta nuestra realidad y que proteja debidamente a la sociedad y a los enfermos, está por hacerse, y es una de las tareas inmediatas de la Liga Mexicana de Higiene Mental. El proyecto respectivo está ya elaborado y pronto será dado a la publicidad.

Otra tarea inmediata de nuestra Liga, se refiere a la organización de un Centro de Profilaxia Nerviosa y Mental, que ha de patrocinar la Secretaría de la Asistencia Pública. De las consideraciones comprendidas en la primera parte de este modesto trabajo, se desprende fácilmente que la asistencia a enfermos nerviosos y mentales, con fines preventivos, no puede considerarse completa si existen centros de aislamiento como el Manicomio General solamente. El tipo de nuestro Manicomio, a pesar de todas las transformaciones que ha sufrido en los últimos años y a las cuales contribuí en parte durante el tiempo que tuve a mi cargo su dirección, necesita ser completado por otra clase de servicio. El Manicomio es un establecimiento cerrado y es necesario que exista otro de tipo abierto, de consulta especializada para diferentes pequeños neuropatas, toxicómanos, enfermos agudos, deprimidos, deficientes sexuales, adolescentes con crisis evolutivas exageradas, etc., etc. que están en inminencia de convertirse en enfermos crónicos o en delincuentes. Ciertamente que algo de esto trata de hacer la Secretaría de Educación con su Servicio de Higiene Mental Escolar, lo mismo que la Secretaría de Gobernación con su Consultorio de Higiene Mental dependiente de su Departamento de Prevención Social y el Departamento de Salubridad Pública, con su Clínica de la Adolescencia y

de la Conducta dependiente de su Dirección General de Lucha contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías. Pero el Centro de Profilaxia Nerviosa y Mental cuya organización constituye otra tarea concreta inmediata de la Liga, aparte de referirse a esos problemas especializados, ha de trabajar en relación con el Manicomio General, seleccionando los enfermos que han de internarse en ese establecimiento cerrado y reteniendo, para pequeños tratamientos de internamiento u hospitalización de pocos días y de seguros resultados, tales la electropirexia, el paludismo, etc. independientemente de los tratamientos domiciliarios, pues no ha de pensarse, por lo que dije a propósito de la falta de protección de los enfermos mentales y de la sociedad, que creo que todo enfermo mental ha de estar forzosamente internado, ya que, al contrario, nuestras ideas modernas, practicadas en otros países, son precisamente de tratar en lo posible al enfermo en su ambiente y no de encerrarlo sistemáticamente. La cuestión está aquí en que sea el médico, con suficiente autoridad legal y moral, el que pueda decidir cuál tratamiento conviene y cuál no. El Centro de Profilaxia Nerviosa y Mental contribuirá grandemente en esta labor preventiva, aparte de su labor educativa a través de servicios médico-sociales competentes. Y para señalar solamente la importancia y urgencia de la organización de este Centro, me basta señalar dos hechos: en 1933, el Manicomio tenía en su seno 1,980 enfermos, y el día de hoy tiene 2,885, es decir, un aumento de novecientos cinco enfermos en seis años y meses. Y el otro hecho es este, que el Manicomio fué construído en 1910 con cupo higiénico de mil enfermos y alberga ahora cer-

ca de tres mil, que no tienen cupo ya no digamos higiénico, sino que ni material, a pesar de que se le han hecho grandes ampliaciones en los últimos seis años. Esas cifras demuestran la urgencia de ampliar los servicios de asistencia a los enfermos mentales, independientemente de la necesidad de completar técnicamente el Manicomio, establecimiento cerrado, con el Centro de Profilaxia Nerviosa y Mental, establecimiento de tipo abierto. El proyecto respectivo parece merecer la simpatía de nuestra Secretaría de la Asistencia Pública y es probable que pronto se realice.

Por último, otras actividades son tarea inmediata de la Liga Mexicana de Higiene Mental, principalmente las relacionadas con el estímulo de toda clase de publicaciones que divulguen los temas de Higiene Mental y el patrocinio de esta Revista Mexicana de Higiene Mental, cuya Dirección me ha sido amablemente ofrecida por los Editores de la Revista.

También la organización de reuniones de estudio de problemas de Higiene Mental en nuestro país, conferencias, artículos periodísticos, etc., eac.

Naturalmente, una obra de esta naturaleza necesita del concurso de muchas buenas voluntades y de diferentes recursos. Al iniciarla, con el entusiasmo de quien sabe emprender una obra útil con la colaboración y el estímulo de todas aquellas personas que honran a la Liga con sus consejos e iniciativas, así como con la comprensión de diversas autoridades hemos de darles las gracias y les prometemos poner toda nuestra voluntad y entusiasmo, para no defraudar sus esperanzas como de mexicanos que viven su tiempo y piensan en las necesidades de su país.

“MERVER”
INSTRUMENTOS Y
APARATOS DE CIRUGIA

Calle Dr. Mora No. 9 - Desp. 6

Apdo. Postal No. 2971

MEXICO, D. F.

Higiene Mental y Educación

PROF. ISMAEL RODRIGUEZ A.

Director de la Escuela Nacional de Profesores.

Existe un fundamental punto de contacto entre la Pedagogía moderna y la Higiene Mental. La antigua Pedagogía tomaba en cuenta, preferentemente, el contenido de enseñanza y su preocupación residía en acomodar ese contenido en la mente infantil, desatendiéndose de éste como sujeto de capacidades limitadas por los peligros de deformación mental que origina un esfuerzo inadecuado o superior a la capacidad de resistencia.

La primera conquista de la Educación moderna consiste en haber operado una inversión radical de posiciones: ya no es el contenido, la materia de enseñanza la que condiciona al trabajo escolar y al niño, es el niño con sus intereses, sus capacidades y sus características quien condiciona los métodos y los programas.

Sin embargo, queda por puntualizar, explorar y deslindar, un aspecto fundamental de la pedagogía, la protección de la psique infantil respecto de los sistemas de enseñanza que puedan perjudicarla de modo inmediato o en su desarrollo ulterior.

A manera de introducción procederé a apuntar algunas de las más importantes cuestiones cuya investigación completa y tecnológica está pendiente y cuyas soluciones tendrán que presidir la formulación de todo plan de trabajo educativo en el futuro.

1a. ¿Hasta dónde el ambiente escolar, puede producir en los niños por falta de las previsiones adecuadas, sentimientos de menor valía o de impotencia que se traduzca de inmediato y en su vida futura, en una falta de capacidad para acometer empresas por carecer de la necesaria confianza en sí mismos para realizarlas?

2a. ¿Hasta dónde el ambiente social escolar y las técnicas de trabajo pedagógico están adoptados a modo de impedir la formación de reprimidos subconscientes, de egocentrismos enfermizos, de afanes de poderío en grado patológico o de cualquiera otro complejo que dificulte una sana, victoriosa, constructiva y eficiente adaptación del sujeto en la sociedad?

3a. ¿Hasta dónde los métodos de trabajo

escolar, mantienen viva la fuente de curiosidad infantil, hasta dónde garantizan que no han de sofocarla, matando en el niño la natural actitud investigadora?

4a. Convenido que lo que interesa es desarrollar la capacidad de aprendizaje en el niño, más que el aprendizaje mismo, ya que, fuera de unos cuantos elementos instrumentales, todo lo demás no lo necesita de inmediato y cuando llegue a necesitarlo ya lo olvidó o su conocimiento no tiene aplicación por inactual; cabe plantear exclusivamente desde el punto de vista del mecanismo de aprendizaje, estas cuestiones: Los procedimientos de enseñanza empleados, protegen un sano desarrollo de las capacidades mentales? Están arregladas de manera que se favorezca la agilidad de la mente para la resolución de problemas nuevos? o se limitan adquisiciones puramente mecánicas constituidas en reacciones fijas sólo capaces de repetición. En otros términos, se desarrollan las capacidades de selección, de raciocinio, de investigación, de síntesis, de abstracción, etc., o simplemente se imponen repeticiones memorísticas que cultivan hábitos mentales estereotipados que incapacitan para comprender el complejo cambiante que representa el conjunto o cada sector de la naturaleza y de la vida?

En buena técnica debe hacerse del proceso de aprendizaje un motivo para desarrollar las capacidades mentales del niño, tanto que una técnica pedagógica desventurada puede hacer del aprendizaje una causa de que el niño adquiera vicios en sus funciones adquisitivas de conocimiento o en su modo de operar frente a los problemas; que en definitiva reduzcan la capacidad de la inteligencia retrogradándolo hasta escalar consideradas como inteligencia inferior.

Hay otro aspecto que debe ser motivo de un estudio particular y consiste en la relación que existe entre el cuanto de informaciones y habilidades que se enseñan en la escuela y el desarrollo de la capacidad mental del niño. Fijar en qué medida un déficit de informacio-

nes o de habilidades enseñadas, reduce el posible desenvolvimiento de la capacidad en una edad dada en sujetos de tipo determinado por deficiencia de ejercicio. O en qué momento la cantidad de informaciones o habilidades enseñadas empieza a ser superior a la capacidad de resistencia normal provocando trastornos más o menos profundos en el desarrollo psíquico, según el exceso a que sea sometida la inteligencia del sujeto.

Esto último constituye uno de los peligros más graves a que está sujeto el niño, ya que basta revisar los programas escolares vigentes en las escuelas primarias y secundarias, para darse cuenta que éstos son de tal manera extensos, que de ser desarrollados, lejos de beneficiar a los alumnos les provocarán lesiones, acaso irreparables, en el desarrollo mental, ya que sometida la mente del niño o del adolescente, a un esfuerzo superior a su capacidad de resistencia de un modo permanente, aparece un estado de fatiga crónica que entorpece el funcionamiento de la inteligencia provocando un embotamiento progresivo, que a la larga trae como consecuencia, el fenómeno muy común de que un niño que apuntaba superdotado deviene en un joven o en un adulto mediocre, no obstante que científicamente la relación de la inteligencia con la edad se desarrolla paralelamente en los casos normales. Esta observación que acabamos de apuntar, es la tragedia de los "niños prodigios" convertidos en mediocres mediante el abuso en el esfuerzo a que se les somete, por afán de lucro o por halagar la ignorante vanidad de los padres. Pero no sólo los superdotados están sujetos a este peligro, los niños normales y los deficientes suelen ser sometidos a un proceso de embrutecimiento por sobrecarga de escolaridad, de desastrosas consecuencias para su nivel mental.

Hay que contar desde luego que existe una reacción orgánica de defensa y el niño se resiste por cuantos medios estén a su alcance a realizar un esfuerzo de consecuencias agobiantes, pero no siempre lo logra, porque padres y maestros emplean a su vez los medios

más imperativos para obligarlo al sobre-esfuerzo. El hecho de que en un noventa por ciento de casos los programas no sean tratados en su integridad, se explica por la desmesurada falta de dosificación y por la lucha entre la defensa instintiva del niño y la exigencia de padres y maestros.

Es curioso observar que la desorientación es tan profunda como grave a este respecto, pues los padres, generalmente profanos en asuntos de Ciencia de la Educación, creen que una escuela o un maestro son mejores mientras más enseñan o mientras a mayor tensión obligan al esfuerzo infantil, cuando frecuentemente se estará ocasionando mutilaciones irreparables a la inteligencia de sus hijos.

Este absurdo de medir la calidad de una enseñanza a través de la cantidad de información, tan propio de la Pedagogía tradicional, hace que muchas escuelas, especialmente las particulares que estando guiadas por fines lucrativos les importa más el reclamo con los padres que la educación y el porvenir del niño, sean verdaderos centros de embrutecimiento infantil.

No se ha hecho un estudio detallado para fijar en qué medida el exceso de escolaridad lesiona a los niños en razón del nivel mental de cada sujeto, pero las observaciones generales que he hecho hasta hoy, me convencen de que en la casi totalidad de los casos, los métodos y los programas de trabajo vigentes en las escuelas, no acrecientan ni estimulan el desarrollo de la capacidad mental en el niño y en un por ciento decisivo, el trabajo escolar, en vez de ser un factor de desenvolvimiento, deprime en mayor o menor grado la capacidad de la inteligencia infantil.

He aquí un asunto de la más grave importancia, pues la calidad misma de nuestra raza está comprometida en él. Precisa que higienistas y maestros le presten toda su atención con el apoyo decidido del Estado. Si no hubiera otros motivos, éste sería suficiente para justificar el empeño que ha hecho posible la Liga Mexicana de Higiene Mental.

Ventajas e Inconvenientes de la Cultura de la Mujer

Por la Dra. Matilde Rodríguez Cabo.
Médico-residente del Manicomio de la
Castañeda

Resulta paradójico, casi un contrasentido, el intentar desarrollar un tema en el que, al lado de ventajas, se trata de fundar la existencia de inconvenientes en la cultura de la mujer, si, como yo lo hago, se parte de la afirmación previa de que la cultura, invariablemente conduce al mejoramiento intelectual, moral, social y económico de los individuos.

Definida la cultura por unos como "la identificación del individuo con todos los aspectos del conocimiento y del pensamiento a través de los tiempos, y en esa forma con la historia del espíritu humano"; definida por otros en un sentido más amplio, como "la asimilación de todos los resultados de la actividad intelectual en todas las ramas de la ciencia y del arte", equiparada por algunos a un "todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad", la cultura, que, en síntesis, permite que el individuo se encuentre a sí mismo, reconozca su lugar dentro de la sociedad y defina su posición frente a los demás y frente a las circunstancias y medio que lo rodean; la cultura que, en último análisis es la suma de instrucción y educación integral de la inteligencia, de la voluntad y de los sentimientos no debería, en teoría, presentar sino ventajas a los hombres. Los resultados inmediatos de la cultura para el ser humano: mayor rendimiento intelectual y material, mayores oportunidades de satisfacción espiritual, mejor preparación para la lucha por la vida, mayores posibilidades de ser útiles a la colectividad, mayor capacidad para la comprensión y estimación de la naturaleza y con ello del género humano, máximo desarrollo de los procesos de inhibición y control de la propia personalidad. La suma de todas estas ventajas del hombre culto sobre el hombre inculto, deberían, juzgado a priori, conducir, tanto a hombres como a mujeres a la posibilidad de elegir el modo más correcto de vivir, la con-

ducta más racional garantizando con ello el máximo bienestar, la suprema felicidad, que no es otra cosa sino la expresión de la íntima satisfacción de los individuos desde los puntos de vista intelectual, moral y material. Si la cultura proporciona los medios para lograr tal satisfacción y con ella la felicidad, y si la felicidad es y ha sido siempre la máxima aspiración de todos los hombres, a través de todos los tiempos, ¿cómo es posible, refiriéndose al caso concreto de las mujeres, enunciar siquiera los inconvenientes de la cultura?

Trataremos de explicar en qué aspectos y por qué causas la mujer culta, por el hecho mismo de su cultura y por la razón misma de la consciencia propia que a través de la cultura ha alcanzado, puede entrar en conflicto con los demás, puede ver limitadas sus posibilidades y puede desarrollar un estado de insatisfacción, el cual, en cierto modo, la aleja de la felicidad. Trataremos así mismo de hacer un balance entre los aspectos positivo y negativo, favorable y desfavorable, de la situación general de la mujer culta, incluyendo a través de la experiencia propia, cuál de esos aspectos pesa más y en último análisis puede servir de norma para concluir sobre la conveniencia o inconveniencia, desde el punto de vista humano, de que la mujer se cultive y se incorpore totalmente a la cultura.

Comenzaremos por explicar las razones por las cuales en nuestro concepto, la cultura puede presentar un aspecto desfavorable que en cierta forma contribuye a romper el equilibrio en la vida social de la mujer. La cultura, como todas las demás manifestaciones de la evolución constante de los seres humanos no es una cosa absoluta: sus componentes básicos, el conocimiento, la religión, el arte, la moral, han ido evolucionando a través de las edades y han diferido siempre de una raza a otra, de una latitud a otra. La cultura pagana era esencialmente diferente de la cultura cristiana; la cultura germana se

diferencia radicalmente de la cultura latina; la cultura europea tiene características especiales que no coinciden con las de la cultura oriental. Sin embargo, a pesar de las diferencias específicas de las diversas corrientes culturales, determinadas especialmente por las características psicológicas de los pueblos en los diversos países y en las diversas etapas de su evolución, así como por las condiciones económicas que han regido las relaciones de los hombres entre sí y han fijado las bases de las organizaciones sociales, dos circunstancias puede mencionarse como factores constantes en la determinación de esas variadas corrientes culturales. Primera: la participación exclusiva en la creación de la cultura, de la clase económica y socialmente dominante, llámese burguesía, nobleza o patriciado, y segunda, la participación también única del sexo masculino con exclusión total del sexo femenino en la creación de las normas que han servido de base al desarrollo de la cultura en todos los tiempos y en todos los países. Estas circunstancias, esta unilateralidad en las fuentes de producción cultural, han dado un sello característico a todas las manifestaciones de cultura. Es así como en la actualidad podemos decir que nuestra cultura, la que tratamos de asimilarnos hombres y mujeres, es burguesa y es masculina, reconociendo como punto de partida la desigualdad de clases y la desigualdad de sexos.

La preponderancia del criterio masculino en el desenvolvimiento intelectual, social, moral, religioso y económico de la humanidad ha colocado a la mujer en un plano de inferioridad frente al hombre y de indiscutible subordinación a él. Las normas sociales, jurídicas y morales reinantes no son sino el reflejo de tal inferioridad y de tal subordinación. "Sus fundamentos son errores de nuestra cultura", dice Adler en su libro "El Conocimiento del Hombre". Sin embargo, son ellas, esas mismas normas sociales, jurídicas y morales, (cuyos fundamentos son errores de nuestra cultura, las que rigen la actuación toda de la mujer, sus relaciones con sus semejantes y sus relaciones con el sexo opuesto, y son esas mismas normas unilaterales, faltas de equidad dictadas sólo por el criterio exclusivo de los hombres, sin que en su elaboración hayan participado nunca las mujeres, las que producen lo que Adler llama la "tensión entre los sexos". "El prejuicio de la inferioridad de la mujer y de la consiguiente superioridad del hombre perturba de continuo la armonía entre los sexos;

la consecuencia de ello es una tensión que se manifiesta especialmente en todas las relaciones eróticas y que amenaza siempre con destruir todas las posibilidades de felicidad" dice Adler. Y continúa "toda nuestra vida sentimental está envenenada y arrasada por esta tensión". Pero esta tensión entre los sexos, resultado de la cultura masculina, no tiene, para las mujeres incultas, los aspectos catastróficos que le ofrece a la mujer culta: el desarrollo de las cualidades llamadas específicamente femeninas, la resignación, la sumisión, el espíritu de sacrificio, que no son en último término sino la resultante de un proceso de adaptación, consigue a "la larga establecer una relativa armonía en que la mujer acepta pasivamente su papel de subordinación, y acallando sus inquietudes reconoce sumisa el lugar que el hombre le asigna y el trabajo y las tareas que le impone.

Bebel, en su libro sobre la mujer dice lo siguiente: "Lo mismo la mujer que el trabajador es rareza que en el largo decurso de la Historia hayan llegado a tener consciencia clara de su servidumbre, y menos aún la primera, porque estaba colocada a más bajo nivel que el obrero, porque ha sido y es aún considerada y tratada por éste como un ser inferior. Una esclavitud que dura centenares de generaciones acaba por convertirse en costumbre, haciéndola parecer "natural" a ambas partes, la herencia y la educación. De este modo se ha habituado la mujer a considerar tan natural este estado de inferioridad, que cuesta trabajo persuadirla de lo indigno de su posición presente y de que debe aspirar a ser en la sociedad un miembro investido de iguales derechos que el hombre, su igual en todos conceptos".

Tal cosa no es, sin embargo, válida para la mujer culta. Y es en este aspecto precisamente, en las relaciones entre los dos sexos, en la esfera sentimental erótica y sexual de la vida de la mujer, en donde la cultura, que en muchos otros aspectos implica ventajas y aumento de posibilidades y oportunidades de satisfacción, resulta un grave inconveniente, y es factor decisivo de insatisfacción e incomformidad. La mujer que se ha cultivado, que a través de la instrucción, de la educación y del desarrollo de su vida afectiva ha logrado encontrarse a sí misma, ha conseguido reconocer su propia personalidad, y se da cuenta de lo que es, de lo que vale y de lo que es capaz, no puede por ningún concepto, resignarse a aceptar el papel de inferioridad que el hombre le asigna. Es entonces cuando surge

el conflicto entre la consciencia que la cultura despierta en la mujer, entre la posición ideológica ante la vida que la cultura le permite adoptar, y la condición de vida, el modo de vivir que esa misma cultura le impone. El conflicto aparece entre la idea y la acción, entre la teoría y la realidad. Teóricamente, económicamente, ideológicamente, la mujer puede fundar con razones biológicas, sociales, morales, su posición de absoluta igualdad frente al hombre, compañero de trabajo, amigo, amante o marido. Prácticamente, en la realidad, el hombre no le permite consolidar esa posición de igualdad, y en el trabajo, en las aulas, en el hogar, se ve obligado, por las normas sociales, morales y jurídicas, resultado de los prejuicios reinantes, a vivir una vida de inconformidad, de insatisfacción frente a lo que sabe que es injusto y es inhumano, una vida que muy frecuentemente es de franca rebeldía y decidida inadaptación. Su misma cultura, su misma capacidad de comprensión, no le permiten desarrollar los mecanismos de adaptación que casi sin excepción compensan la situación de la mujer inculta, y su impotencia frente a lo que quizá en mucho tiempo no puede ser remediado, la vuelve escéptica, la vuelve pesimista y despierta en ella una sensación de resentimiento.

Refiriéndonos ya más concretamente a este mismo conflicto dentro del matrimonio o en la esfera de las relaciones afectivas y sexuales, la inadaptabilidad de la mujer culta es más manifiesta. En repetidas ocasiones he sostenido que es absolutamente inexacto que la mujer intelectual, pero sobre todo, la mujer culta, que además de un conocimiento especializado, posee un concepto claro y preciso sobre asuntos artísticos, sociales, económicos; que es absolutamente inexacto, repito, que esa mujer que tiene una visión precisa de todos los problemas que interesan a la humanidad, y está capacitada para tomar una posición definida frente a ellos, pierda, como generalmente se acepta, su feminidad, siendo también totalmente falso, que al desarrollar sus facultades intelectuales lo haga en detrimento de sus sentimientos, de su afectividad y de su capacidad para amar. La mujer que se cultiva espiritualmente es capaz de amar tan intensamente como cualquier otra mujer, es capaz de entregarse íntegramente y de realizar los mayores sacrificios por el hombre al que quiera, quizá con más consciencia, quizá con más devoción que cualquier otra mujer. Pero esa mujer reclama reciprocidad, reclama comprensión, estimación y exige del

hombre una actitud de camaradería. "El indicio característico de la reconciliación de la compensación entre los sexos", dice un hombre, Alfredo Adler, "es la **camaradería**. La subordinación es tan intelerable en las relaciones sexuales como en la vida de los pueblos. Las cargas y dificultades originadas para ambas partes son tan grandes que todos deberían dedicar su atención a este problema, pues es tan inmenso que abarca la vida de todo individuo". Y más adelante, sigue diciendo Adler, interpretando fielmente los anhelos y aspiraciones de la mujer en sus relaciones con los hombres. "La desconfianza reinante entre los sexos es un mal bajo el cual padece la Humanidad entera. El exagerado ideal de la masculinidad constituye un requisito, un constante estímulo, un eterno desasosiego, todo basado en la vanidad. Hay que tener en cuenta que toda situación privilegiada está en contradicción con las naturales condiciones de la convivencia humana. No tenemos motivo para oponernos al ideal femenino de libertad e igualdad de derecho, sino que más bien debemos apoyarlo activamente, porque, en último término, la felicidad y la alegría de vivir de la Humanidad entera depende de su logro de que se establezcan condiciones que posibilitan a la mujer reconciliarse con su papel, así como de que el hombre sea capaz de solucionar su problema frente a la mujer".

Sin embargo, el hombre, en el estado actual de nuestro desarrollo cultural, en la etapa actual de la cultura imperante, que como antes decíamos es una cultura masculina, no es capaz sino excepcionalmente de conceder a la mujer lo que le pide. La moral sexual reinante, las normas éticas y sociales que rigen las relaciones sexuales y sociales en el amor y en el matrimonio, han sido dictadas por los hombres para su beneficio. Son unilaterales, no toman en cuenta la personalidad de la mujer y permiten que el hombre sólo pueda reconocer en la mujer dos tipos y dos finalidades: la mujer instrumento de placer, y la mujer esclava del hogar, con la circunstancia de que estos dos tipos, por la educación que el hombre recibe, por los antecedentes de su vida sexual, por los prejuicios que la religión y las conveniencias sociales le imbuyen, casi nunca coinciden en la misma mujer. Resultado de ello es la veleidad de los hombres, la infidelidad en el matrimonio, la poligamia y la falta de honradez y lealtad en las relaciones matrimoniales. Y consecuencia también de ello, la inconformidad de la mujer, la sensación de sentirse incomprendida, desprecia-

da, la convicción de su importancia para llenar totalmente y en todos los aspectos la vida del hombre que quiere. Y he aquí, en este capítulo básico de la vida femenina, en donde la cultura agrava la situación, y resulta quizá el único, pero el más grave inconveniente para la mujer. Porque la mujer culta comprende que no hay razones fisiológicas, ni psicológicas, ni religiosas, ni morales, ni jurídicas que expliquen esa situación de injusticia. Sabe que ella se debe a un vicio de educación en el hombre, a prejuicios infundados y reconoce que no sea una situación dada e inmutable, impuesta por la naturaleza, debiendo, sin embargo, concluir que las armas que la educación, la instrucción, el refinamiento de espíritu han puesto en sus manos, no son capaces de combatirla y de hacerla desaparecer. Las circunstancias antes expresadas explican la desconfianza tan grande que el hombre siente para la mujer culta. Ello da la razón también del gran número de mujeres intelectuales que permanecen célibes, así como de la frecuencia de sus fracasos sentimentales, y sociales cuando llegan al matrimonio. En otros casos, son las mismas circunstancias las que determinan la vida sexual desordenada que lleva a muchas mujeres, en su inquietud constante, en su anhelo continuo por encontrar el hombre que sepa comprenderlas y satisfacer su aspiración de compenetración total en el amor.

¿Pero es que esa situación de injusticia prevalecerá indefinidamente, y si ella es un caso dado y real dentro de nuestra actual generación, lo seguirá siendo en las venideras? La incursión siempre en aumento de las mujeres en los cauces de la cultura, la capacitación siempre creciente y progresiva del sexo femenino en las disciplinas científicas, la mayor participación de las fuerzas femeninas en las cuestiones sociales, económicas, y políticas, no serán capaces, con el transcurso del tiempo de lograr el equilibrio deseado entre los sexos y con ello poner las bases que garanticen un mayor coeficiente de felicidad para hombres y mujeres en el futuro? ¿No podrá la lucha de sexos, que desde tiempo inmemorial, con el predominio del masculino, perturba a la humanidad, convertirse en una armonía entre los sexos? Indudablemente que sí. Cuando una mayor participación de la mujer en la cultura, y un aumento de oportunidades en la acción le permitan sumar su propia productividad cultural a la del hombre; cuando a los rasgos exclusivamente masculinos de las corrientes culturales se agreguen las femeninas

que le imprima la mujer, la situación cambiará ineludiblemente. Cuando en las legislaciones, en la organización política y social, en las normas educativas, en la producción económica, la mujer imponga su colaboración, y la armonice con la del hombre, no habrá más prerrogativas, no habrá más supremacía, no habrá más preponderancia de unos sobre otros.

Y tal cosa, no es utopía, ni un deseo exclusivo de las mujeres que anhelamos un cambio de nuestra situación. Jorge Simmel, el notable filósofo alemán, en su ensayo que titula "Cultura femenina", analiza, a la luz de las características psicológicas femeninas las perspectivas que tiene en el futuro la participación de la mujer en la cultura. "Al querer las mujeres adoptar las formas de la vida y de la producción masculinas, aspiran, sin duda, a participar personalmente de los bienes de cultura ya existentes, pero de los cuales se han visto excluidas hasta ahora. Quieren, pues, aumentar su cultura subjetiva, ya sea este aumento para ellas origen de nuevas felicidades, imposición de nuevos deberes o desarrollo de una nueva educación personal".

Pero, se pregunta Simmel "¿Dará lugar el movimiento feminista a nuevas producciones? ¿Aumentará el caudal de la cultura objetiva? ¿Podrá ser un movimiento que produzca y cree? Partiendo de dos características específicas de la mujer: La unidad de su alma, es decir, la integridad en un todo armónico de su ser intelectual, afectivo y volitivo y la fidelidad, resultante ésta de aquélla, concluye que la mujer no sólo es capaz de asimilar e identificarse con la cultura subjetiva, la existente, la que él llama masculina, sino que es capaz de crear, reflejando en su creación sus cualidades propias y creando nuevos derroteros en la cultura del futuro. Se refiere, por ejemplo, a contenidos culturales que tienen la apariencia de neutros y que sin embargo podrían ser rubricados por las mujeres con un sello propio, que les harían ser diferentes de lo que son ahora. Así, dice "el sentido femenino de la justicia, tan diferente en muchos puntos del masculino, daría lugar a un derecho también distinto". Se refiere en seguida a aquellos aspectos en los que la actividad creadora femenina, tendría, en su concepto, mayores probabilidades de destacarse y habla de sus grandes posibilidades en el ejercicio de la medicina y la investigación biológica, en la que "una producción específicamente femenina y al mismo tiempo original, vendría a llenar los huecos que dejan las creacio-

nes masculinas"; en la ciencia de la historia, donde, según su expresión "el alma femenina podría crear, por su disposición subjetiva distinta, productos específicos diferentes de los masculinos"; en la esfera del arte; en la que según Simmel, "es más admirable la actuación femenina en pro de la cultura, siendo en las artes de la intuición en donde quizá, por razón de principio, se puede marcar mejor la obra de la mujer en obras característicamente femeninas".

Después de fundar y ampliar en forma magistral los conceptos antes enunciados Simmel dice: "Aquí podemos dar por terminado el examen de las posibilidades que se ofrecen a la mujer para realizar, en las esferas generales de la cultura, creaciones inaccesibles al hombre, o, dicho de otro modo, para aumentar la cultura objetiva con productos típicamente femeninos. Ahora dirigiremos nuestra atención a las dos formas de productividad femenina en gran escala: el hogar y la influencia de las mujeres sobre los hombres".

En estos dos aspectos de la actividad cultural de la mujer, es donde vendría a reflejarse su capacidad creadora y su posibilidad de dar nuevas orientaciones y nuevos horizontes a las relaciones humanas, a la organización social, a la actitud que los hombres deben asumir entre sí. Es a través de la influencia que la mujer estará capacitada para ejercer sobre sus hijos, cuando su desarrollo cultural le permita imprimir a la educación los rasgos característicos de su propia personalidad, como se logrará el advenimiento de nuevas normas de vida, de nuevos principios de organización social, de nuevas bases para las relaciones entre los sexos. Es pues, en síntesis, la mujer misma, la que está llamada a hacer desaparecer los factores de desequilibrio que actualmente imposibilitan la comprensión, la identificación y la mutua penetración que debieran existir entre hombres y mujeres.

Sirvan de estímulo en la tarea de superación cultural que la mujer debe continuar desarrollando, a pesar de los inconvenientes que la cultura le ofrece, las ventajas indiscutibles a que ahora vamos a referirnos, y que son, coque son o pasan por ser creadoras de cultura mo los inconvenientes, también actuales, palpables, sentidas y vividas ya desde ahora por todas las mujeres cultas, y que en parte compensan con su aspecto positivo, las consecuencias adversas que el desarrollo cultural puede tener para la mujer.

Hemos dicho ya que la consecuencia inmediata de la cultura es la posibilidad de to-

mar una actitud definida y consciente frente a los problemas humanos, posibilidad que puede traducirse en acción, y acción a su vez que puede ser fuente de grandes satisfacciones para quienes la ejercitan. Así pues, la mujer culta está capacitada para actuar en múltiples terrenos: en el científico, en el artístico, en el social, etc. y el resultado de su acción puede traducirse en satisfacciones tanto espirituales como de orden material. La satisfacción espiritual, íntima, de la obra que se realiza en cualquiera de los terrenos mencionados es indudablemente la que más contribuye a la sensación subjetiva de felicidad. Tenemos el caso, por ejemplo, de la escritora para la cual sus obras son fuentes a la vez de ingresos económicos y de satisfacción espiritual. Indudablemente que la autora estima y aprecia el rendimiento económico de su esfuerzo que le proporciona comodidades y satisfacciones de índole material. Pero más, mucho más estima la sensación subjetiva que le proporciona la posibilidad de crear, de producir, de expresar en forma tangible su elaboración mental, sus ideas, sus conceptos.

Otro tanto sucede con la pintora, para la cual la expresión de su sentimiento artístico, la traducción de su inquietud afectiva, en una obra que sabe que además puede proporcionar placer a los demás, es inconmensurablemente mayor que la expresión que el mismo esfuerzo puede tener en dinero.

La satisfacción espiritual por la obra propia, manifestación de cultura, está en razón directa del grado también de cultura de la persona que la realiza. Porque la supremacía del goce espiritual sobre el goce material es también resultado del desarrollo cultural de los sujetos, y esa supremacía se manifiesta por la mayor intensidad y duración de las sensaciones agradables, satisfactorias que producen los estímulos espirituales. La cultura, al mismo tiempo afina, educando el espíritu, la capacidad de percepción de esos mismos estímulos, dando, a las personas cultivadas, mayores oportunidades de satisfacciones. Y no es sólo en la contemplación y en la valorización de la obra propia, donde la mujer culta encuentra elementos de placer, sino también se los proporcionan las obras de los demás, obras artísticas, obras intelectuales, obras sociales. La contemplación de la naturaleza, los fenómenos constantemente variables e infinitamente llenos de espiritualidad que se realizan a su alrededor, son otras tantas fuentes de dicha interior.

Posibilidad de acción y de creación, posi-

bilidad de indentificación y valorización de la obra creada, ya sea propia, ya sea ajena, o manifestación de la naturaleza, son en síntesis dos factores que implican superioridad espiritual de la mujer culta sobre la mujer inculta y que implican ventajas, que la cultura le proporciona.

En el campo de la ética, en la esfera de la conducta, la cultura influye también poderosamente, no sólo para escoger el modo más correcto y más racional de vivir, sino también para proporcionar los elementos para ser más útil socialmente a los demás. La mujer, por su calidad de mujer está llamada a ejercitar la labor social, la acción de asistencia social al necesitado, al desvalido, al huérfano, con más tino, con más propiedad que el hombre. Pero la sola intuición, el solo sentimiento de conmiseración y de piedad, el concepto vago de la injusticia social, no son suficientes para que la mujer ejercite correcta y eficientemente una labor de ayuda social. La cultura que le permite conocer las causas de los males sociales, enfermedades, miseria, abandono, vicios, le proporciona también los medios para ayudar más efectivamente a los que los sufren. Y aquí también la obra realizada, que implica el cumplimiento de un deber, ofrece a la mujer estímulos y satisfacciones infinitas.

En el terreno político y social la mujer culta no puede tampoco permanecer indiferente. Sus conocimientos históricos, las nociones que tenga sobre sociología y economía, su capacidad de razonamiento, su sentido de justicia, la obligarán forzosamente a tomar partido ante las fuerzas antagónicas que dentro de los límites de los distintos países y fuera de ellos conmueven continuamente al mundo. Se ha dicho que la mujer por naturaleza es rebelde, y que en el campo social muy frecuentemente es revolucionaria. Tal actitud está perfectamente motivada en la mujer culta y no es una pura manifestación instintiva. La mujer, ella misma una oprimida, siente y se solidariza con la clase desvalida, percibe claramente las injusticias sociales y al participar decididamente en una lucha que trate de remediar tales injusticias, de corregir las desigualdades sociales, de imponer un régimen más equitativo y más justo no hace sino luchar por su propia causa. A ésto se debe el enorme contingente que la intelectualidad femenina ha aportado a las contiendas sociales de todos los países, y la importancia que su participación ha tenido en los resultados de tales contiendas. Ello explica el entusiasmo, la fé, la honradez y la bravura con que las mujeres inte-

lectuales rusas intervinieron desde mediados del siglo pasado en la preparación de la Revolución que hubo al fin de darles a ellas, a las mujeres de la Rusia Soviética el privilegiado puesto que tienen frente a las mujeres de todo el mundo. Es el mismo sentimiento de solidaridad social que la cultura despierta en la mujer, el que impulsó en nuestra patria a mujeres como María Arias, Dolores Jiménez y Muro, Elena Torres, Eulalia Guzmán y otras muchas, poetisas, escritoras, maestras, a tomar participación activa en nuestras luchas revolucionarias. Y es también ese sentimiento de solidaridad humana el que debe guiar en los actuales momentos a todas las mujeres cultas, para luchar por el advenimiento, en el mundo entero, de regímenes que garanticen la tranquilidad y la prosperidad de los pueblos, y en los que definitivamente desaparezcan los explotadores insinceros y ambiciosos llámense dictadores, líderes o patronos. La cultura le marcará a la mujer el camino a seguir, dándole autonomía en la acción, no permitiéndole dejarse engañar por las promesas y posiciones falsas de los demagogos, que sólo tratan de utilizarla como instrumento para el logro de sus ambiciones. Y esta posición de responsabilidad y esta capacidad para actuar consciente y honradamente en la lucha social, son otras tantas ventajas que la cultura aparta a la mujer.

Por último, y para terminar, debo referirme al aspecto quizá más trascendente en que la cultura es poderosa arma para la mujer, y es el que se relaciona con la educación de los hijos. Sólo una amplia cultura, conocimientos precisos en puericultura, psicología, pedagogía, sólo una firme posición ante la vida y un claro concepto de responsabilidad en el pensar y en el actuar pueden garantizar el cumplimiento de la función más elevada de la mujer: la atención y educación de los hijos. Aquí las ventajas de la cultura son patentes: hombre o mujer, niño, joven o adulto, los hijos recibirán siempre mayores beneficios en la atención material, en el cuidado espiritual, en la orientación moral que una madre culta puede proporcionarles, que los que pueda impartirle, a pesar de su enorme espíritu de sacrificio y de su gran devoción, la madre que carece de cultura.

Ya la satisfacción de la mujer, que equipada con los instrumentos de la cultura, al sentirse madre, sabe que en su hijo podrá realizar su obra máxima, su obra suprema, es tan grande, que esa sola satisfacción, ese sólo motivo de felicidad, bastan para borrar, bas-

tan para hacer que se esfumen, por intrascendentes todos los otros motivos de infelicidad que la cultura le depara en los demás aspectos de sus relaciones con los hombres.

Como resumen, para terminar, podemos decir: si es cierto que la cultura presenta para la mujer tanto inconvenientes como ventajas, estas últimas superan en importancia y

en motivos de satisfacción a los primeros, y un balance consciente de los resultados del desarrollo cultural nos permite afirmar con nuestra experiencia, que nunca la mujer debe arrepentirse de cultivar su mente, de afirmar su espíritu, de templar su carácter y de adquirir a través de la cultura el pleno desarrollo de su personalidad.

AVISO

Atentamente participamos al H. Cuerpo Médico, que contamos con existencias de todos los productos BALDACCI e I. C. I.

Pueden prescribirse las especialidades en la seguridad de que se encontrarán en todas las farmacias del país.

**Distribuidora Productos
Baldacci, S. A.**

Las Bases Científicas de la Higiene Mental

Dr. André Repond,

Presidente del Comité Suizo de Higiene Mental.

La **Higiene Mental** —ciencia y arte a un mismo tiempo— debe sus conocimientos y sus medios de acción a las más diversas fuentes. Se nutre por una parte, de las **Ciencias Naturales**: por sus demostraciones, sus conceptos y sus métodos; por otra parte las ciencias morales, la filosofía, la psicología y la psicopatología le prestan un apoyo fundamental; por último un sector no despreciable se nutre de conocimientos empíricos e intuitivos. Así pues, las bases científicas de la **Higiene Mental** pertenecen a dos órdenes de ciencias, en las que los principios, los métodos y los resultados son tan diferentes que en ocasiones pueden considerarse como antinómicos. Pero como la **Medicina** y con ella la **Psiquiatría**, quieren depender cada vez más de las Ciencias Naturales, de ahí se deduce que la **Higiene Mental** en cuanto a la forma y a esa parte de su actividad que no puede apoyarse sobre estas últimas, corre el riesgo de ser desconocida. No obstante las Ciencias Naturales y las Ciencias Morales no son otra cosa que dos maneras de abordar, de estudiar el mundo; pero bajo dos aspectos diferentes: lejos de oponerse, se complementan y así la Biología es la ciencia que utiliza y coordina sus esfuerzos y sus resultados, sin despreciar las experiencias del Empirismo.

Es superfluo discutir el valor de los distintos criterios de conocimiento utilizados por las Ciencias Naturales. Cuando la **Higiene Mental** se encuentra sobre este terreno su perspectiva se desarrolla sobre seguro y cree no deber tener cuenta más que de los problemas de orden práctico o técnico que se le plantean. La **Higiene Mental** sabe por ejemplo, que si se llega a suprimir la sífilis, se llegará al mismo tiempo a suprimir la parálisis general; que si se lograra disminuir el alcoholismo, se lograría asimismo disminuir la frecuencia del **Delirium Tremens**. Ya veremos sin embargo, dentro de un rato, las reservas que conviene adoptar delante de estos hechos ciertos. Por ello un determinado número de alienistas pien-

san que la **Higiene Mental** no debiera salirse de un terreno de apariencia tan segura, aunque así resulte limitada a un pequeño capítulo de la profilaxis general. Otros alienistas tienden a confinar los esfuerzos de la **Higiene Mental**, al estudio de ciertos problemas técnicos, a la realización de ciertos postulados de la Psiquiatría clínica o médico legal. Fieles a la concepción primera, defendida quizá en aquella época por **Clifford W. Beers**, ven en la modernización de los asilos de alienados, la modificación de las legislaciones sobre los enfermos mentales, en la creación de servicios abiertos, en el desarrollo de la asistencia social, etc., las más urgentes e importantes de sus obligaciones.

No hay duda alguna de que estas tareas diversas, de objetivos más o menos amplios, entran en el cuadro de los problemas que atañen de manera inmediata a la **Higiene Mental**. Pero ¿son estas tareas toda la **Higiene Mental**? Si recordamos la definición de **Higiene General**, vemos que esta constituye la parte de la Medicina que trata del medio en el que el hombre está llamado a vivir y de la manera de modificarlo en el sentido más favorable a su desarrollo. Más explícitamente: es la ciencia de las relaciones sanitarias del hombre con el mundo exterior y del estudio de los medios propios a entretener, incluso a mejorar, la acción normal de los órganos y por consecuencia a prevenir la aparición de las enfermedades. Pero es preciso convenir que si se aplica a la **Higiene Mental** una definición tan amplia, se plantean al mismo tiempo cuestiones de una extrema dificultad, de las que algunas son teniendo en cuenta el estado actual de nuestros conocimientos —y puede ser que siempre— insolubles. Además, la **Higiene Mental** depende en gran parte de ciencias aun nuevas e incompletas como la **Antropología**, de ciencias más o menos subjetivas y especulativas como la **Sociología**, la **Política**, la **Moral**, etc. Y se concibe que algunos, abrumados por esta tarea enorme y

ante la complejidad del tema, prefieran restringir la **Higiene Mental** a una labor simple y bien limitada; esto en el caso de que como otros, no se resignen a ver en ella una simple disciplina del intelecto siguiendo a **Augusto Comte** que llamaba **Higiene Cerebral** al "arte de no perturbar con lecturas sus meditaciones filosóficas".

Pero aun surgen otras cuestiones difíciles. En efecto, si la higiene tiende a mantener y reforzar lo que es normal, si ella es la ciencia y el arte de encontrarse bien, es preciso establecer antes que nada, lo que debe ser considerado como normal en el terreno mental, en el psiquismo. El estudio de los criterios, de las normas de la salud mental deberá entonces formar parte de las bases de la **Higiene Mental**, pues no podríamos pedir a ésta que mantuviese y reforzase un estado normal, si no sabemos los límites de esta normalidad y lo que por tal debemos entender. Es este un problema de una extrema dificultad, pues si queremos llegar a él, estableciendo simplemente el antagonismo de los extremos de la razón y de la locura, no sucederá lo mismo cuando tratemos de apreciar el carácter normal o anormal de ciertos estados emotivos, de las alteraciones ligeras y tan comunes del equilibrio nervioso, permanentes o accidentales y asimismo la yuxtaposición en un mismo individuo de rasgos, de tendencias, consideradas unas como normales y como anormales las otras. Pero aquí no se trata de cuestiones teóricas, sino de problemas que la Psiquiatría práctica nos pone delante a cada momento. Por otra parte, la misma Psiquiatría se ha vuelto muy prudente en sus apreciaciones, durante algún tiempo todo lo que se salía de la media o de una norma convencional, era en ella catalogado como patológico, como lo demuestran las tendencias de los trabajos patográficos inspirados en la labor de **Lombroso** sobre el genio y la locura. **La Higiene Mental** se guardará de recaer en estos errores pasados y de lanzar juicios sobre el valor de las obras de arte o de personalidades excepcionales, en cualquier dominio de que se trate, infiriendo de ello que el cerebro que las ha concebido "debe" encontrarse enfermo.

El psiquismo, cuyo normal desarrollo y mantenimiento en estado normal son por definición la tarea esencial de la **Higiene Mental**, no depende exclusivamente de los elementos cerebrales, sino que hay además que tener en cuenta, en una gran parte, los dominios psicológicos. Es pues un poco vanal decir que la **Higiene Mental** tiene que tener en cuenta

todos los elementos constitutivos del psiquismo. En la práctica no obstante, se pierde de vista esta verdad elemental, lo que se prueba claramente por el hecho, entre otros, del fracaso de la prohibición de las bebidas alcohólicas. Sin embargo, esta prohibición se justifica por un silogismo elemental: "El abuso de las bebidas alcohólicas causa desgracias innensas, suprimamos estas bebidas y por ende suprimiremos los males que de ellos resultan". Pero está bien probado por la experiencia de los años, que esta impecable lógica está influenciada por leyes biológicas más generales y que ignorábamos hasta ahora: que el alcohol, así como los demás tóxicos, opio, coca, haschich, etc., son un medio instintivo buscado a menudo por el hombre para escapar a las exigencias de la realidad, para disminuir ciertas tensiones psicológicas, para desarmar o atenuar el dolor y la angustia. Las experiencias de prohibicionismo han probado claramente, que el hombre a la larga, no se deja privar de los euforizantes, cualquiera que sea el precio que tenga que pagar. Por ello, a menos de encontrar compensaciones equivalentes, incluso si está temporalmente dispuesto a hacer el sacrificio bajo la influencia de una carga emocional, como fué por ejemplo la guerra mundial del 14 al 18, en el curso de la cual se instalaron las prohibiciones. Estas experiencias son de gran interés para el estudio de las bases científicas de la **Higiene Mental**: prueban en efecto, la insuficiencia de esos criterios de conocimiento y acción si están tomados unilateralmente de las Ciencias Naturales y desconocen la importancia de los valores psicológicos.

Nos podemos pues, preguntar, si las vastas experiencias de eugenesia, puestas en práctica actualmente en ciertos países y que tienen por objeto mejorar la raza, purgarla de sus elementos patógenos por la esterilización de todos los individuos atentos de ciertas enfermedades o de taras hereditarias, toman en cuenta suficientemente todos los factores biológicos. Estos ensayos eugénicos han sido abordados también a favor de un movimiento pasional y se apoyan sobre conocimientos unilaterales tomados de las Ciencias Naturales y dando lugar por este motivo, a resistencias psicológicas muy fuertes en las masas. Evidentemente es demasiado pronto para formarse un criterio sobre los resultados que hayan de dar estas medidas eugénicas, pero en definitiva serán tan difíciles de apreciar como las que se refieren a la prohibición de las bebidas alcohólicas. Por otra parte, es

natural que los que se ocupan de problemas de **Higiene Mental**, sigan estas experiencias con un profundo interés. Pero esto no debe ser motivo para dejar de ver que los argumentos que han justificado estas prácticas han sido escogidos unilateralmente. No debemos olvidar tampoco, que en las ciencias existe a menudo la tendencia a valorar o a sobreestimar la importancia absoluta y comparada de ciertas causas, porque estas se destaquen más netamente del complejo encadenamiento de las determinantes patógenas de una enfermedad. Esta sobreestimación temporal de ciertos factores, que dura hasta el día en el que nuevos descubrimientos los ponen en su lugar, en el encadenamiento de causas y de efectos, es motivo de cambios de dirección en los sistemas científicos. Claro que estas alternativas son inevitables: son toda la historia de la ciencia, pero es peligroso para la **Higiene Mental**, demasiado en sus comienzos y muy incierta aun, el asociarse a tentativas azarosas.

Y es que en efecto: el gran obstáculo contra el que se estrella todavía la **Higiene Mental**, es la incertidumbre de los conocimientos patogénicos e incluso etiológicos sobre las enfermedades cuya aparición que intenta prevenir. Así es para admirarse el que ciertos médicos, sea por falta de cultura general y filosófica, sea por un hábito y una disciplina del espíritu demasiado estrechamente ligado a las formas de razonamiento utilizadas por las Ciencias Naturales, olviden el precioso apoyo de los conocimientos proporcionados por las Ciencias Morales y Psicológicas y los que resultan del Empirismo. Sin hacer aquí un estudio epistemológico de los criterios de conocimiento que el Empirismo puede proporcionar a la **Higiene Mental**, es preciso hacer notar que cada uno, incluso el más escéptico en este sentido, se apoya natural y necesariamente sobre certezas intuitivas para todo lo que concierne a las cosas más esenciales de la vida. Pero puesto que este orden de conocimientos no es reducible ni conforme al método de pensar y de trabajar propio a ciertas disciplinas, se cree poderle negar todo valor científico y negarse a emplearlo de manera sistemática, desconociendo el hecho de que una operación del espíritu no es posible sin admitir implícitamente la vida.

En cuanto a la aportación de las Ciencias Psicológicas, es evidente que desde que han abandonado sus antiguas tendencias metafísicas, han dado lugar a un enorme progreso en el conocimiento objetivo del psiquismo.

Estas Ciencias Psicológicas pueden hoy establecer con rigor todo un conjunto de encadenamientos y determinaciones de la vida mental. Con los mismos puntos esenciales, diversos sistemas que se apoyan incluso en premisas diferentes, se completan y confirman mutuamente. Este es el caso por ejemplo, de ciertas teorías psicoanalíticas que concuerdan con los resultados obtenidos por la psicología configuracionista y fenomenológica, e incluso desde otros puntos de vista, con las experiencias de los reflejos condicionados, las conclusiones del conductivismo, etc. etc.

Es pues legítimo postular que la **Higiene Mental** para establecer las bases de su acción, se apoya sobre todos los órdenes de conocimientos científicos y empíricos, sin olvidar ninguna fuente de observación, ni ninguno de los elementos tan complejos de la personalidad humana. Dicho de otra manera: la **Higiene Mental** debe ser una Ciencia Biológica.

La salud y el equilibrio psíquicos dependen de condiciones y de factores múltiples y complejos: **hereditarios, constitucionales, educativos, familiares, sociales** de una parte, **instintivos, emotivos, intelectuales** de otra parte, y que todos dependen en cierta medida, del conjunto de elementos del equilibrio corporal. Todos estos factores muy diferentes cualitativa y cuantitativamente en cada uno, proporcionan a todo ser una ecuación personal de **Higiene Mental**. En consecuencia la acción de esta última no puede limitarse a promulgar reglas generales válidas para todos: para ser eficaz debe casi siempre adaptarse individualmente, ligarse estrechamente a cada persona. El estudio de las neurosis por ejemplo, ha demostrado la acción patógena de ciertas situaciones familiares o de ciertos errores educativos cometidos en la pequeña infancia, y es preciso hacer resaltar que la misma situación familiar, el mismo sistema educativo, que hayan comprometido el equilibrio psíquico de uno u otro niño, hubiera sido por el contrario eminentemente favorable a otros y les hubieran conferido una marcada robustez mental. Así es el que una educación muy severa puede ser nefasta a un ser introvertido e hiperemotivo, y sin embargo muy útil a una naturaleza exuberante capaz de elaborarse compensaciones normales.

Las fronteras de la **Higiene Mental**, en relación a la Psiquiatría Clínica y sobre todo a la Psicoterapia están mal definidas. En efecto, una parte de las medidas dictadas por la **Higiene Mental** bordea necesariamente en más o en menos, sobre el territorio de estas dos

disciplinas. Esto parece inevitable, pues no es posible pensar seguir los preceptos de la **Higiene Mental**, antes que haya surgido su necesidad; es decir antes de que ciertas perturbaciones, o por lo menos ciertos peligros, se hayan manifestado. Teóricamente la tarea de la **Higiene Mental** debiera consistir en prevenir la producción de situaciones patogenéticas, o si estas existen en prevenir que no resulte un perjuicio. Pero el número y la complejidad de las situaciones que pueden convertirse desde el punto de vista psíquico, en patogenéticas son tales, la cantidad de los elementos que pueden jugar aquí un papel es tan considerable, y por otra parte la sensibilidad individual y la predisposición a reaccionar de manera anormal en dichas circunstancias, son tan diversas, que una intervención puramente preventiva, sólo excepcionalmente podemos hacerla a su debido tiempo. Así pues, en la práctica la **Higiene Mental** se combina casi siempre con una acción terapéutica, no obstante lo cual permanece en su papel, porque remediando un síntoma previene la aparición de perturbaciones secundarias compensadoras, que pueden derivar de la misma forma, en la fijación de actitudes anormales con las consecuencias fatales que entrañan.

El predominio exclusivo de ciertas concepciones psicológicas y psicoterápicas, puede también dar lugar a una preocupación excesiva de la **Higiene Mental** por la Psicogenia de los síntomas, descuidando los otros factores patogénicos. Es muy tentador por ejemplo, para gentes de una cultura médica insuficiente, el convertir directamente en preceptos ciertas constataciones psicológicas y proclamar en forma perentoria, que si los padres se comportan de esta o aquella manera con sus hijos, el resultado fatal será la aparición en estos últimos de tal alteración del carácter, de tal síntoma nervioso. Otras gentes son, así mismo, poco objetivas cuando en el entusiasmo primero de su iniciación en el Psicoanálisis, creen poder prevenir la formación de perturbaciones mentales, modificando simplemente el punto de partida que esta teoría esquematiza recorriendo a la inversa el largo y complejo encadenamiento de causas y de circunstancias, que desde un punto cualquiera de partida conducen, a veces, a ciertos estados psicopáticos. Se ha creído en algún momento por ejemplo, que bastaría evitar la represión de ciertas tendencias instintivas para conseguir al mismo tiempo, prevenir una neurosis. Para las personas de experiencias, este simplismo es aleatorio, porque está claro que la

complicación y los recovecos de los fenómenos patogenéticos causales, son en casi todos los casos, excesivamente grandes y una profilaxis racional no puede olvidar en la medida de lo posible, todos los factores.

Se puede por lo demás, dirigir este reproche de estrechez en las concepciones de la génesis de las perturbaciones psíquicas, a los partidarios de teorías puramente somáticas, y no menores, a los que no ven en las perturbaciones mentales, más que el resultado de faltas o de insuficiencias familiares, educativas o sociales. El predominio exclusivo de cualquiera de estos puntos de vista conduce a una concepción biológica insuficiente de la **Higiene Mental** y se revela generalmente en la práctica como incapaz de obtener resultados satisfactorios. La teoría de la génesis social de las anomalías del carácter y del comportamiento es, en mi sentir, excesivamente sobrevalorada aun en nuestro tiempo. El hecho de que la tal teoría esté profusamente expandida, sobre todo, en los medios administrativos oficiales y los tribunales, origina uno de los mayores obstáculos al progreso de la **Higiene Mental** y es motivo de la ineficacia de sus intervenciones. Como muestra de esta insuficiencia, por no decir de su nocividad, citaremos no más, el sistema de las casas llamadas de corrección, que se muestra en la mayor parte de los países como absolutamente incapaz de lograr los objetivos profilácticos que le están encomendados y por hoy resultan por el contrario muy a menudo, focos endémicos antisociales.

La concepción puramente somática de la patogenia de las anomalías del carácter, del comportamiento, así como de las neurosis, resulta también estrecha e infructuosa, tanto en la teoría como en la práctica. ¿Qué puede hacer por ejemplo, la Medicina Somática ante perturbaciones tan comunes en la infancia como los celos patológicos, la manía de mentir, de robar, los malos hábitos como el de morderse las uñas, o aun más la tendencia a las neurosis histéricas y obsesionales?

Es preciso convenir en que dado el estado actual de nuestros conocimientos no es posible por ahora establecer una ortodoxia científica para la **Higiene Mental**. Por otra parte, en cada país la **Higiene Mental** ofrece un aspecto diferente, pues los problemas que debe resolver son distintos, lo mismo que la manera y los medios para abordarlos. Este particularismo de la **Higiene Mental**, producto también en parte de la Psiquiatría, va incluso más lejos aún, por los principios, los métodos, las

concepciones peculiares a cada escuela —y ya sabemos cuán exclusivas son también estas— varían de un lugar a otro y tienden naturalmente a orientar los aspectos locales de la **Higiene Mental**. Pero sería injusto el reprochar al movimiento en favor de la **Higiene Mental** sus incertidumbres, sus dudas, sus vacilaciones, tanto como sus entusiasmos. La **Higiene Mental** comienza sin embargo a disponer de un caudal de experiencia que le es particular y a desarrollar métodos que le son propios. Desde ciertos puntos de vista, parece tender a independizarse de la Psiquiatría Clínica y esto no solamente por lo que se refiere a su actividad social, sino también a su obra educativa. En efecto, en este dominio la **Higiene Mental** recibe más apoyo de la Psicología, de la Psicopatología, y de la Pedagogía que de la Medicina. La **Higiene Mental** en efecto, admite fundadamente que la persuasión, la sugestión, la confianza que se inspira, el temor, el odio o el amor que se despierta, son capaces de modificar no sólo momentáneamente, sino a menudo también de manera durable, los sentimientos, las ideas, los actos, el comportamiento e incluso el carácter de una persona. Admite también que esta acción no se extingue cuando una persona deja de ser clasificada en la categoría de las gentes llamadas convencionalmente normales, sino que por el contrario dicha acción es uno de los medios más eficaces de los que aquella persona dispone.

II

En la segunda parte de este estudio vamos pasar revista en forma sumaria, a ciertos capítulos de **Higiene Mental**, para ver hasta qué punto los criterios científicos generales desarrollados más arriba, pueden encontrar aplicación.

La patogenia e incluso la etiología de las enfermedades mentales llamadas funcionales (Esquizofrenias, Ciclotimias) son mal conocidas. En ellas son netamente discernibles los factores hereditarios, así como la acción de ciertas tendencias constitucionales, ya sean físicas o caracterológicas. También se empieza a valorar el papel que juegan en ellas, los factores somáticos infecciosos, glandulares e incluso los de ciertos fenómenos por carencia. Desde el punto de vista psíquico las modalidades reaccionales más o menos específicas, las tendencias afectivas e instintivas particulares, van catalogándose cada vez con mayor precisión, en los antecedentes de los enfermos, que se distinguen en general por

una vulnerabilidad psíquica característica en sus relaciones con la realidad. Debemos dudar de que ninguno de esos factores sea por sí solo suficiente para provocar la enfermedad y es mucho más probable que esta sea la resultante de varias, sino del conjunto, de tales insuficiencias, de tales inadaptaciones biológicas. Así en estos casos, no es de otra manera que teniendo en cuenta todos los factores posibles, como la **Higiene Mental** puede hacer una profilaxis racional con probabilidades de ser eficaz: atenuar las condiciones hereditarias desfavorables, utilizar todas las medidas posibles para modificar favorablemente la constitución física, tener en cuenta con una educación especial, de las cualidades caracterológicas, emotivas e instintivas del individuo, para proporcionarle una personalidad más firme, menos vulnerable y bien adaptada a la realidad. Tales son las tareas diversas, difíciles de realizar, que debe enfocar la **Higiene Mental** para abordar con posibilidades de éxito, la profilaxis de las psicosis funcionales.

La obscuridad acerca de la patogenia, repercute pues evidentemente sobre la acción preventiva, la cual ha de dirigirse forzosa-mente un poco al azar. Toda experiencia con un margen de continuidad y extensión, falta todavía en este dominio, mientras que cosa un poco paradójica, la prevención de trastornos psicóticos inminentes, ya se trate de una recidiva o de un primer acceso, ofrece a menudo posibilidades favorables. Una medicación sedativa enérgica, consejos y prácticas psicoterápicas que disminuyan la tensión afectiva, entretenimientos psicológicos, la ayuda prestada para resolver ciertos conflictos o remontar dificultades materiales, eventualmente un internamiento temporal en un establecimiento psiquiátrico abierto, permiten según mi experiencia, en ciertos casos, hacer retroceder después de unos días o unas semanas, los síntomas premonitorios amenazadores.

La Profilaxis de las afecciones mentales orgánicas, consecutivas a una afección física general, infecciosa, arterioesclerósica, disglándular, etc., es ante todo tarea de la Medicina y de la Higiene General. Claro que podrán ofrecer una actividad interesante a la **Higiene Mental**, pero como se comprende será inútil conformarse con ella: su acción está en efecto, tan completamente dirigida y determinada por los conocimientos patogenéticos que poseemos, que no podrá ser discutida más que en los detalles técnicos.

La prevención de las Toxicomanías y sobre

todo del alcoholismo, es un problema de inmensa importancia para la **Higiene Mental**, que por otra parte, no puede contentarse, en mi opinión, con las soluciones colectivas tan simplistas como el prohibicionismo. La etiología de la tendencia exagerada a los estupefacientes y a los excitantes, parece ser bastante compleja y comprende en principio factores hereditarios variables, factores constitucionales físicos y sobre todo psíquicos predisponentes y asimismo factores psíquicos más o menos permanentes de apetencia por los tóxicos y determinados por circunstancias individuales o sociales muy variables. La influencia y la interdependencia de estos factores parece variar enormemente en cada caso, lo mismo que la resistencia biológica a la acción deletérea del tóxico. Esta etiología compleja dicta la conducta a seguir por la **Higiene Mental**, tanto desde el punto de vista social como individual pedagógico, psicoterápico y en fin, somático. En este terreno también la **Higiene Mental** se apoya sobre conocimientos científicos que le prestan las ciencias más diversas.

También nos encontramos en semejante situación, cuando nos enfrentamos con el dominio, quizá el más importante, de su actividad; es decir, el que comprende la profilaxis de las neurosis de la infancia, la corrección precoz de las perversiones, de las anomalías del carácter y del comportamiento, la reeducación de los inadaptados infantiles que abandonados a su propia suerte o sometidos a las reglas de una educación ordinaria, abocan más o menos fatalmente sea a estados psicopáticos más graves, sea a la fijación permanente de sus tendencias disociales o antisociales. Y aunque no nos sea posible predecir en todos los casos, que tal o cual situación familiar desagradable, éste o aquél defecto de educación, aquella insuficiencia psíquica, conduzca fatalmente a un desequilibrio psíquico, se puede afirmar por lo menos que tales condiciones son favorables a la puesta en marcha de una anomalía. Se debe pues conceder una atención especial al desarrollo del niño cuando existen semejantes condiciones. Se sabe por ejemplo, que determinadas enfermedades infecciosas graves de la primera infancia, incluso aunque no afecten directamente al sistema nervioso, son amenudo un factor predisponente para la eclosión, en breve plazo, de ciertas neurosis. Lo mismo podemos decir de las atrepsias, de las formas atenuadas de la sífilis hereditaria, etc. Cuando se manifiestan los primeros síntomas de

un ataque al equilibrio nervioso, generalmente bajo la forma de cambios de carácter, de hipersensibilidad, lo más frecuente es contentarse con medidas de naturaleza somática, sin darse cuenta que, incluso cuando la espina orgánica ha sido eliminada, las anomalías del psiquismo que obedecen a su lógica y a un encadenamiento particulares, pueden perfectamente continuar y desarrollarse de una manera independiente. En estos casos la **Higiene Mental** no puede intervenir eficazmente más que teniendo en cuenta todos los aspectos de los fenómenos y sobre todo del psiquismo falseado que se revela por actitudes mentales reactivas o compensadoras de los malos hábitos contraídos durante la enfermedad y que de manera secundaria son generadores de síntomas nuevos. Esas insuficiencias físicas: una cojera, un pie equino, una deformación de la columna vertebral, etc., provocan casi fatalmente repercusiones sobre el psiquismo, determinando sentimientos de inferioridad, de insuficiencia, que a su vez dan lugar a supercompensaciones a veces adaptadas, pero más amenudo exageradas y morbosas, que se traducen en defectos del carácter, egocentrismo, actitudes de protesta, etc. En parecidos casos la **Higiene Mental** puede actuar dirigiendo la reeducación de los sujetos según sus disposiciones individuales, guiando y utilizando su capacidad normal de compensación, su facultad de sumisión a lo inevitable; favoreciendo en ellos el desarrollo de las cualidades, de los talentos, de las actitudes capaces de enmascarar su deficiencia física. Es por otra parte en este dominio de la reeducación preventiva, en el que la **Higiene Mental**. Pero bien entendido que es preciso que la **Higiene Mental** se apoye también en este caso, en los seguros métodos de la psicología intuitiva y científica. Los usuales procedimientos educativos de la intimidación, del castigo, y de la recompensa son—como lo ha demostrado la experiencia—inoperantes en la inmensa mayoría de los casos; mientras que los métodos inspirados en la psicología analítica, se ofrecen en general como de beneficiosa eficacia. Así pues, yo admito como válidas para la **Higiene Mental** las teorías y los métodos terapéuticos del psicoanálisis, que para todos aquellos que los conocen y los practican han modificado completamente el pronóstico de las neurosis, de las perversiones sexuales, de las anomalías psicógenas del carácter y de la conducta.

Es un hecho experimental el que estos métodos aplicados a la **Higiene Mental** de la in-

fancia anormal, nos proporcionan resultados positivos. En efecto, los encadenamientos psicológicos de las anomalías, no se encuentran aún a esta edad fijados de una manera definitiva y no se ha elaborado toda la superestructura complicada de los mecanismos compensadores, de las reacciones falseadas, de todas las desviaciones biológicas que se encuentran generalmente en el neurótico adulto. Durante la pubertad y la adolescencia, la **Higiene Mental** posee también una gran posibilidad de éxito, con la condición de que las personas encargadas de su aplicación poseen la experiencia, los conocimientos y el sentido psicológico necesarios. En esta edad la personalidad del individuo está ya más elaborada, una gran cantidad de problemas nuevos, principalmente de orden afectivo e instintivo, surgen embargando la atención del sujeto. En estas condiciones la labor de reeducación es más complicada que en la infancia, pues que el adolescente posee una tendencia mayor a huir y a olvidar sin resolverlas sus dificultades y sus problemas, a eludir las exigencias de la realidad corriendo a la captura de placeres, de distracciones, del deporte, de los compromisos amorosos prematuros.

Los problemas de **Higiene Mental** del adulto son en general de una extrema complejidad y en gran parte específicos. Si en Psicología Infantil se comete demasiado amenudo el error de tomar al niño por un pequeño adulto, de la misma forma se comete también el error de tomar al adulto por un niño grande. Desde el punto de vista biológico, la proyección de la realidad se ejerce sobre el adulto con mucho más fuerza que en el niño, incluso teniendo en cuenta que el adulto posee más medios para neutralizar, para sublimar y sobre todo para exteriorizar legítimamente sus instintos y sus sentimientos, que el niño tendrá necesariamente que reprimir y en todo caso disimular. De esta forma la multiplicidad y complejidad de las situaciones en las que las energías del adulto se engarzan, hacen a veces difícil la comprensión de un estado de desequilibrio latente que puede exteriorizarse de diferentes maneras, incluso bajo apariencias de absoluta normalidad. También es preciso decir que ciertas tendencias consideradas como perjudiciales e inaceptables en el niño, pueden por el contrario ser de gran utilidad para el adulto e inclusive una garantía de éxito en su existencia. Las actitudes infantiles de independencia o de protesta contra la autoridad por ejemplo, pueden en ocasiones convertirse en útiles, cuando el in-

dividuo ha devenido el mismo detentor de dicha autoridad y se identifica con ella. Asimismo la liberación de la sexualidad puede modificar profundamente mejorando el carácter, despertando la inteligencia, haciendo desaparecer espontáneamente ciertos síntomas nerviosos y aportando una compensación afectiva bienhechora a los sentimientos de privación, de odio o de celos concebidos en la infancia.

Apesar de esto, la **Higiene Mental** no sabría comprender los problemas del adulto, si no los estudiase en su continuidad biológica o si no pudiera rehacer la historia del desarrollo de su personalidad. En los individuos nerviosos por ejemplo, la **Higiene Mental** comprobará bastante regularmente la persistencia de actitudes infantiles mal adaptadas a la realidad presente, el mantenimiento inconsciente de reivindicaciones periclitadas, la busca de satisfacciones, de placeres, pertenecientes normalmente a una época de la vida ya superada. Los restos de infantilismos psíquicos, de los que está infiltrada en más o en menos la vida del adulto, pueden avocindarse con regresiones afectivas e instintivas, temporales o permanentes, que pueden producirse en ocasión de penas, desgracias, de pérdidas materiales, etc. Todos estos elementos más o menos manifiestos, constituyen la tarea de la **Higiene Mental** aplicada a la prevención de las anomalías psíquicas y nerviosas del adulto, ya de por sí complicadas y difíciles, pero tanto más en ocasión de que amenudo se trata de actitudes fijadas después de largo tiempo, de mecanismos psicopatógenos que se han desarrollado lentamente y cuyos síntomas, incluso considerados aislados, son el resultado de una desviación biológica de toda la personalidad. También hay que tener en cuenta que en muchos casos la reeducación desborda las posibilidades de la **Higiene Mental** y entra en los límites de la Psicoterapia. Apesar de estas limitaciones la **Higiene Mental** no permanece sin embargo inactiva: con sus consejos podrá atenuar ciertos síntomas y prevenir su agravación; con la propaganda se podrá hacer comprender "a los enfermos que se ignoran a sí mismos" la significación de sus perturbaciones e indicarles las posibilidades de cuidarse y curar.

En ciertos dominios más limitados, las bases de la acción científica de la **Higiene Mental** parecen sólidamente fundamentadas. La **Higiene Mental** es según mi opinión, un complemento imprescindible en la Orientación Profesional. También debe jugar un papel decisi-

vo en las consultas prematrimoniales, que en general son resueltas teniendo en cuenta casi exclusivamente los caracteres físicos de los futuros esposos. Las experiencias hechas en los **Estados Unidos** muestran que la **Higiene Mental** puede ser extraordinariamente útil en la **Higiene del Trabajo**, eliminando las dificultades psicológicas de la adaptación a este y previniendo los conflictos de disciplina. También puede servir para establecer una profilaxis eficaz contra los accidentes profesionales y no profesionales, de los que se sabe que en gran parte están producidos por causas psicológicas. La **Higiene Mental** debe intervenir también en valorar la capacidad de conducir automóviles, pues se ha demostrado que muchos accidentes de la circulación son debidos a actos fallidos, inconscientemente queridos. En nuestra época, en la que los Seguros Sociales-beneficiosos sin duda alguna bajo ciertos aspectos desarrollan en estratos importantes de la población civil, una mentalidad infantil de tipo netamente parasitario, la **Higiene Mental** puede contribuir a prevenir las Neurosis de Renta. También en el Ejército la **Higiene Mental** debe ocupar su sitio, pues puede ayudar a resolver los problemas de mando y de disciplina y prevenir numerosos conflictos de insubordinación y sobre todo las tan frecuentes neurosis de tiempo de guerra. Muchas situaciones y problemas humanos

(individuales, colectivos y sociales) se esclarecen cuando se les aborda desde el punto de vista de la experiencia adquirida por la práctica de la **Higiene Mental** y la Psicoterapia. Por otra parte es legítimo admitir que los métodos que consiguen curar o prevenir desequilibrios graves, incluso cuando se trate de individuos tarados o especialmente amenazados, pueden *a fortiori*, proporcionar resultados tan buenos sino mejores, si se aplican a personas mucho más normales y a situaciones mucho menos complejas.

En Resumen: La **Higiene Mental** dispone desde hoy de un cierto número de bases científicas y empíricas seguras y eficaces. Sus experiencias, sus conocimientos y sus métodos, se encuentran en pleno desarrollo. Los resultados a los cuales ha llegado, en las difíciles circunstancias por las que han atravesado sus comienzos, le permiten mirar el porvenir de su acción con tanta más confianza cuanto no especula en abstracto, pero debe en todo caso confrontar sus teorías y sus posibilidades constantemente con las exigencias de la acción preventiva y terapéutica. El movimiento de la **Higiene Mental**, creado por el generoso fervor de un hombre —**Clifford Beers**— aunque se encuentre en los comienzos de su carrera, debe de ser para la humanidad una de las grandes esperanzas del porvenir.



LABORATORIOS ALBAMEX, S. DE R. L.

TEL. ERIC. 14-29-00

QUERETARO 146

MEXICO, D. F.

Trabajos de la Cátedra de Medicina Social, de la Escuela de Medicina

Prof. Dr. Alfonso Millan

Auto-experiencia con la Marihuana

J. Pedro Ricaud

Quiero citar en este trabajo una experiencia hecha en mi persona con la droga, pues no me podía conformar con los resultados de experiencias hechas en otros y así poder presentar algo basado en mi propia experiencia en el asunto. Una vez que hube conseguido los cigarrillos me fumé dos seguidos; antes de hacerlo me tomaron el pulso el cual era de 78 y las respiraciones 18, no estaba en ayunas, previamente le encargué a mi compañero de cuarto que anotara los efectos que viera en mi; casi inmediatamente comencé a sentir primero una sensación muy agradable; una especie de embriaguez ligera, esto me duró poco pues al cabo de una hora todo cambió porque se instaló en mi una depresión la cual poco a poco se iba acentuando al grado de que ya no me daba cuenta de nada; en esos momentos me tomaron el pulso y había aumentado considerablemente pues tenía 95 y el número de respiraciones también aumentó a 25; esto me produjo un sueño intensísimo tal vez provocado por la astenia que naturalmente atribuí al efecto de la droga. Estuve sin poder probar alimento todo el día pues se me instaló un estado nauseoso muy marcado y cuando traté de tomar algo, aún agua, ésta me provocaba vómito inmediato; así estuve por toda la mañana pues la prueba la hice un domingo como a las 9 A. M.; para las 12 más o menos fué cuando traté de tomar agua y no pude, a las 2 de la tarde, quise tomar alimento y este además de repugnancia me produjo igualmente vómito; debo hacer notar que la sensación de sueño seguía en aumento; podía haberme dormido luego, pero quise hacer la prueba lo más amplia que pudiera y así es que estuve resistiendo este sueño toda la mañana, pero como a las 4 de la tarde no pude más y me dormí profundamente, desperté como a las 9 de la noche con un fuerte dolor de cabeza y al quererme levantar sentí un mareo muy marcado, así es que tuve que perma-

necer acostado; además sentía una sed intensa y el apetito era nulo.

Todo lo anterior es más o menos lo que experimenté al fumar la marihuana en el mismo día de la prueba; al día siguiente no pude asistir a las clases debido a la astenia que aún no desaparecía pues aún me duraba el efecto. El dolor de cabeza había desaparecido, el apetito lo había recobrado y el desayuno no me produce ningún fenómeno; se me volvió a tomar el pulso y a contar las respiraciones, ambas habían disminuído pues sólo había 83 pulsaciones y 20 respiraciones; lo único que no me había desaparecido totalmente era la astenia, pero creo yo que se debía a la falta de alimento en todo el día anterior y a la continua sensación de nauseas. Posiblemente esta descripción no refleje exactamente el efecto de la droga en mi, pero quiero repetir que a pesar de no tener facilidad amplia para describir, es la absoluta verdad de los hechos tal y como yo los sentí. Antes de terminar esto quiero agregar que a los dos días de la prueba estaba completamente bien.

Mediante observaciones en mariguanos se ha notado que presentan los siguientes síntomas:

I.—Orgánicos:—congestión facial y de las conjuntivas, polipnea constante, exaltación constante de los reflejos osteotendinosos, resequedad de la faringe, boca y nariz, hambre y sed constante, sueño.

II.—Subjetivos:—euforia, introspección, mareo, alteración de la marcha del tiempo, alucinaciones, agresividad; aunque esto no se presente en todos los casos. Se ha dicho también que produce pérdida de la conciencia y de esto se han valido muchos criminales para que les reduzca la pena al mínimo y también se han valido de esta circunstancia para considerarla como excluyente de responsabilidad penal.



DEMORPHENE

Reg. No. 20485 D. S. P. - Prop. No. 16429

DESINTOXICACION RAPIDA DE LOS TOXICOMANOS

Procedimiento de

M. M. DELAVILLE et DUPOUY
(Ac. de Medicina de París, 23 de Marzo de 1934)

Laboratorios BIOLABO

9. Bld. Maiesherbes. París.

REPRESENTANTE:

MAX ABBAT

Rhin 37

México, D. F.

COCAINA
MORFINA
HEROINA
ETHER
ALCOHOL

USESE EXCLUSIVAMENTE POR.
PRESCRIPCION Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA.

Cortesía de

LABORATORIOS IFUSA S.A.

MEXICO, D. F.

Oligofrenia e Higiene Mental

Dr. Francisco ELIZARRARAS.

Del Instituto Nacional de Psicopedagogía.

El Servicio de Higiene Mental Escolar, dependiente del Instituto Nacional de Psicopedagogía, tiene como fines fundamentales los siguientes: luchar contra las causas conocidas de las enfermedades mentales, mejorando las condiciones en que el niño se desenvuelve para hacerlo más resistente a la enfermedad; modificar la personalidad de quienes presenten alguna desviación o perturbación de ésta, orientándola correctamente; y, por último, tratar de colocar en la forma más conveniente posible a los enfermos para su debido tratamiento.

Uno de los más importantes problemas en contra del cual se han encaminado cuanto antes, los esfuerzos del Servicio es el que se refiere a la **debilidad mental**, ya que hay un enorme porcentaje de enfermos de esta clase que pueblan nuestros planteles educativos, con perjuicio para ellos mismos y particularmente para los escolares de mentalidad normal.

El débil mental, es un enfermo de la psiquis, perteneciente al grupo de los Oligofrénicos, y de todos ellos, es el que debidamente conducido y educado, puede vivir con provecho en comunidad con los llamados normales; pero, para lograrlo, repetimos debe conducirse, educarse y curarse convenientemente con el fin de transformar, en positivos valores humanos, lo que hoy día no es otra cosa que un pesado lastre para la sociedad. El tratamiento puede ser médico, quirúrgico, psicoterápico, psicopedagógico, social, etc., y tiende, en todos los casos, a un fin principal: el de la profilaxia de la mendicidad, de la prostitución, la delincuencia, etc., refugios en los cuales hallan lo que la sociedad, para su propio perjuicio, les negó, o sea, los medios sanos y honrados de vida.

La vida le exige al hombre, después de prepararlo, apenas mediantemente en la gran mayoría de los casos, encontrar por sí mismo un camino y abrirse paso a través de él; y si el individuo normal frecuentemente fracasa, con mayor razón ha de sucederle esto a quienes su psiquismo no los pone en condiciones de perfecta armonía con las exigencias, cada vez más difíciles, del medio social. (Adler).

No olvidemos que de la vida en este sentido nada bueno se puede esperar: la ambición humana no lo permite, lo que es en verdad psicológicamente comprensible, puesto que ésta admite solo hombres ya formados que tengan una orientación perfectamente definida y que tienda a un objetivo ideal de superioridad. La vida, como maestro o como amigo, es el peor de todos, pues carece de consideración; no es capaz de advertirnos, ni de enseñarnos, sino que nos rechaza friamente y nos deja fracasar.

El débil mental, al sentir la inferioridad psíquica, que le impide caminar al lado del normal, en todas las actividades humanas, al darse cuenta de su egoísmo y ambición acaba por ver, en quien debía ser su guía y su sostén, a un enemigo, un enemigo; contra el cual no puede luchar con las mismas armas y su inteligencia deficiente, su afectividad débil o pervertida son ahora un terreno fértil donde prende el desarrollo, como indicamos, del crimen, la prostitución o la mendicidad. Hablan con más claridad y seguramente son más convincentes que todo lo que podamos decir los datos estadísticos expuestos a continuación:

1o.—El 40% de los asilados en las instituciones de Caridad y Beneficencia de los E. U. de A. son débiles mentales.

2o.—La delincuencia da un gran porcentaje de ellos. Dn. Mariano Ruiz y Funes nos asegura que en las 3/5 partes de los casos, el delito se halla bajo la dependencia de factores de orden morboso. Verwack señala que solo una tercera parte de los delinquentes son sanos mentales. Baste con los datos anteriores que nos suministran ambos eminentes criminólogos de fama internacional, para hacer patente nuestra aseveración; bien es cierto que estas cifras incluyen, no solo los débiles mentales, sino también sujetos que pertenecen a otros muchos grupos que padecen perturbaciones psíquicas. Las estadísticas americanas anotan el 50% de hipofrénicos entre los reclusos en las prisiones. Nosotros, en 421 reos examinados en la Colonia Penal, encontramos 311 anormales psíquicos de los cuales, 92 eran débiles mentales.

3o.—En las estadísticas referentes a la pros-

titución, la mayor parte de los autores que se han ocupado del asunto, dan cifras que varían entre el 45 y el 70% de hipofrénias.

Todos estos hechos obligan a fijar nuestra atención en estos seres, para guiarlos precisamente en esa edad en que es posible darles sin grandes esfuerzos una orientación correcta: nos referimos a la edad escolar; máxime, cuando hay otra razón para hacerlo ya que en esta época es, en la gran mayoría de los casos cuando el diagnóstico se hace posible al ingresar el niño a la escuela.

En efecto, el niño, en el transcurso de los primeros seis años de su vida, pasa desde la simple percepción sensorial al trabajo intelectual, al tiempo que aprende a dominar su cuerpo, a tratar al material que lo rodea del que ha de echar mano para formar sus experiencias posteriores y a adaptarse a las influencias del ambiente.

La escuela exige un desarrollo mental que capacite al niño para conformar conscientemente su pensamiento a exigencias nuevas; es decir, no estará convenientemente desarrollado, sino hasta cuando haya adquirido esa aptitud de adaptación mental que le permita comprender nuevos problemas y condiciones nuevas de vida.

El débil mental, por las razones indicadas, no podrá seguir al niño normal en esta primera exigencia, y se ve precisado a cambiar, reaccionando en una forma tal que la sola observación de ella servirá de pista segura en el diagnóstico.

Es ahora cuando el tratamiento se impone, porque los resultados serán con toda seguridad más efectivos, pero hay que reconocer que la sola observación de los síntomas que más adelante expondremos no bastan para formular el diagnóstico, pues reacciones semejantes encontramos en otros escolares que sufren estados patológicos diversos, por ejemplo: aquéllos en quienes hace presa el complejo de inferioridad, que por desgracia son muy numerosos. Los débiles físicos, los que padecen de enfermedades orgánicas crónicas y por último, ese grupo de escolares a quienes se ha dado el nombre de "niños problemas", todos ellos, repetimos, presentan un cierto número de síntomas que constituyen síndromos con variaciones de fondo bien clara, que los individualizan; desgraciadamente son poco apreciables a la simple observación del maestro. Estos síndromos se caracterizan por las siguientes manifestaciones:

- 1.—Nerviosidad e inquietud.
- 2.—Atención débil y poca concentración.

3.—Anhelos continuos de llamar la atención del maestro y de los compañeros.

4.—Tendencia marcada a molestar a los demás.

5.—Falta de popularidad e inhabilidad para adaptarse al grupo.

6.—Poco aprovechamiento.

La primera selección debe hacerse por el maestro en la escuela, remitiendo al médico escolar todos los casos sospechosos que encuentre en su grupo.

El médico a su vez, eliminará todos aquellos en que aparentemente, hay deficiencia mental y que, en realidad, solo es debida a padecimientos de índole general, enviando a la Clínica de Conducta del Servicio de Higiene Mental, a los demás niños para su estudio y clasificación.

Las escuelas de educación especial para esta clase de enfermos, serán las encargadas de impartir el tratamiento necesario, preparando a los educandos, de acuerdo con los conocimientos actuales, para adaptarse al medio en que viven, con la mira siempre de hacer de ellos valores útiles a sí mismos y a sus semejantes.

Así pues, para tener un conocimiento completo de lo que es la debilidad mental hemos de pasar revista a las causas, los síntomas y la clasificación de las llamadas oligofrenias.

Causas de las oligofrenias.—A muchos factores se han incriminado como causas de las oligofrenias, particularmente las infecciones, intoxicaciones y traumatismos, pero, no todas están plenamente demostradas, por cuyo motivo solo nos ocuparemos aquí de aquellas que no dejan la menor duda, porque las observaciones y la experimentación lo han confirmado en numerosos casos.

1o.—Hereditarias.

a.—Trátase con frecuencia de disposiciones familiares que se manifiestan de esa manera (**Idiociá amaurotica familiar**).

b.—Terreno **neuropático y psicopático** en que se presenta la oligofrenia como último eslabón de una generación progresiva.

2o.—Infecciosas.

a.—Fundamentalmente hemos de considerar la sífilis de los padres cuyo mecanismo de acción está perfectamente demostrado, pues el **treponema** pasa directamente de la madre al hijo.

Ahora bien, el mayor o menor número de daños producidos en el organismo depende de un sin número de factores, que corresponden unos, al **producto** mismo, (terreno en que va a evolucionar la infección), otros al **trepo-**

nema (virulencia en este) y otros, por último, al mayor o menor grado de desarrollo del feto en el momento de la infección.

b.—Todos los padecimientos crónicos de la madre, particularmente los capaces de originar un estado grave de intoxicación pueden obrar sobre el **producto** y especificando más todavía, sobre su sistema nervioso, degenerándolo. Principalmente los padecimientos gastrointestinales, **hepáticos y renales**.

3o.—Tóxicas.—De todas las intoxicaciones de los padres, el alcoholismo ocupa el principal lugar y no es exagerado decir que debe considerarse como la causa más frecuente de este padecimiento mental.

El alcohol obra, como lo han demostrado numerosos investigadores, directamente en el testículo degenerando el espermatozoide que el fecundar al óvalo dará un producto igualmente degenerado. Las experiencias de Feré, Stockard, Nicloux, Ferrari, etc., demuestran plenamente la influencia del alcoholismo en la patología de esta enfermedad.

4o.—Padecimientos de los órganos genitales de la madre, que pueden obrar produciendo por diversos mecanismos, malformaciones craneanas o cerebrales.

5o.—Enfermedades del feto o del niño, principalmente meningitis y encefalitis; la aplasia o hipoplasia de ciertas glándulas endocrinas, sobre todo del tiroides.

6o.—Algunas heridas del cerebro, por lo general de origen traumático. Aquí hemos de considerar los traumatismos obstétricos en los partos prolongados, en las aplicaciones de forceps penosas y difíciles.

Por último el Dr. Gott dice textualmente "en el transcurso de los años, he adquirido el convencimiento de que los medios anticoncepcionales, cuando no producen el efecto apetecido, pueden alterar el huevo y preparar el terreno a la Oligofrenia.

Síntomas.—Gott dice que las oligofrenias son aquellas formas de anormalidad mental en las cuales el déficit patológico radica en el territorio de las aptitudes de la comprensión, del pensamiento y de la capacidad de juzgar, es decir: en la esfera del complejo de funciones y facultades que se denomina inteligencia.

Analícemos en detalle los procesos intelectuales partiendo de los simples a los complejos para hacer resaltar las deficiencias que caracterizan a la Debilidad mental.

Normalmente las terminaciones nerviosas sensoriales reconocen las impresiones del me-

dio ambiente, que en conjunto forman las sensaciones, las cuales a su vez, al llegar a la corteza cerebral serán "elaboradas e interpretadas" constituyendo las percepciones; siguen en orden de complejidad la atención y la memoria; hasta aquí, terminan las facultades intelectuales de adquisición, siguiendo el estímulo un camino de fuera hacia dentro es decir centrípeto. Después vienen las funciones centrífugas, a partir de la inauguración, siguiendo la ideación y por último, el razonamiento.

Todas estas facultades trabajan armónicamente por medio de las funciones de asociación, pudiendo, el individuo normal, con los estímulos que llegan a su centro nervioso y con los que conserva a través de su vida, conocer, definir, clasificar, deducir e inducir; es decir, razonar, elaborar juicios.

Ahora bien, en la oligofrenia, los defectos intelectuales son una consecuencia y una manifestación de numerosos estados anormales del cerebro; revistiendo la sintomatología una complejidad tal, que hasta el momento presente no ha sido posible distribuirla sistemáticamente en grupos, perfectamente definidos.

Los síntomas de los estados profundos en la oligofrenia, no interesan en este trabajo, porque, nos estamos ocupando solamente de la debilidad Mental por la índole misma de este estudio, que tiene la intención de marcar un camino práctico para el conocimiento de este tipo de enfermos, del cual se desprende, de acuerdo con nuestras posibilidades, una terapéutica apropiada.

Ziehen dice, que en la Debilidad Mental, se trata más de trastornos y defectos que interesan a las condiciones mismas del trabajo que a la inteligencia misma.

Así vemos que los casos ligeros, en la elaboración de conceptos apenas fracasa, contrastando con la deficiencia que se observa en el campo de las ideas completamente abstractas.

El trastorno intelectual propiamente tal, se manifiesta en los juicios, deducciones, combinaciones y reconoce como fundamento no sólo la escasez de conceptos bien elaborados, sino también la incapacidad de reunir o reparar dichos conceptos según las necesidades del momento. En esta cuestión desempeñan un papel importante las funciones de asociación mental, cuanto más numerosas son estas, tanto más elevado es el grado de inteligencia. Naturalmente que es importante, te-

ner en cuenta, la calidad de las asociaciones y de la combinación de ideas aprovechables para un fin determinado.

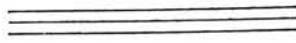
Esto es precisamente lo que les falta a los Débiles Mentales, apesar de que sus facultades intelectuales inferiores se encuentran conservadas y aún en no raros casos hipertrofiadas.

La Clasificación.—Parece natural distinguir grados ligeros, medios y profundos del déficit mental, tomando en consideración la cantidad e importancia de los defectos funcionales que se observan; designándose sucesivamente con los nombres de Debilidad Mental, imbecilidad e idiocia. Pero los límites que separan unos de otros de estos grupos clínicos y a los débiles mentales del normal,

son sumamente imprecisos y no existe un patrón o medida utilizable, pues los propuestos hasta ahora por psiquiatras o psicólogos son insuficientes. En efecto se han propuesto, la atención, la memoria, la palabra, pero estas no siguen un desarrollo parejo a la inteligencia.

Más adecuada resulta siguiendo la escuela alemana moderna, distinguir a los débiles mentales capaces y a los incapaces de ser educados e instruidos, naturalmente que sin darle al concepto de instrucción toda su amplitud. Nos parece pues muy adecuada y sobre todo práctica, esta clasificación en dos grandes grupos, unos socialmente útiles y socialmente inútiles los restantes.

Dr. Francisco ELIZARRARAS.



La quimioterapia oral de la gonorrea con **ALBUCID**

es sencilla:

4 veces al día 2-3 tabletas.
después de las comidas.

corta:

5 días de tratamiento.

segura:

el coeficiente de curación llega al 90%

innocua: ★

entre los miles de casos tratados no se observó efecto secundario alguno.

★ El organismo acetila las sulfanilamidas para desintoxicarlas. En el ALBUCID dicha acetilación se ha obtenido en tal forma que, contrariamente a lo que ocurre con el producto eliminado por el organismo, el preparado tiene una acción altamente intensa y específica sobre el gonococo, conservando intacta su inocuidad.

Reg. No. 21553-D. S. P. Prop. No. 20177



ENVASE ORIGINAL: TUBOS CON 20 TABLETAS DE 0.5 gr.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

QUIMICA SCHERING MEXICANA S. A. VERSALLES 43

Labor Médica Penitenciaria

Dr. Jesús Siordia G.

Secretario de la Liga Mexicana de Higiene Mental. - Médico del Manicomio de la Castañeda

No es mi intención al abordar este tema, el hacer una crítica de la situación que actualmente guardan nuestros presidios, no es tampoco la de censurar la labor que los encargados de los mismos o de los Servicios Médicos en su interior desarrollan. La mayoría de los que por diferentes circunstancias hemos tenido ocasión de trabajar en la Penitenciaría del Distrito Federal, conocemos los sistemas y organización actuales. Solamente me concretaré a exponer lineamientos generales sobre la labor que el personal médico de un presidio, en mi concepto, debe desarrollar teniendo en cuenta que el fin primordial perseguido debe ser la readaptación del delincuente por todos los medios a nuestro alcance.

Por las condiciones en que actualmente funciona la Penitenciaría del D. F., en la cual se aloja indistintamente tanto a los reos sujetos a proceso, como a los que ya han recibido sentencia y se encuentran extinguiéndola, me veo obligado a hacer desde luego una gran distinción: actuación médica ante sujetos procesados y actuación médica ante sujetos sentenciados. Hago esta división porque la situación legal de un individuo obliga a considerar el aspecto puramente médico-legal y psiquiátrico en los primeros, lo cual sirve en muchos casos como base para orientar las decisiones que la Autoridad Penal toma cuando por cualquier circunstancia llega a su conocimiento que está sujetando a proceso a un individuo anormal de la mente. Fuera de estos casos, la corta práctica que tengo en medios penitenciarios me ha hecho comprender que toda labor médica dentro de un presidio mixto, como actualmente funciona la Penitenciaría del D. F., debe ser uniforme tanto para los que están en una como en otra condición.

Desconozco en lo absoluto las normas jurídicas que siguen en la actualidad en nuestro medio los Señores Jueces Penales para llegar a conocer en cada caso el estado mental del sujeto procesado. Tengo entendido que desde el momento en que un individuo comete un delito suficientemente grave para ameritar

consignación judicial, se le instruye proceso y desde entonces permanece en espera de la resolución judicial que habrá de definir su situación. En estas condiciones es el Juez quien más debe sentirse interesado en conocer la personalidad somática y mental del delincuente, el diagnóstico de sus padecimientos, anomalías o deficiencias y la correlación que pueda existir entre su personalidad integral y el delito cometido, así como la hipótesis sobre la etiología y psicogénesis del delito, todo lo cual seguramente le ayudará para normar su criterio hacia la aplicación de tal o cual sanción.

Cierto es que, en la actualidad, y por razones de índole legal, en el procesado todos los estudios psico-somáticos están a cargo de médicos forenses del Servicio Médico-legal, quienes son los encargados oficialmente de prestar ayuda a los señores Juzgadores, pero aun desconociendo el suscrito con detalle la Legislación Penal vigente, por algunos casos aislados en que me ha tocado intervenir, sé que hay ocasiones en las que algunos CC. Jueces Penales solicitan de otras dependencias distintas al Servicio Médico-legal, como son el Manicomio General y el Departamento de Prevención Social, la intervención de peritos psiquiatras para lograr alguna orientación sobre el particular.

Fuera de estos casos, creo poder afirmar que la mayoría de los Señores Jueces Penales se concretan a agotar los requisitos que la Ley les impone y dictan sentencia sin tener en cuenta, en muchos casos, el estado psico-somático del acusado. Naturalmente que hay casos en que sí se tiene en cuenta este estado, pero no he tenido conocimiento de las condiciones en que sea obligado el examen correspondiente para llegar a su conocimiento.

En algunas ocasiones, sea por la simple sospecha del Juez (cosa que sucede cuando los trastornos mentales son muy ostensibles, o bien cuando el Juez es persona con larga experiencia y algo conocedor de problemas psiquiátricos), sea por promoción de alguna de las partes actoras, o sea finalmente por cualquier otro motivo no previsto por mí, se

llega a tener alguna duda sobre la integridad mental del acusado, se solicita el dictamen psiquiátrico antes de dictar sentencia, pero es de suponerse que en muchos casos, cuando no concurre alguna de las circunstancias señaladas y el sujeto es considerado normal, puede no serlo, lo cual da lugar a errores judiciales precisamente por la falta de un examen psicológico o psiquiátrico sistemático en todos los delinquentes.

En apoyo de lo anterior anoto la observación personal de que he logrado examinar en la Penitenciaría a algunos sujetos ya sentenciados, que padecen neuro o psicopatías, que seguramente tuvieron alguna relación con la comisión del delito correspondiente y no obstante haber sido objeto de un proceso con todas sus formalidades, en ningún momento se descubrió su verdadero estado.

Las líneas anteriores obligan a sentar desde luego una conclusión: urge en nuestro medio la creación de un Servicio de Psicología Criminal, que funcione en forma coordinada con el Servicio Médico-Legal y se encargue del examen de todos los individuos que por cualquier circunstancia entren en conflicto con la sociedad dentro del terreno de la Justicia Penal.

Aunque propiamente, la labor de un servicio de esta naturaleza no es exclusivamente médica, sino de psicología o psiquiatría, por el hecho de que el alienista es el más preparado en este terreno, he querido englobar estos aspectos dentro de este trabajo, ya que tiene por mira exponer en forma general todo lo que tenga relación con actividades médicas relacionadas a su vez con los problemas penitenciarios.

Labor médica en el interior del Presidio.

En primer lugar, el personal de médicos debería ser preparado, conocedores del medio en que trabajan, o cuando menos con aptitudes e inclinación hacia los problemas conexos, ya que sería casi imposible pedir preparación a los que, aún con el deseo de conocer estos medios penitenciarios no hayan tenido oportunidad de tomar contacto con los mismos. Es decir, que todos los médicos que vayan a trabajar en estas actividades, tengan interés por estudiar el aspecto criminológico y penitenciario que les corresponda, para que el Establecimiento Penal sea para ellos una verdadera clínica, una escuela donde en el transcurso de más o menos tiempo adquieran la práctica suficiente para desarrollar trabajo útil, para colaborar coordinadamente en la

resolución del fin primordial mencionado: la readaptación social del delincuente.

Este personal médico deberá integrarse con profesionistas de diferentes especialidades, con objeto de que en el interior mismo del presidio se practiquen todas las investigaciones y tratamientos especiales que cada caso particular requiera.

Para coordinar toda labor médica en un presidio, desde un punto de vista general deben tenerse en cuenta, como en todo problema biológico, dos factores primordiales: el individuo mismo y el medio.

Con relación al medio, es decir, las circunstancias exteriores o ambientales, debe comprenderse todo lo que se relaciona con la higiene del local, que comprende desde la distribución general del edificio, su amplitud, capacidad, ventilación, instalaciones sanitarias, etc.

En este momento sería oportuno tratar el problema de la conveniencia o inconveniencia del sistema llamado "celular", pero prefiero no extenderme en este tema que daría lugar a discusiones, dejando sólo anotado que lo considero desde luego inconveniente, ya que en mi concepto lo ideal sería una distribución a base de salones dormitorios de mediana capacidad, con muebles adecuados, dejando las celdas en reducido número y destinadas exclusivamente para el aislamiento temporal de individuos en determinados casos en los que sea inconveniente su presencia en los dormitorios colectivos.

La higiene del local tendría que extenderse naturalmente a todos los sitios del local: "crujías", escuelas, talleres, sitios de deportes, teatro, etc.

Otro problema higiénico se refiere a la alimentación. Para poder resolverlo en forma científica es necesario que se emprendan investigaciones sobre el valor energético de los alimentos de que se pueda disponer, para calcular las raciones medias necesarias, teniendo en cuenta que tendrían que ser variadas y suficientes.

Todos estos aspectos tienden en rigor hacia el mejoramiento del "standar" de vida del recluso, lo cual indudablemente es un importante factor en el problema de su readaptación social.

En relación con el individuo mismo, la labor del médico sí debe ser más bien precisada. Podría dividirse en dos grandes aspectos: Labor médica exclusivamente y labor médico-psicológica y psiquiátrica. Ambas deben es-

tar constantemente coordinadas en busca de un fin: el estudio integral de cada individuo, con objeto de controlar por medio de una ficha médica individual todo lo relativo a cada recluso, sus características somáticas y mentales, su estado de salud, los tratamientos a que sea sujetado, etc.

La labor exclusivamente médica, o sea la que actualmente llaman de "enfermería", debe tener por objeto el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos de orden médico-quirúrgico, que es lo que podría ser llamado servicio de hospital. La atención se debe prestar sea encamando a los que así lo ameritaran o bien bajo el sistema de "consulta" en el caso contrario.

Para llevar a buen fin este objeto es necesario que en el Hospital existan cuando menos los siguientes servicios: medicina interna, cirugía, venereología, oftalmología y otorinolaringología, radiología, laboratorio para investigaciones clínicas y farmacia. Además, sitios para aislamiento de tuberculosos contagiosos y para enfermos infecciosos.

Naturalmente que cada uno de estos servicios requiere la labor de médicos y personal especializados en la rama correspondiente.

Finalmente hay que anotar que se requieren locales especiales para la atención médica de las mujeres.

Para poder realizar en forma efectiva el control médico completo de todos los reclusos, no basta el estudio de los individuos que espontáneamente solicitan atención médica, tal como existe actualmente la costumbre entre los médicos de la Enfermería, quienes mandan a un practicante a que recorra diariamente las crujías, preguntando a gritos "quién quiere recetarse", sino que es necesario practicar el examen médico periódicamente a todos los reclusos.

Esto es precisamente algo de lo que los médicos de la Delegación del Departamento de Prevención Social, tenemos la misión de hacer con los sentenciados; pero hay que hacer notar que éstos son una minoría, ya que constituyen aproximadamente una cuarta parte de la población total del Presidio.

El examen médico periódico con anotaciones, mediante ficheros de control "ad hoc", presta grandes servicios tanto para la atención médica eficaz como para el desarrollo de las campañas contra las enfermedades contagiosas: tuberculosis, sífilis, venéreas, parasitarias, (principalmente de la piel), etc.; lo cual traería desde luego como resultado el aislamiento de los que lo ameritaran por sus condiciones pa-

tológicas especiales que los constituyen en propagadores de enfermedades.

Labor del médico psiquiatra.

Casi al principio de este trabajo ha quedado anotado mi criterio en relación con el estudio psicológico y psiquiátrico de los individuos sujetos a proceso. Sin embargo, y repitiendo lo dicho también antes, que por el actual funcionamiento mixto de la Penitenciaría, es necesario continuar la observación de todos los reclusos, tanto procesados como sentenciados.

Teniendo en cuenta que nuestra actual Legislación Penal, pretende seguir en parte las tendencias de la Escuela Positiva, según la cual no se trata de castigar el delito cometido, sino de defender a la sociedad, creo que la autoridad encargada de hacer cumplir las sanciones privativas de libertad debe agotar todas las investigaciones necesarias en cada caso particular para obtener el conocimiento de la personalidad integral del delincuente, cosa que a su vez daría a conocer su peligrosidad social, las probabilidades de su readaptación y los medios adecuados para obtener ésta. Es precisamente durante el tiempo de reclusión cuando todo esto se debe realizar, y ¿a quién si no al psiquiatra corresponde esta labor?

Así como al referirme a la labor médica general, hice notar la necesidad del estudio periódico de todos los reclusos en forma sistematizada, así también en lo relativo a la observación psico-psiquiátrica es indispensable hacer notar que se impone la necesidad de que sea sistemáticamente realizada, para completar el estudio integral de cada individuo.

Tal vez, desde el punto de vista criminológico, esta observación sea todavía más importante que cualquiera otra, ya que por medio de ella podemos llegar a conocer la constitución mental del sujeto, sus tendencias, sus instintos, su "modo de ser" y en muchos casos las anomalías o deficiencias de su mente.

El conocimiento de lo anterior en algunos casos nos puede dar alguna luz, en ocasiones la hipótesis, que nos hace descubrir la etiología (biológica o social) y la psicogénesis del delito cometido.

El estudio individual sistemático de todos los reclusos da como resultado el descubrimiento de enfermos mentales francos, de oligofrénicos, de neuropatas y psicópatas, de enfermos neurológicos, de toxicómanos y de alcohólicos. Desde luego todos estos individuos engloban otros tantos problemas que es

necesario resolver dentro del mismo presidio.

Creo llegado el momento de referirme al Anexo Psiquiátrico, que en toda Penitenciaría debería existir.

En nuestro medio es el Departamento de Prevención Social el único organismo que desde hace varios años ha tratado de organizar en la Penitenciaría del Distrito Federal un anexo de esta naturaleza, pero por razones presupuestales no le ha sido posible realizar este proyecto como es de desearse.

A título informativo diré que lo único conseguido hasta la fecha fué en algún tiempo el control de una de las más pequeñas crujías, en la cual se internaba a los toxicómanos que era posible descubrir.

En rigor, una anexo psiquiátrico (o prisión terapéutica), creo que debería ser un verdadero "anexo", es decir, un sitio que no tuviera el sombrío aspecto de una cárcel ni los sistemas acostumbrados en las mismas, sino algo completamente distinto, preferible que semejara un hospital o un manicomio, tanto por el aspecto como por la organización y distribución de sus servicios.

En el anexo psiquiátrico, tal como se hace en otros países, deberán tener cabida todos los individuos señalados anteriormente, con objeto de procurar su mejoramiento mental.

Conocemos en la Penitenciaría a cierto número de delincuentes que forman el grupo de los "incurables", individuos que constantemente sufren castigos debido a que constantemente también cometen faltas más o menos graves (riñas, pequeños robos, en ocasiones verdaderos asaltos, insubordinaciones, etc.). Cuando el delito cometido es suficientemente grave, las autoridades del Presidio hacen la consignación judicial correspondiente, lo que da lugar a nuevo proceso y es común que estos individuos permanecen presos durante largos años, pasando periódicamente de la categoría de procesados a la de sentenciados y viceversa. Es común también que a estos individuos nunca se les dé "comisión" alguna ni se les proporcione oportunidad de trabajar en algún taller. ¿No es lógico suponer que en estos sujetos se encuentren signos de anormalidad mental, si se les observara detenidamente? Personalmente tengo algunas observaciones que confirman esta suposición. Deben ser por lo tanto otros candidatos a formar parte de la población de un anexo psiquiátrico, para que sean debidamente observados en forma minuciosa y prolongada.

Algo por el estilo puede decirse de todos

aquellos individuos que son catalogados como reincidentes, así como de los que la Policía cataloga como "rateros conocidos" o (disculpando lo vulgar del término) "pájaros de cuenta", en quienes, al revisar su largo historial en los archivos de la Policía, se les pueden contar más de treinta o cuarenta arrestos o multas por diferentes manifestaciones antisociales.

Resumiendo, deberán ser reclusos en un Anexo Psiquiátrico, para su mejor observación: los enfermos mentales francamente declarados, los oligofrénicos, los neurópatas y psicópatas, los enfermos neurológicos, los toxicómanos, los alcohólicos, los "incurables" los reincidentes y finalmente los considerados como delincuentes crónicos o habituales.

El anexo psiquiátrico o prisión terapéutica sería a la vez un lugar de observación, de diagnósticos de tratamientos.

A los enfermos mentales cuyo pronóstico fuese de incurabilidad se les pasaría a un lugar más adecuado: el Manicomio.

A los neurópatas y psicópatas se les podría tratar médica y psicoterápicamente en ambiente distinto al carcelario.

A los toxicómanos se les desintoxicaría y deshabituaría con mayores facilidades, a la vez que se podrían emplear medios psicoterápicos y laboroterápicos adecuados.

No queda dentro de las finalidades de este trabajo el exponer un plan detallado para la creación de un anexo de esta naturaleza, ya que existe de tiempo atrás en el Departamento de Prevención Social un proyecto sobre el particular.

Quedan todavía dos aspectos médico-psicológicos que quiero englobar aquí, o sean los relacionados con los problemas de educación y trabajo.

La intervención que el médico-psicólogo debe tener en estos sectores es solamente la de colaboración para la formación de grupos homogéneos en la escuela y para la selección profesional en relación con la distribución de los reos en los talleres. Este problema es más que médico, psicopedagógico y psicotécnico, que prefiero mejor dejar sin considerar por ahora.

Finalmente, después de haber tocado en forma general los diferentes aspectos de la labor que tanto el médico como el psiquiatra pueden desarrollar dentro de la Penitenciaría, creo conveniente hacer notar que tanto las actividades de uno como de otro deben estar constantemente coordinadas.

Desde el momento en que un individuo ingresa al presidio, sin excepción debería pasar por los exámenes médico y psico-psiquiátrico minucioso, con objeto de hacer todas las anotaciones relativas, lo cual daría como resultado la creación de la ficha médica de ingreso correspondiente. En esta ficha estaría condensado todo lo más interesante de estos aspectos, lo cual prácticamente vendría a constituir la Personalidad integral, física y mental, de cada delincuente; serviría para anotar los tratamientos que fueran indicados y al mismo tiempo indicaría el sitio que cada reo debe ocupar en el interior del presidio, sea en relación con talleres, escuela, anexo psiquiátrico, hospital, etc.

Los exámenes periódicos sucesivos vendrían a confirmar o corregir los diagnósticos de ingreso y servirían a la vez para darse cuenta de los cambios, favorables o desfavorables, que se sucedieran en el sujeto correspondiente.

El control bajo este sistema y coordinado a su vez con investigaciones sociológicas, permitiría la formación de estadísticas médicas y criminológicas y en general sería la base para multitud de estudios médico-sociales en relación con la delincuencia.

Conclusiones.

I.—Ante todo, como observación de conjunto, es notoriamente inconveniente que permanezcan juntos reos procesados y reos sen-

tenciados, lo cual obliga a concluir que es necesaria la separación entre unos y otros.

II.—Las Leyes Penales y los sistemas actualmente acostumbrados deben ser modificados para que todo individuo que cometa actos considerados como delitos sea sometido sistemáticamente a examen médico-psicológico, lo cual implica la organización de un Servicio de Psicología Criminal, como ampliación del Servicio de Medicina Legal.

II.—Organización de un Anexo Psiquiátrico en el interior del Presidio.

IV.—Coordinación de Servicios Médicos en el interior del mismo.

V.—Exámenes rigurosos médico-psicológicos, tanto al ingreso como posteriores en forma periódica, a todos los reclusos, para la creación de la ficha individual integral.

Si toda la labor médica esquematizada en estas páginas se llegara a realizar mediante la colaboración de todos los que tienen algún papel en los Servicios Penitenciarios, seguramente que nuestro Establecimiento Penal muy pronto se convertiría en un gran laboratorio de Biotipología Criminal, ya que encierra siempre a un enorme número de delincuentes de muy diversos tipos, verdadero material humano que la sociedad considera como "desecho" o "basura", y del cual indudablemente en una mayoría de casos pueden extraerse elementos efectivamente útiles al conglomerado social, si su readaptación se busca por medios más científicos y más humanos.



La Conducta del Médico General ante los Síndromes Vasculares Agudos del Cerebro

Dr. Antonio ABAUNZA.

I

Voy a intentar exponer unas ideas acerca de la conducta que debe adoptar el médico general ante los accidentes agudos de cerebro.

1o.—La razón de haber escogido este tema es bien sencilla: los enfermos que padecen un síndrome vascular de cerebro entran de plano en la disciplina del especialista neuro-psiquiatra y sin embargo rara es la vez en la que el especialista interviene el primero en los casos agudos, siendo el médico general quien acude a la cabecera de estos enfermos. A nosotros los especialistas, nos llegan los casos cuando el período agudo ha remitido, la lesión se ha instalado y la fase paralítica se encuentra en su apogeo.

Y sin embargo, es preciso afirmar que en la mayor parte de los casos de un accidente vascular agudo de cerebro, el porvenir del enfermo depende de la conducta seguida por el primer médico que lo atiende.

Esta es la razón por la que he escogido este tema de cuya importancia no es preciso hablar. Y es que en estos últimos años todo el edificio patogenético de los accidentes vasculares agudos de cerebro se ha venido al suelo. Y aunque las nuevas ideas posean aun muchos puntos oscuros, no obstante son lo suficientemente pedagógicas para que nuestra conducta a la cabecera de estos enfermos deba de cambiar. Vamos pues a pasar revista los puntos en los que debe apoyarse esta conducta.

II

2o.—La patogenia de los accidentes vasculares de cerebro está orientada en la actualidad por senderos distintos a los clásicos que leemos aún en todas las patologías. Esta nueva orientación está apoyada por un lado en la fisiología y la fisiopatología cerebral y por otro en la anatomía patológica. Nosotros va-

mos a tomar en consideración para nuestro objeto, principalmente la fisiología y la fisiopatología cerebral, haciendo alusión superficial al conocimiento anatomopatológico de los accidentes vasculares cerebrales.

Este propósito nos obliga tomar en consideración los dos factores, la alteración de cuyo juego normal, da lugar a los trastornos que nos ocupan. Por un lado tenemos que analizar el factor local representado por la fisiopatología de la circulación encefálica; por el otro tendremos que poner en claro las repercusiones que tienen sobre el encefalo, las alteraciones del factor cardiovascular general.

Por parte del encefalo tenemos que conocer el papel que juegan en la fisiología encefálica el equilibrio de la circulación sangre líquido céfalo-raquídeo y las perturbaciones que puede sufrir este equilibrio a consecuencia de las alteraciones vasculares locales y como resultado de los trastornos cardiovasculares generales, así como la importancia de estos elementos en la patogenia de los síndromos vasculares.

4o.—La fisiología del líquido céfalo-raquídeo no es un problema completamente resuelto; sin embargo los datos que poseemos son lo suficientemente demostrativos para que podamos a base de ellos, intentar un programa patogénico y lo que de esto se deriva: un programa de conducta terapéutica.

El líquido céfalo-raquídeo tiene su origen como se sabe en los plexos coroideos de los ventrículos cerebrales y en menor cantidad en las células del epitelio ependimario. Estos plexos son formaciones tisulares ricamente vascularizadas, las cuales filtran o segregan el líquido céfalo-raquídeo, a expensas de la sangre que por ellas circula.

Para nuestro comentario de hoy no nos interesa el problema de si este líquido es de acuerdo con el pensar de unos, un simple filtrado o si por el contrario las células de los plexos forman una verdadera glándula y dicho

líquido es una verdadera secreción. En lo que casi todos los autores parecen estar de acuerdo es en asignar al epitelio coroideo el mismo valor que al epitelio renal.

Así originado el líquido cefalo-raquídeo, su principal papel es sin género de duda, el mantener las masas cerebrales en una atmósfera líquida, en una especie de suspensión hidráulica, que las defiende de los choques a que están expuestas de estar directamente en contacto con las superficies duras en las que están encerradas.

5o.—Este líquido posee una circulación propia que nos interesa conocer. De los ventrículos cerebrales el líquido se extiende por los espacios subaracnoideos y penetra hasta los más escondidos rincones de la sustancia nerviosa. El destino final del líquido es la circulación venosa por un lado y la circulación linfática por otro. A la circulación venosa retorna el líquido a través de unas invaginaciones que forma la aracnoides parietal en las cavidades de los senos de la duramadre (vellosidades de Pacchioni). La otra vía de reabsorción es como decimos la vía linfática y tiene para nosotros extraordinario interés. Ya sabemos que los espacios subaracnoideos se comunican con las vainas linfáticas de los vasos cerebrales, donde estos espacios subaracnoideos terminan, según unos en fondo de saco en el lugar en que los vasos se capillarizan y según otros continúan hasta comunicarse con los espacios pericelulares del tejido nervioso. Sea como quiera, lo evidente es la penetración del líquido cefalo-raquídeo hasta la intimidad del parenquima nervioso. Si pensamos ahora en la disposición de estas estructuras tendremos que el parenquima nervioso posee dos barreras protectoras pero que son a su vez caminos de penetración para llegar hasta la masa nerviosa noble: por un lado la barrera que forma la pared vascular y la vaina linfática que la envuelve y la segunda la que forma esta vaina linfática por la que circula el líquido cefalo-raquídeo y el propio parenquima. Acerca del papel fisiológico que desempeñan estas dos barreras no vamos nosotros a interesarnos por hoy; pero lo que sí tiene interés y queremos que resalte la cosa, es el hecho de que los vasos cerebrales están rodeados por un manguito líquido en el que circula el líquido cefalo-raquídeo. Luego veremos la importancia que ello tiene.

6o.—La razón fisiológica de que se verifique la circulación del líquido cefalo-raquídeo en la forma en la que se hace, reside en

la diferencia de las tensiones arterial y venosa. Detengámonos un momento en la circulación arterial y su tensión. Por un lado sabemos que la rica red anastomósica de los vasos del cráneo, hace que muy pocos de estos puedan considerarse como vasos terminales; en este sentido las suplencias vasculares del cerebro son tales que la obturación de una arteria no trae consigo la supresión de la circulación en esa región del tejido. Por otro lado los estudios recientes obligan a aceptar que la tensión en las arterias del encéfalo está disminuida respecto a la tensión vascular general, a expensas de una serie de dispositivos entre los que son principales las flexuosidades de los troncos y arterias de calibre medio que conducen la sangre al cerebro, la excitabilidad propia de las arterias del cerebro, y la doble regulación nerviosa cardio-aórtica y seno-carotidea. Todo esto hace que la tensión de las arterias cerebrales esté disminuida en uno y medio a dos y medio cmt. de mercurio, respecto a la tensión general. En cierto modo como hace notar Tinel, el sistema arterial del encéfalo poseería unos medios reguladores propios, cosa que no puede extrañarnos porque tenemos el ejemplo del corazón en el que sabemos ciertamente que las cosas suceden de esta forma. El aparato nervioso de esta regulación del sistema arterial del cerebro, es dependiente del doble sistema vago-simpático. En lo que concierne a la reacción local, se ha creído hasta recientemente que sólo los troncos vasculares de origen, poseerían un aparato nervioso, pero hoy se sabe que los filetes nerviosos que forman parte de este aparato van hasta con las más finas arteriolas (filetes amielínicos simpáticos, filetes mielínicos de vaina gruesa dependientes con probabilidad del V par y filetes mielínicos de vaina delgada posiblemente parasimpáticos). Este aparato nervioso local reacciona a los estímulos directos —hormonales o químicos— de acuerdo con afinidades farmacológicas especiales que lo individualizan funcionalmente del resto de los centros vegetativos. Pero dicho sistema local estaría en contacto por intermedio de vías largas, con los centros de regulación vegetativa más generales y serían estos los que darían el aviso a dicho sistema local, de la necesidad de reacciones en determinado sentido que neutralicen las variaciones tensionales que pueden perjudicar a las masas nerviosas. Estos centros nerviosos vegetativos encargados de avisar al sistema local hay que ir a buscarlos a las zonas reflexógenas seno-carotideas.

7o.—La tensión venosa que es el otro polo de la circulación del líquido cefalo-raquídeo es como sabemos constante y se calcula en 13 cmt. de agua, aunque según afirma Cossa entre otros, la presión venosa en los vasos del cerebro es bastante menor, llegando incluso a anularse si el sujeto está parado y nos referimos a la tensión de los senos venosos y por el contrario aumenta mucho si el sujeto se encuentra cabeza abajo.

La circulación del líquido cefalo-raquídeo se verifica a expensas de esta diferencia entre las tensiones arterial y venosa. Claro es que la tensión del líquido dependerá en parte de la tensión arterial; pero veremos enseguida cómo esta tensión cefalo-raquídea no sigue a las variaciones de la tensión vascular arterial. También por otra parte la tensión arterial definirá en cierto modo la cantidad de líquido total. Sabemos en efecto que la cantidad de líquido existente en un momento dado oscila alrededor de 150 c.c. de los que la mitad corresponden a los espacios subaracnoideos espinales. Sabemos también que normalmente en las 24 horas esta cantidad se renueva entre cuatro y seis veces. Pues bien: en los casos en los que la tensión vascular está aumentada la tensión del líquido no necesita seguir paralelamente el aumento de tensión, pues que lo que sucede es que la absorción del líquido se verifica más deprisa, es decir que entonces la cantidad de líquido total que circula durante las 24 horas aumenta, compensando en la mecánica hidráulica en cierto modo, la tensión total de los líquidos cerebrales. Pero conviene no olvidar por otra parte, que el aumento de tensión vascular cerebral local, no implica variaciones en el volumen total de sangre existente en el encefalo en un momento dado, dato que conviene tener muy en cuenta como luego veremos, al analizar el mecanismo de producción de los accidentes vasculares, cuando analicemos el tercer factor ocasional de tales accidentes: el factor pared vascular.

Sin embargo sabemos experimentalmente y por lo que sucede en ciertos casos patológicos que ciertas hipertensiones agudas del líquido cefalo-raquídeo —las que resultan por ejemplo del bloqueo ventricular provocado por coágulos— se acompañan de un aumento progresivo de la tensión arterial. Aunque en el mecanismo de esta hipertensión vascular intervenga el momento excitación directa de los centros vegetativos superiores provocado por la hipertensión del líquido, no podemos negar también el papel que desempeña el reflejo inverso de excitación del sistema local

consecuencia de la presión directa del líquido sobre las paredes vasculares, presión que se ejercería en las vainas linfáticas que envuelven a modo de manguito, los vasos del cráneo, incluso las más finas arteriolas.

También hay que señalar que ciertas hipertensiones arteriales, sobre todo las de origen paroxístico, provocan también una hipertensión del líquido cefalo-raquídeo. Pero en estos casos tenemos que pensar que no es sólo como antes decíamos, la producción de una mayor cantidad de líquido la que produce la hipertensión del líquido, sino que posiblemente, por el mecanismo que sea, directo o reflejo, hay una perturbación en el mecanismo de reabsorción venosa de dicho líquido.

III

8o.—Penetremos ahora francamente en el terreno de la patología y pasemos revista a las causas que pueden originar un accidente vascular agudo de cerebro. Dejando a un lado los accidentes anémicos e hiperémicos cerebrales y que cierto es que en ocasiones nos pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial con los accidentes vasculares, sobre todo cuando estos ocurren en las llamadas zonas silenciosas del cerebro, pasemos al estudio de las tres causas clásicas de producción del síndrome apoplejía que es el que nos ocupa hoy.

Las descripciones de todas las patologías al uso, nos obligan a considerar tres mecanismos de producción del ictus apopléjico. La hemorragia cerebral; el ictus embólico y el reblandecimiento cerebral. En el ánimo de todos están las explicaciones clásicas de lo que en el cerebro sucede. La rotura de una arteria del encefalo da lugar a una hemorragia que invade el parenquima nervioso bruscamente y suspende la conciencia del apopléjico. La emigración de un émbolo generalmente cardíaco, que se encaja en una arteria y provoca una brusca detención de la corriente sanguínea con la producción de los mismos síntomas objetivos. La oclusión arterial en el tercer caso a consecuencia de un proceso vascular productivo, que lleva más lentamente a la supresión de la circulación en el territorio que irriga dicha arteria, dando lugar en unos casos a la instalación brusca de los síntomas y en otros a su instalación lenta.

Sin embargo, justo es confesar que las investigaciones modernas, no obstante dar la razón a la patología clásica acerca de la etiología de estos accidentes vasculares, rechaza casi de plano la explicación

patogénica de la sintomatología, sobre todo de la sintomatología inmediata, es decir de la que ve el médico general como antes os decía, y por ende hace variar las indicaciones terapéuticas de dichos síntomas.

9o.—En la hemorragia cerebral los dos factores que se hacían intervenir jugaban de la siguiente manera. Por un lado la existencia de una alteración vascular que bien podía consistir en una meiopragia vascular congénita o bien estar provocada por una causa patológica diversa (infecciones, intoxicaciones, degeneración de edad). Por otro un aumento de la tensión vascular bien del mismo origen que el proceso patológico que alteraba la pared vascular del encefalo, o bien de origen distinto ocasional. Esta pared arterial enferma no resiste en un momento determinado la tensión que produce la onda pulsátil circulatoria y se rompe. La sangre sale del vaso e inunda las regiones circunvecinas dando lugar a los síntomas de instalación brusca que ya conocemos. La hipertensión vascular causa de todos los males, era el demonio negro que había que combatir enérgicamente y la indicación de la sangría remedio de todos los males, surgía como medida indispensable de terapéutica inmediata. Había que combatir la hipertensión y el asombro de muchos sangradores hubiera sido comprobar con el esfigmomanómetro que la tensión era normal.

10o.—También en los casos de embolia lo que aparentemente sucedía en el cerebro no podía estar más claro. Las afecciones del corazón izquierdo, como causa más frecuente, enviaban un cuerpo extraño a lo largo de los vasos que riegan el encefalo. Al llegar este cuerpo extraño a un vaso cuyo calibre era menor que el émbolo, el vaso se obstruía y a esta detención inmediata de la circulación de aquel vaso, los síntomas clásicos del ictus se presentaban. También en estos casos se echaba mano de la sangría para "descongestionar el cerebro", con lo cual en ocasiones no se conseguía otra cosa que descompensar aquel corazón que había encontrado su modus vivendi con el proceso que padecía.

11o.—En el reblandecimiento las cosas ocurrían de otro modo más lento. Los procesos productivos de los vasos encefálicos hacían que las capas endoarteriales fueran engrosando. De ahí sobrevinía una reducción progresiva del calibre de los vasos cuyo final era trombosarse enteramente, dando lugar a la supresión del riego sanguíneo de los territorios que estaban a cargo de dicho vaso. La elevación de la tensión máxima, los trastornos

renales, etc. etc., todo indicaba la necesidad de sangrar al enfermo para descargar a los órganos del trabajo excesivo a que estaban sometidos. Y claro en estos casos sobre todos, como veremos enseguida, los enfermos empeoraban y además, en caso de curar su lesión, adquiriría una extensión mayor y ya sabemos que sobre todo en cuestión de extensión en el tejido nervioso, las suplencias funcionales son más difíciles de establecer.

12o.—Pero como os decía, la anatomía patológica de los trastornos vasculares de cerebro por un lado y la fisiología por otro, han hecho variar nuestras ideas sobre el mecanismo patogénico de la producción de tales accidentes.

La irrigación del tejido nervioso encefálico nos enseña lo extraordinariamente difícil que resulta el que un territorio irrigado normalmente por una arteria, quede exangüe a consecuencia de la supresión por cualquier causa, de la circulación de dicho vaso. Las ricas anastomosis de los vasos cerebrales, permiten suplir rapidísimamente la anemia. Esta teoría hidrodinámica de la anemia ha sido desechada con argumentos de peso por el malogrado Carlos Foix de la escuela francesa. Por un lado se puede uno convencer anatomopatológicamente que la obliteración arterial, no es causa suficiente ni necesaria del reblandecimiento. Vemos que existen obliteraciones completas sin necrosis del parenquima y por otra parte la mayoría de los reblandecimientos no presentan ninguna obliteración. Respecto de la hemorragia demuestra Charles Foix que existen sin herida arterial. Las cosas, pues, no suceden de la manera simple que hasta hace poco creíamos.

13o.—Para explicarnos cómo suceden las cosas es presión hacer entrar en juego a un factor puramente funcional, aunque desde luego desencadenado por causas determinadas, si bien estas causas no nos sean específicamente conocidas hasta la fecha. Este nuevo factor es el espasmo arterial y su posibilidad de producción está asegurada por la riqueza de filetes nerviosos que hemos visto que poseen los vasos del encefalo hasta sus ramificaciones más íntimas, filetes, nerviosos que forman parte del sistema local que posee. Irritada por la presencia local de un émbolo, de una arteritis específica, o de una placa de ateroma, por el paso de sustancias patológicas o por el desequilibrio de la circulación general, la pared de la arteria reacciona contrayéndose. Esta contracción es el espasmo. Si este espasmo no obstruye enteramente el

vaso, si es de breve duración, si es seguido del retorno a un tono arterial normal, dará lugar en el territorio interesado a un desfallecimiento transitorio.

De esta forma nos explicamos los accidentes sintomáticos que muchos enfermos padecen y que curan sin dejar rastro. En ocasiones, estos accidentes constituyen todo el síndrome de la enfermedad y como aviso al enfermo sobre la existencia de un trastorno grave del encefalo, éste se pone en cobro y las causas de irritación de la pared vascular mejoran o desaparecen incluso.

Las causas del reblandecimiento pueden tanto ser la embolia, como la formación de trombo a expensas de un proceso de arteritis (sifilítica o por ateroma), las modificaciones circulatorias generales tanto la hipertensión, como la hipotensión provocando reacciones anormales invertidas vasomotrices, y por último las sustancias patológicas en circulación. En todos los casos hay que coincidir en que el factor local arterial es la causa predisponente, unas veces por las causas antedichas, otras por meiorragias vasculares congénitas. Cuando por razones sobre todo de tipo local, el espasmo no cede la isquemia completa se instala, aunque hay que tener en cuenta que dicha isquemia no engloba más que una parte del territorio vascular: el segmento más próximo al lugar del obstáculo. El segmento distal permanece irrigado, e incluso en ocasiones se provoca en él una dilatación por una afluencia compensadora de la circulación colateral.

Pero la isquemia no es necesariamente todo en el reblandecimiento. Si el espasmo cede la arteria se deja forzar por la circulación. Y esta sangre llegada al lugar del espasmo por las colaterales estancadas, atraviesa las paredes atónicas del vaso paralítico por reacción secundaria e invade el parenquima isquemado y sin defensa. Si esta invasión es discreta tendremos el reblandecimiento blanco, si es más intensa el reblandecimiento hemorrágico.

14o.—Si de las causas de reblandecimiento cerebral, pasamos a explicar según estos conocimientos, el mecanismo de la hemorragia, tendremos que tener en cuenta en primer lugar, el que el examen sistemático de los focos de hemorragia cerebral, no permiten en muchas ocasiones constatar la existencia de la ruptura vascular, incluso microscópicamente. El estudio anatomopatológico de estos focos, muestra su topografía vascular muy precisa y su división en muchos focos, como si numerosos vasos pequeños hubieran sangra-

do simultaneamente. Por otra parte, el parenquima cerebral no está dislacerado por la hemorragia, sino infiltrado de sangre formando un verdadero infarto. Para explicarse la producción de este infarto podemos seguir dos caminos. En ambos se admite que los tres factores que juegan son, por un lado, las alteraciones preexistentes de la pared vascular y del parenquima nervioso y por otro el espasmo. Según unos autores, los espasmos repetidos desorganizan poco a poco el parenquima y la pared vascular y llega un momento en el que el espasmo no cede de primera intención y cuando lo hace, provoca un aflujo masivo de sangre que fuerza el vaso y da lugar a la diapedesis brutal a través de la pared vascular e infiltra sin resistencia el parenquima. Según otros autores, el espasmo actúa no por isquemia sino por dilatación de los vasos situados por delante del espasmodizado. En estos vasos dilatados se estanca la sangre que no se cuela más que por cuenta gotas a través del segmento espasmodizado. Así se produce un éxtasis. La anoxemia consecutiva desintegra rápidamente la pared vascular y el parenquima nervioso y cuando el espasmo cede la inundación se produce. Así pues, la hemorragia puede producirse por todos aquellos factores que irriten los vasos. Así vemos que sucede en efecto, ya que conocemos casos de hemorragias cerebrales provocadas por embolias.

15o.—Si meditamos un poco sobre estos hechos de fisiopatología y anatomopatología del sistema encefálico, una consecuencia salta a la vista: admitidas las diferencias etiológicas que pueden dar lugar a accidentes vasculares agudos de cerebro, patogenéticamente el mecanismo de producción de dichos accidentes es similar y en todos los casos lo que sucede en el cerebro cuando hablamos de hemorragia cerebral, de trombosis o de embolia, el espasmo de las paredes arteriales es el factor desencadenante de los fenómenos clínicos. Ahora no puede extrañarnos que el diagnóstico diferencial de estos síndromes agudos de cerebro sean en ocasiones de tal dificultad, que nos tengamos que pasar sin hacerlo, pues lógicamente el mismo cuadro clínico presentará un embólico, un hemorrágico que un trombótico y la diferenciación la tendremos que hacer a través de un estudio minucioso de los antecedentes, para poder una vez superado el accidente, dejar paso a una terapéutica causal.

Desde el punto de vista anatomopatológico, nada distingue en realidad la hemorragia del

reblandecimiento hemorrágico, sea este trombótico, sea embólico y las diferencias patogénicas para llegar a él, encuentran su explicación en el hecho de que si el espasmo no cede se produce la isquemia del reblandecimiento, ni el espasmo cede es la infiltración de la hemorragia. Como hemos visto, para otros autores el mecanismo es el mismo y únicamente se produce el reblandecimiento, si el espasmo cede es la hemorragia si este mecanismo es lento.

Pero, "nihil novo sub sole" esta teoría unicista de los fenómenos apopléjicos fué la concepción primitiva de los clínicos que intentaron una explicación científica de los hechos. Entonces las diferencias clínicas entre los tres motivos de apoplejia no se establecían: las cosas pasan en los tres casos de forma muy parecida y fueron las primeras concepciones fisiopatológicas y anatomopatológicas las que construyeron las teorías que hasta hace poco han dominado las patologías.

16o.—Hace un momento nos referimos a la sintomatología de los episodios vasculares agudos de cerebro. Entonces veíamos la razón por la cual el diagnóstico diferencial entre la hemorragia, la embolia y el reblandecimiento, puede ofrecer dificultades insuperables, sobre todo si queremos hacerlo a base de la sintomatología del momento apopléjico. Por esta razón es preciso ir a buscar los antecedentes que son los únicos que pueden resolvernos el problema. Durante el período preapopléjico la sintomatología suele ser lo suficientemente rica para orientarnos en nuestro diagnóstico. Incluso en esos casos en los que aparentemente el sujeto estuvo perfectamente bien hasta el momento del accidente, encontraremos pequeños signos que pueden resultar muy valiosos. Y desde este punto de vista, es preciso pensar en el porvenir postapopléjico del enfermo y hacer un diagnóstico etiológico que nos permita un tratamiento causal. Estos elementos de diagnóstico retrospectivo son relativamente fáciles de poner de relieve. Por un lado el estado del sistema arterial, los pequeños, cuando no grandes signos de hipertensión vascular, las claudicaciones intermitentes que nos revelarán un proceso degenerativo de las paredes vasculares del encefalo, el estado del aparato renal, el estado del miocardio izquierdo sin coexistencia de lesión productiva de corazón, la edad del paciente, la existencia de sífilis o tuberculosis, etc. etc., harán inclinar nuestras sospe-

chas hacia el lado de la hemorragia o la trombosis.

En aquellos casos en los que por el contrario demos una lesión productiva del corazón izquierdo, acompañado de la sintomatología de estos procesos cardíacos, o la existencia de lesiones productivas aórticas, pensaremos en la embolia como causa del accidente.

17o.—Los síntomas que debemos tomar en cuenta cuando el episodio agudo se ha instalado, son más los de orden general que aquellos propiamente pertenecientes al sistema nervioso, ya que por anatomopatología y fisiopatología hemos visto que el sistema nervioso ofrece en los tres casos síntomas similares. Por ello no nos puede extrañar que todos los autores insistan en las dificultades que pueden presentarse cuando tratamos de establecer el diagnóstico entre los tres procesos.

La pérdida brusca de conocimiento y la instalación "sin avisar" que se suele describir en los casos de embolia y hemorragia, contrastan en la realidad anatomoclínica con procesos sobrevenidos agudamente en los que no conseguimos revelar síntomas hemorrágicos, sin que a nosotros pueda extrañarnos tal hecho. En cambio, casos en los que la afección comenzó más o menos insidiosamente, nos encontramos con focos hemorrágicos indiscutibles. Podemos sospechar por el curso de la sintomatología aguda, que se trata de una hemorragia, cuando al momento primero dependiente del trastorno circulatorio primario, es decir el espasmo, sobreviene una agravación en la sintomatología general del enfermo (tipo respiratorio, estado vascular y cardíaco, etc.) y sospecharemos en cambio un reblandecimiento, cuando la sintomatología permanece en un **status quo** y tiende a la normalización sin variación del estado de coma y posterior. En los casos en los que la hemorragia sea masiva, o encuentre espacios libres en los que derramarse (Hemorragia ventricular) la sintomatología es lo suficientemente llamativa para que no tengamos que insistir sobre ella.

Sin embargo, insisto en que muchas veces, ni aun cuando el enfermo ha salido del estado de coma y ya instalada la hemiplejía los síntomas generales y focales los podemos definir con la ayuda de los medios que la técnica nos presta, podremos sentar un diagnóstico afirmativo de las causas del episodio agudo. Yo tengo un caso en este momento, en el que después de haber excluido cuidadosa-

mente las causas posibles —es decir la sífilis, la tuberculosis, las lesiones del corazón izquierdo, la arterioesclerosis, las lesiones arteriales locales cerebrales, otro tipo de infecciones o de intoxicaciones, etc.— nos hemos tenido que decidir por interpretar el episodio y la hemiplejía consecuente, como un caso de meiorpragia local individual del sistema vascular encefálico provocado posiblemente por un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono.

18o.—Y pasamos ahora, a lo que constituye el motivo de intitular estas líneas como lo he hecho. Para llegar a este punto ha sido preciso hacer este pequeño recorrido a través de la fisiopatología y anatomía patológica de estos episodios, para poder marcarnos una línea de conducta ante estos enfermos. En primer lugar y teniendo en cuenta la fisiopatología y la anatomía patológica, comprenderemos que el tratamiento ha de reconocer bases muy similares en cualquiera de los tres casos.

Ante todo es preciso evitar las maniobras inútiles con el enfermo. Pensemos que una exploración nerviosa en estos enfermos nos ilustrará muy poco acerca de lo que debemos hacer con ellos. Por ello debemos consignar exclusivamente aquellos síntomas que nos puedan ilustrar sobre la gravedad de la lesión, ya que sobre la extensión por el fenómeno de inhibición circundante que produce la diasquisis, resultarán inútiles nuestros pronósticos. Las convulsiones, la espasticidad, los trastornos circulatorios, cardíacos y respiratorios, nos indicarán la invasión de los ventrículos, casos que ya sabemos suelen conducir a la muerte sin salida del coma.

El estetoscopio y el esfigmomanómetro nos darán el índice del estado general del apopléjico. Dedicaremos toda nuestra atención a escuchar la historia pre-episódica y buscaremos con nuestro interrogatorio los pequeños síntomas que pueden descubrirnos la causa del accidente.

Pero inmediatamente se plantea el problema de hacer algo, y en muchas ocasiones la actitud espectante que pudiéramos aconsejar tendrá que ser sustituida ante exigencias ambientales, por una intervención que debemos procurar no perjudique al enfermo. Desde este punto de vista ya sabemos que la sangría no beneficia en ningún caso, excepto quizá en aquellos en los que el estado del riñón la aconseje como medio para disolver el porcentaje de urea sanguínea. En este sentido hay que tener en cuenta que una sangría tera-

péutica debe ser bastante copiosa, pues las pequeñas cantidades de sangre no sirven de nada.

19o.—Desde el punto de vista patogénico, nuestra terapéutica debe estar orientada a conseguir la supresión del factor espasmódico y que esta cesación del espasmo no se haga de manera brusca por un lado y por otro que la tonicidad arterial se recupere lo antes posible. Comprendemos el por qué de estas indicaciones que van encaminadas por un lado a acortar la duración del accidente y a colaborar en una maniobra conservadora de la sanidad de la sustancia cerebral por otro.

Desde el punto de vista de la farmacología, hemos de confesar que en la actualidad no poseemos un exacto conocimiento de la farmacodinamia de los medicamentos que por su acción específica, pudieran estar indicados para lograr la suspensión del espasmo por un lado y la recuperación tónica de las paredes arteriales. Nosotros hemos ensayado en dos casos extractos posteriores de hipófisis en la fase final del coma sin observar ningún resultado.

Los medios físicos: de la sangría nos abstendremos en principio por las siguientes razones. En primer lugar pretender disminuir la tensión arterial en los apopléjicos, puede estar contraindicado ya que la hipertensión es, en todo caso, una reacción defensiva a la dificultad que encuentra la sangre para vencer la resistencia de las paredes arteriales. Si con la sangría logramos disminuir la tensión, el momento espasmódico que es el desencadenante del accidente agudo, es independiente una vez estatuido de la tensión arterial y sin conseguir nada sobre el espasmo, si podemos dar lugar a que la fase de atonicidad se agrave, por un lado porque el mismo pulso arterial colabora en el mantenimiento de la tonicidad vascular y porque los territorios anoxémicos y anémicos en los que la elevada tensión permite restablecer la irrigación, prolongarán su amoxemia y anemia si esta tensión es baja y la sangre no tiene suficiente fuerza para atravesar estos territorios. Ni suprimimos el espasmo pues, ni mejoramos la circulación encefálica con la sangría y esto suponiendo que sea lo suficientemente copiosa para provocar algún efecto sobre la tensión; en cambio hacemos que los focos lesionales por falta de irrigación aumenten de tamaño.

Sobre el espasmo es muy difícil actuar directamente, pero sobre la circulación encefálica podemos intervenir mejorándola y esto

a su vez disminuirá el espasmo y mejorará las condiciones tónicas de la pared vascular. El procedimiento para conseguir esto es la punción lumbar, dejando salir el líquido muy lentamente, para evitar la descompresión brusca y prevenir accidentes posibles vasculares secundarios.

Si recordamos la circulación del líquido cefalo-raquídeo a través de las vías que rodean a los vasos cerebrales formando una almohadilla líquida en torno a la circulación arterial y llegando hasta los rincones más escondidos del encefalo, comprenderemos el beneficio de esta maniobra. En los accidentes del tipo de los que nos ocupan hoy, existe siempre un aumento de la tensión del líquido cefalo-raquídeo que repercute sobre las dificultades circulatorias vasculares, exagerándolas. Si disminuimos la tensión de este espacio perivascular conseguimos dos cosas: por un lado facilitaremos el paso de la sangre a través de los territorios que sin sufrir directamente las consecuencias del espasmo, están sin embargo, por un proceso de diasquisis

inhibidos en sus funciones. Por otro lado la tensión vascular misma se beneficiará de esta medida disminuyéndose directamente en los lugares en los que el mantenerse alta puede colaborar al sostenimiento del espasmo. Por otra parte el mejoramiento de circulación de los líquidos cerebrales y el equilibrio hidrodinámico sangre-líquido, permitirá que los sectores espasmodizados mejoren su tono y los efectos de los fenómenos de hipotonía vascular serán menores. No hay que decir que los filetes nerviosos que acompañan como hemos visto a los vasos cerebrales más finos y que forman un sistema propio y autónomo desde el punto de vista local, también se dejan influir por este mejoramiento de la circulación encefálica.

La cantidad de líquido a extraer es muy variable. Lo que sí me interesa hacer hincapié es en que la salida del líquido debe ser lenta, para lo cual a ser posible emplearemos la aguja de doble fiel, con la que regulamos a voluntad el goteo necesario.

ARGYCUPROL

Tratamiento Racional y Polivalente de la
BLENORRAGIA

Asociación de Plata y Cobre

UNICA EN SU GENERO

Combatiendo la enfermedad disminuye los
ardores. Quitando al mismo tiempo el dolor.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo
la vigilancia del médico.

Reg. Núm. 8362 D.S.P. Reg. Prop. 5267 D.S.P.

ANGIOLYMPHE

DEL DR. ROUS

AMPOLLETAS INYECTABLES

CONTRA VARIOS CASOS DE LA

TUBERCULOSIS

FRECUENTEMENTE QUITA LA TOS Y LAS
FIEBRES NOCTURNAS.

Recupera el apetito perdido aumentando el
peso del enfermo.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo
la vigilancia del médico.

Reg. Núm. 16515 D.S.P. Reg. Prop. 4959 D.S.P.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS MEUREHG

Apdo. 7641

Tel. Eric. 14-41-55

Chiapas 187

México, D F.

La Higiene Mental en los Pre-escolares que viven en el Medio Rural

Prof. M. E. Bustamante.

Es sabido que el medio rural mexicano es insalubre, pero el conocimiento de la higiene rural ha tenido avances perceptibles en los últimos diez años, porque las Unidades sanitarias y centros de higiene se han multiplicado y los poblados campesinos se visitan por los estudiantes de Medicina que hacen servicio social. Como resultado se han obtenido documentación y mejoramiento de servicios, especialmente para la prevención de las enfermedades transmisibles y en lo que respecta al saneamiento del medio, ya que empieza a haber propaganda para que todas las poblaciones rurales estén dotadas de agua potable y de letrinas sanitarias.

En contraste con cierta atención a la salud física, hasta ahora, sólo unas cuantas tesis de pasantes de Medicina han tocado algún problema de **Higiene Mental** ya que, como sucede siempre, tal cosa tiene menos relieve que el problema manifiesto de la enfermedad o de la insalubridad.

Ocupándome exclusivamente del tema que motiva estas líneas, el de la **Higiene Mental** de los pre-escolares en el medio rural, las observaciones recogidas son escasas, sin plan determinado y sin estadísticas. Se ignora el coeficiente de inteligencia de los niños de diferentes regiones, variable según las condiciones particulares de: alcoholismo, enfermedades endémicas, mala alimentación, costumbres y otros factores que intervienen en el desarrollo mental.

Los niños de edad pre-escolar en el medio rural en su mayoría, pasan la primera parte de su vida constantemente cerca de sus madres que procuran tenerlos siempre a la vista. El destete, que se extiende con frecuencia hasta los dos años y medio acompañado de los mismos alimentos de los adultos, facilita esa prolongación de la vida familiar materno-infantil.

Hasta los cuatro años y medio, los niños salen muy raras veces fuera del corral de la casa o del pedazo de calle que queda frente al lugar de su habitación. Escuchan todas las

conversaciones de las mujeres de la familia y aprenden todas las supersticiones hogareñas bajo el temor que les infunden sus superiores a fin de evitar que se alejen de la casa. Las consejas de apariciones, brujerías, encantamientos y demás, son perfectamente conocidas de estos niños y es frecuente verlos atemorizarse en los días de lluvia ante los primeros truenos, y las primeras gotas de agua.

Cuando se enferman y son llevados al médico se observa, (además de la suciedad en que se les deja por temor a lo que el baño y el cambio de ropa les produzca, según la idea popular, la enfermedad como la pulmonía, la bronquitis o algunas otras) que en torno al cuello tienen amuletos, como la semilla llamada "ojo de venado" que por las cuentas de vidrio y el color del estambre que lo adornan señalan las posibilidades económicas de la familia. En el surco posterior del pabellón auditivo llevan los polvos de contra-espanto que les han sido aplicados por las brujas del lugar en medio de ceremonias más o menos impresionantes, las que, mientras murmuran algunas palabras misteriosas, encaminadas a ahuyentar el mal de ojo, les aplican los polvos y les pegan hojas, para evitar la caída de la mollera, concluyendo por hacer fricciones sobre el abdomen con sebo, huevo y algunas otras substancias, según dicen, para curar la enfermedad.

El niño sometido a todas estas prácticas, unas veces por el estado de debilidad en que se encuentra y otras por la dieta de hambre a que se le somete a la menor señal de enfermedad, tiene gran temor a los extraños, a que se acerquen a ellos, aún a los simples movimientos de las manos, así es que resulta verdaderamente difícil para el médico poder hacer el primer examen del enfermito.

Este estado mental de terror que se traduce en gritos, en encogimiento de todos los miembros, en que el niño oculta la cara contra las ropas de la madre, muestra al facultativo, hasta dónde éste puede traducir las expresiones del pequeño, las consejas que debe haber

oído en relación con su enfermedad y el tratamiento

La madre, que cuando se decide a ver al médico muestra ya un deseo de liberación de su medio y un propósito de buscar algo mejor para su hijo, presenta a su vez un estado psicológico que debe tenerse en cuenta; porque si el médico no le inspira confianza, si no procede con suavidad, con dulzura, aumentará el temor que ya tenía la madre a la medicina científica y que pudo vencer por cariño a su hijo; pero si se atemoriza, no volverá a llevarlo a la consulta, ni calmará al pequeño, ni le explicará que no debe temer nada del doctor.

En la **Higiene Mental** del pre-escolar indígena hay pues, a realizar, una labor muy importante del médico que ejerce en el medio rural, como sanitario o como clínico, de la enfermera visitadora, de la enfermera del hospital, que establecen el primer contacto médico con el pueblo y es a ellos a quienes toca empezar a luchar contra las leyendas que luego continúan dominando toda la vida y todas las acciones de los individuos.

Lo anterior que se observa en las primeras relaciones entre el médico —en las zonas donde predomina la tradición indígena— y los habitantes, varía ligeramente en algunos lugares de la costa, en donde el brujo y el curandero poseen pequeños templos "espíritas" en que se mezclan los restos de creencias de las tribus indígenas, y algunos fragmentos de tradición religiosa derivadas de ceremonias de la iglesia católica, se superponen palabras, procedimientos o acciones de índole mística o religiosa; no faltan entre algunos grupos rurales del norte del país, tratamientos a enfermos con derivaciones, tales como las de los "holy rollers" en donde el contagio colectivo por frases simbólicas repetidas monótonamente, produce estados mentales colectivos de verdadera sugestión. Naturalmente que los niños de edad pre-escolar que asisten a todas ceremonias y que son muchas veces el objeto principal de ellas, sobre todo durante sus enfermedades, quedan bajo influencias mentales que no deben olvidarse al tratar de su educación.

En el hogar, comparten estos niños la vida del día con los animales domésticos y con ellos algunas de sus enfermedades, como ciertas parasitosis intestinales y enfermedades cutáneas, y naturalmente siguen en sus costumbres el ejemplo de los animales domésticos, adquieren hábitos de suciedad para tomar sus

alimentos y para su aseo personal. En ocasiones se ha llegado a ver algún niño, especialmente en lugares calientes, que comparte su baño con las aves o los mamíferos del corral.

No es de extrañar que falten costumbres higiénicas para el aseo de las manos antes de tomar los alimentos, el alejamiento de las inmundicias, el barrido de la casa: si la experiencia y la observación de los primeros años de la vida ha sido derivada de la existencia en común con los animales domésticos.

Puede apreciarse la influencia de esta observación, cuando se ve que en muchos lugares de la República, de la costa y de la zona montañosa del país, en donde las casas y los corrales quedan lejos unos de otros, porque hay suficiente espacio, hay bastante limpieza; sobre todo si se les compara con la suciedad de muchos pueblos de la mesa central y de algunos de los alrededores de la ciudad de México, en donde la escasez del terreno ha obligado a los habitantes por muchos años, a vivir con los animales en un espacio de menos de cien metros cuadrados.

El amontonamiento, la convivencia y la dificultad de mantener estos lugares aseados y limpios, ha ido produciendo el abandono de las costumbres de limpieza que, según todos los observadores de las tribus indígenas mexicanas, eran dominantes e indudables al principio de la conquista.

La **Higiene Mental** en el medio rural exige que estas condiciones de vida cambien y se modifiquen y el trabajo de modificación tiene que corresponder a los médicos, a las enfermeras, a los maestros, a los delegados agrarios, a los ingenieros, a los médicos veterinarios y en fin a todo el personal que actualmente tiene oportunidad de tener contacto con la vida rural y que está obligado a procurar el desarrollo de buenas costumbres de vida y a que se vuelvan a conocer muchos sistemas que antes existieron y que eran útiles y sanos y que han desaparecido.

La suciedad y la enfermedad, la vida en promiscuidad, los primeros contactos familiares de los niños que observan a sus mayores en todos los actos de la vida cotidiana, porque están dentro de las mismas paredes de la habitación, producen fundamentalmente efectos de regresión, por la falta de influencias de adelanto que compensen el ejemplo nocivo, que es el más potente medio de enseñanza familiar.

Cuando el niño tiene cinco años, se le envía

al campo a cuidar el ganado, en algunas ocasiones a recoger la cosecha de frutos o artículos que entran en la alimentación y hasta se le impide ir a la escuela porque constituyen auxiliares de la economía precaria y mísera de la población rural.

El pre-escolar pasa días enteros en compañía de pastores y de otros compañeros en ociosidad completa, que procura llenar con la actividad del niño de su edad; actividad que no es muy grande por la escasa alimentación que tuvo antes de salir de su hogar en la mañana temprano y el poco alimento que tomará en el momento de mayor apetito del día, hasta que pueda llegar a su casa, en la tarde, a compartir la comida de la familia, habiéndose mantenido en un estado de hipoalimentación.

Durante ese tiempo el niño aprende lo que los mayores de su grupo, generalmente los más audaces o los más atrevidos, le enseñan, mostrándole claramente el dominio que ejerce el más fuerte, que se apodera de los alimentos de sus compañeros, de las frutas de cualquier árbol sin importarle riesgos. En algunos lugares a los que empiezan a llegar los caminos modernos, aprende a mendigar para obtener algunas cantidades de dinero o bien a arrojar a los ferrocarriles o a los automóviles, piedras, por deseo de mostrar su fuerza y su audacia.

En los poblados faltan lugares de recreo, campos de juego y sitios apropiados para que los niños jueguen, por lo cual, tienen que quedarse en la plaza o en la calle con todos los peligros que aún en los pueblos rurales existen y que algunas veces se saben, por los pequeños que se ahogan en pozos descubiertos y sin brocal, los que se caen de las ramas de los árboles, los que son víctimas de coces de animales o los mordidos por perros bravos o rabiosos.

Los niños mayores de cinco años presentan menos enfermedades físicas que los del grupo que les preceden en edad, porque son ya, los supervivientes de todos los ataques

de males de la primera infancia y de algunas enfermedades transmisibles que hicieron gran mortandad durante los seis primeros años de la vida.

Esta mortalidad es tan alta, que para no citar sino una sola cifra, en Mérida, Yuc., solamente el 46% de los niños llegan a cumplir seis años de edad.

El grupo pre-escolar, sometido a todas las influencias nocivas y del cual mueren la mitad antes de llegar a la edad escolar, todavía presenta, desde el punto de vista de la **Higiene Mental** el triste resultado de que la mayor parte de los que sobreviven y que pudieron resistir los males físicos, quedan marcados por nocivas marcas mentales.

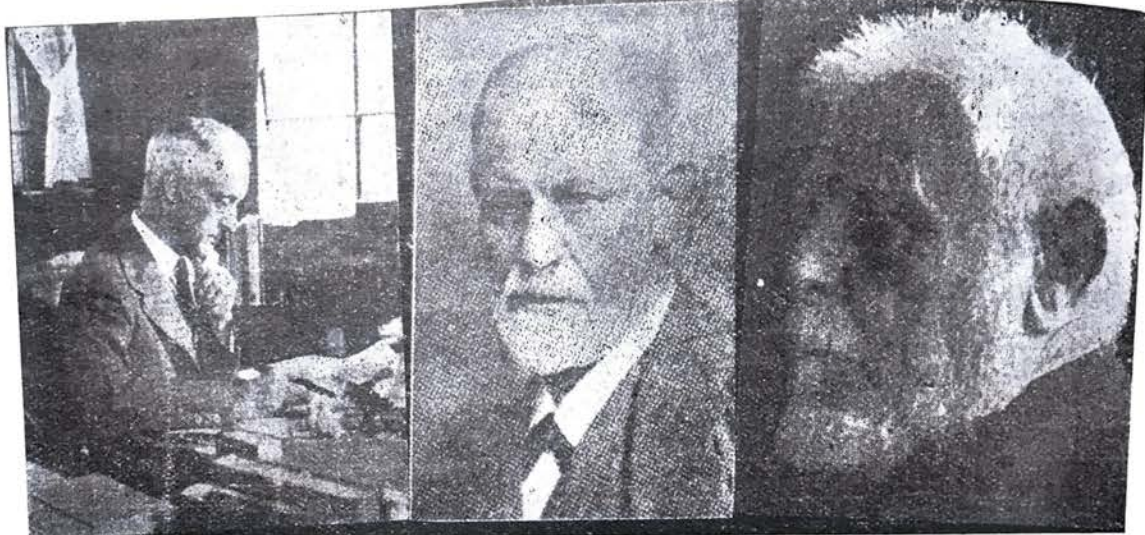
Ese recorrido trágico de los seis primeros años necesita durante el período de formación y de crecimiento, atención del Estado y de la sociedad; el grupo pre-escolar debe ser tomado en cuenta porque como toda la infancia, constituye el futuro del país, porque los médicos, las enfermeras y los maestros, especialmente las educadoras tienen influencia y pueden hacer mucho por esos pequeños, especialmente educando a las madres y a los padres, que en el medio rural resisten entrar como colaboradores y auxiliares de la obra educativa.

El primer paso que debería darse sería el de llevar los jardines de niños a todas las poblaciones rurales; construir campos de juegos para los pre-escolares; establecer sociedades de padres de familia para irles inculcando hábitos de salud física y mental.

El equipo mínimo de los jardines de niños y de los campos de juego puede formarse con pocos elementos al principio, con tal de que haya quien conozca y dirija su organización. Junto al campo y al jardín puede hacerse un lugar de reunión para enseñar los requisitos indispensables de la habitación rural sana e higiénica y hacer constantes demostraciones educativas, hasta realizar en el plazo de algunos años una labor efectiva en favor de los niños pre-escolares, labor que se debe continuar en la escuela.



NECROLOGIA



Harvey Cushing

S. Freud

Pierre Marie

El 15 de Julio de 1939 muere en Suiza **Eugenio Bleuler**, cuyo nombre va indisolublemente unido con el de **Kraepelin** en la Historia de la **Esquizofrenia**. Meses más tarde, ya encendida la chispa del incendio Europeo, **Segismundo Freud**, muere en Londres. Poco después en Estados Unidos desaparece la noble figura del renovador de la cirugía cerebral, **Harvey Cushing**. En Abril muere en Francia otro de los viejos maestros de la neurología francesa. **Pierre Marie**, heredero y continuador con **Babiusky**, de la obra del fundador de la escuela de la Salpetriere, **Charcot**. Los diarios nos traen hace unas semanas otra noticia necrológica, la muerte de **Thierry De Martel**, coincidiendo justamente con la entrada de los teutones en París al decir de alguna agencia informativa, o causa de la tristeza que tal hecho le produjo.

Eugenio Bleuler. Nacido en los cantones germanos de Suiza, **Bleuler** completa su formación psiquiátrica recorriendo las clínicas europeas. Zurich y Berna primero y después Londres, y sobre todo París en la Clínica del Saladero en la que brillaba el genio magnífico de **Charcot** y Munich de donde irradiaba un nuevo sentido de la Psiquiatría en manos de **Kraepelin**. A los 29 años se encarga de la dirección del Asilo de RHEINAU y modifica el sentido tradicional del tratamiento de las enfermedades mentales, introduciendo la terapéutica por el trabajo. El sagaz espíritu obser-

vador de **Bleuler** va descubriendo en las psicosis endógenas un nuevo sentido psicológico. Años más tarde sustituye a **Augusto Forel** en la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de ZURICH y obtiene la dirección del Manicomio de BURGHOLZLI donde forma escuela de investigadores psiquiátricos. En 1911 y bajo la doble impresión de la gigantesca obra de **Kraepelin** por un lado y de la genial concepción de **Freud**, publica su famoso libro "Die dementia Praecox oder Die Schizophrenie gruppe" basado en su experiencia y en la concepción freudiana del inconsciente, cuando aborda la psicología de la esquizofrenia. Su obra ha servido a la escuela francesa de **Claude** y a la escuela holandesa, para estructurar los modernos conceptos de esquizofrenia y demencia precoz. **Bleuler** se convierte enseñada, en el representante genuino de la dirección psicológica de la psiquiatría y es en cierto modo el fundador de la moderna psicoterapia, al tratar de oponer argumentos psicológicos a la psicogenia de los síntomas. En contraste con el pesimismo terapéutico de **Kraepelin**, **Bleuler** recomienda un tratamiento activo por el trabajo y la psicoterapia de los enfermos mentales, siguiendo la influencia de la escuela psicoanalítica, aunque cierto es que orientado en este rumbo principalmente por el sutil espíritu de su paisano **Jung**. En 1916 publica la primera edición de su manual de Psiquiatría que ha sido traducida a todos

los idiomas cultos. (Edición española Calpe 1924. Madrid, con un prólogo de **Ramón y Cajal** y desastrosamente traducido por **J. M. Villaverde**). En su manual **Bleuler** concede un primigenio interés al estudio de la psicopatología, de la que dice que es "comparable a un país extenso y rico atravesado por muy pocos caminos. Los territorios vírgenes representan las extensiones mayores del país".

Sigmund Freud. Cargado de años, aureolado de una gloria universal, atacado de un mal cuya evolución es inexorable y torturado por la rudeza de una doctrina que obliga a los más dolorosos abandonos bajo el pretexto de una llamada "mística racial", **Sigmund Freud** termina sus días en Septiembre de 1939 en un tranquilo barrio de Londres, hasta donde le habían empujado los acontecimientos de Austria. La muerte puso fin a un destino que marca época entre los hombres por su serenidad y su grandeza.

La obra de **Freud** se destaca principalmente en el campo de la psicología y la psicopatología. Pero no hay que olvidar que el maestro de Viena se forma en un ambiente organicista y su espíritu de investigador se revela en los primeros años de su labor, como un clínico formidable. Sus trabajos en el terreno de la neurología son menos conocidos que sus investigaciones y teorías psicológicas, pero a **Freud** debemos magníficos estudios sobre las afasias, las encefalopatías de la infancia y sobre todo, su memoria sobre las Diplegias Cerebrales Congénitas. A **Freud** debemos la labor de síntesis de estos cuadros infantiles y es él quien describe los síntomas de la rigidez generalizada de tipo **little**, de la hemiplegia doble, de la corea, de la atetosis congénita, permitiéndonos entrever los lazos de unión que relacionan estos síndromos tan diferentes en su sintomatología clínica, pero de manifiesta unidad patogenética y anatomo-patológica. Pero si esta es la labor de su primera época, su espíritu inquieto no le permitió permanecer encerrado entre los hasta cierto punto, estrechos límites de lo orgánico y lanzó su genio investigador en el campo de los síntomas psicológicos.

Freud ha seguido en París paso por paso, las interminables discusiones entre la Escuela de la Salpêtrier y la Escuela de Nancy. **Charcot** y **Bernheim** cabezas de ambas escuelas, estudiaban la histeria, lanzando en opositonistas los argumentos más espaciosos para tratar de explicar la enfermedad. El bienio 1885, 1886 contemplan al futuro maestro de Viena en París, en las lecciones de los martes

que **Charcot** dictaba en su clínica del viejo Saladero, rodeado de histéricas en un fondo tau-matúrgico que **Bernheim** le reprochaba. De vuelta en Viena, **Freud** se une a su colega **José Breuer**, en la investigación del estado psicológico del histerismo, quien defendía la idea de que los síntomas de las neurosis, son la expresión de recuerdos inaccesibles a la evocación voluntaria y de que la reintegración de estos recuerdos al campo de la conciencia es capaz por sí sola, de producir la desaparición de los síntomas neuróticos. Partiendo de estos conocimientos empíricos, **Freud** prosigue sus investigaciones que habían de llevarle al descubrimiento de un método semeiológico original y a un concepto general de las neurosis que serían el fundamento de una concepción nueva de la estructura de nuestro espíritu. Rompiendo con la tradición dominante desde **Platón** y confirmada por **Descartes**, de que hecho psicológico y hecho de conciencia es todo la misma cosa, **Freud** introduce en psicología la noción del inconsciente y del pre-consciente. Y es en esta corteza de nuestra vida psíquica, en la cual la conciencia figura como el núcleo central y luminoso, donde **Freud** advina que se desarrollan una serie de actividades instintivas de valor moral dudoso y que entrelazándose forman una trama de ideas, de tendencias y de inclinaciones, cuya revelación brutal sería suficiente para hacernos retroceder llenos de horror. Los síntomas de la neurosis no son otra cosa que expresión de la actividad que se desarrolla en esas capas de nuestro psiquismo, comparables a un infierno. Poner al desnudo esas actividades, iluminarlas con la luz central de la conciencia, es la labor del psicoanálisis.

La obra de **Freud** ha sido objeto de duros ataques, sobre todo en lo que se refiere a la motivación sexual de los síntomas neuróticos. El fuego de esos ataques no se ha extinguido aún, pero lo que resta incommovible es su concepción de los procesos psicológicos normales y anormales, que enseñan que todas las manifestaciones neuróticas poseen un sentido oculto y que existe una técnica para poner de relieve ese sentido, penetrando en las capas más profundas de la vida psíquica del hombre.

Freud ha muerto en el exilio. Alejado de la que él conoció alegre y luego triste ciudad cuna de los Austrias: La Viena del Imperio y la Viena de los Dollfus y de los Schunning. Su amargura de última hora fué quizá, la que le hizo aproximarse paradójicamente a la nueva escuela de filosofía alemana: al existen-

cialismo de Heideger. Volvió a la nada, de la que la vida no es más que lo accidental y la protesta: lo deforme.

Harvey Cushing. La biografía de **Cushing** podía intitularse según **Leriche**, como la "Histoire d'un grand esprit a la recherche d'un ordre nouveau dans la chirurgie". Y es que en efecto el creador de la neurocirugía, era un artista de la técnica, él que no hablaba nunca de técnica quirúrgica. La muerte le sorprende a los 70 años después de haber dejado una magnífica obra y lo que es más perdurable, una escuela de neurocirujanos. Con **Foerster** en Alemania y **De Martel** en Francia, formaba el triángulo avanzado de la cirugía del sistema nervioso. Discípulo predilecto de **Halsted**, es este quien le envía junto a **Kocher** a últimos del ochocientos y a este de **Cushing** el haberse iniciado en la cirugía neurológica. En Berna en el Laboratorio de **Kroenecker**, realiza su primer trabajo "Observaciones fisiológicas y anatómicas sobre la influencia de la compresión cerebral sobre la circulación intracraneana y sobre ciertos fenómenos aparentes", que publica en alemán en 1902. Su estancia en Europa tiene una influencia decisiva sobre su técnica operatoria. "En Berna —dice él— aprendí muchas cosas sobre la hipertensión que eran viejas para otros, pero nuevas para mí: que los senos no estaban rígidos en el vivo, sino que eran elásticos; que el cese de la respiración precedía bastante tiempo al desfallecimiento cardiaco; que la hoz del cerebro podía ser empujada por la presión contra el otro hemisferio, que el cerebro puede desplazarse sin daño si existe una abertura controlateral, que la presión no está igualmente repartida en la caja craneana. . . . El familiarizarme con todos estos hechos, me fué de un incontestable valor después de mis primeras operaciones y pienso que todo el que quiera enrolarse en la neurocirugía, debería comenzar sus primeras experiencias en un laboratorio experimental". Trabajando con **Sherrington** y **Riva-Rocci** se le ocurren ideas que más tarde ha de convertir en realidades de técnica quirúrgica. En manos de **Cushing**, la cirugía del cerebro pierde el sentido catastrófico que tenía entonces. La rapidez, el desinteresarse de la hemorragia, el dramatismo de la cirugía del cráneo, son sustituidos por la lentitud, la dulzura, proverbiales en **Cushing**: no traumatizar, no dejar sangrar, vigilar sin cesar la circulación y el pulso (registro continuo de la tensión arterial), anestesia intratraqueal, etc. convirtiendo la operación en un

rito religioso en la que nada había imprevisito.

Harvey Cushing fué un hombre de lucha, que despertaba controversias hasta que lograba imponerse con la realidad en la mano. En 1912 publica "El cuerpo pituitario y sus enfermedades" que es el primer trabajo sobre cirugía endocrina. En 1917 "los tumores del acústico". En 1926 "estudios de fisiología y de cirugía intracraneana; en el mismo año "la clasificación de los gliomas". En 1932 su formidable estadística sobre tumores intracraneos (2,000 casos) y en ese mismo año apareció "El cuerpo pituitario y el hipotálamo" y "los meningiomas" en 1938.

Inteligencia sutil, hombre de espíritu, humorista, tenaz, **Cushing** es uno de esos hombres representativos de la Universidad de Baltimore (**Jons Hopkins**) que han sabido elevar la ciencia americana a su mayor plano internacional.

Pierre Marie. De aquella generación de hombres que vivieron los tiempos de esplendor del Imperio de Napoleón el Pequeño y de la Tercera República Francesa, a **Pierre Marie** debe la patología del Sistema Nervioso la descripción de varias enfermedades nuevas. Discípulo de **Charcot** y continuador de **Dejerine** en la cátedra universitaria, describe en 1885 los dos primeros casos de acromegalia observados en el servicio de su maestro. En 1890 describe el síndrome de osteoartropatía hipertrofiante, en 1898 la espondilosis rizomielica, etc. Sus trabajos en colaboración con **Charcot** sobre la atrofia muscular progresiva y la separación de un tipo congénito de ataxia cerebelosa, que se venía confundiendo con la enfermedad de **Friedreich**, lo pondría a la cabeza de los neurólogos modernos, si no hubiera publicado múltiples observaciones clínicas y anatomopatológicas que inscribirán su nombre en el cuadro de los maestros de nuestra época.

Sus trabajos sobre la afasia, publicados en "La semaine Medicale" en 1906, nos hacen variar completamente el viejo concepto de este tipo de trastornos, concepto al que todavía aparecen apegados los maestros de la escuela alemana. Niega las clásicas ideas de **Broca**, sobre la localización de las lesiones de la afasia en el pie de la tercera frontal y delimita las amplias zonas frontales, parietales y temporales que intervienen en el mecanismo de producción de las distintas clases de afasias.

Pierre Marie llevaba 17 años apartado del mundo en un rincón de la costa francesa del mediterráneo. Ni honores, ni ofertas tenta-

doras le hicieron salir de su retiro. La muerte de su hijo dejó en él una huella de la que jamás se repuso. Muere a los 87 años, en Mayo de 1940, como queriendo evitarse el dolor de ver por segunda vez en su vida su París desecho bajo la férrea bota del invasor.

Thierry De Martel. La neurocirugía francesa pierde su más destacado miembro en **De Martel**. Su muerte coincide con la entrada de los alemanes en la capital de Francia. El mundo no ha concedido más que algunos segundos de atención a la muerte de este hombre ejemplar, orgullo de su raza y que no ha podido resistir el dolor de ver hundirse en la más estúpida de las traiciones, toda la historia de Francia. **De Martel** puso fin a su vida en una crisis de tristeza, ante el honor de Francia manejado sin pudor por una camarilla de hombres ambiciosos que fueron capaces de entregarla al enemigo secular.

Su alta calidad de cirujano del sistema nervioso, hicieron recorrer su nombre por todo el mundo científico, siendo autor de una modificación del trepano que hace a este más ventajoso en su empleo, perfeccionando su uso. Descanse en paz el gran patriota francés!

André Maurois describe así su última conversación con el gran cirujano.

Pocos días después tuvimos una larga plática a ese respecto con uno de nuestros más caros amigos, el cirujano Thierry de Martel.

Nos dijo: "Por lo que a mí respecta, ya estoy decidido. En el momento en que sepa que los alemanes están en la ciudad, me mataré".

Después nos explicó, en términos generales, que la mayor parte de la gente no sabe cómo matarse, y echa a perder la obra, pero que un cirujano sostiene un revólver en forma tan precisa como si se tratase de un escalpelo y siempre da la bala en el punto vital. Más tarde, medio en serio, agregó: "Si ustedes tampoco tienen deseos de sobrevivir a nuestras desgracias, les ofrezco mis servicios...".

A las diez de la noche de ese día, cuando ya me hallaba en el aeroplano que me llevaría a Inglaterra, la campana del teléfono interrumpió a mi esposa, quien tristemente estaba seleccionando unos cuantos objetos que deseaba llevar consigo. Era Thierry de Martel.

—Deseaba averiguar —dijo— si usted y su esposo estaban todavía en París.

—André ha sido enviado al desempeño de una comisión en Londres —contestó mi esposa— y por lo que a mí se refiere, saldré mañana al amanecer.

—Yo también voy a salir, —agregó de

Martel hablando con tono raro pero para un viaje mucho más largo...

Mi esposa, recordando nuestra conversación respecto al suicidio comprendió que iba a matarse y trató de disuadirlo.

—Aún puede usted hacer mucho bien —le dijo— sus pacientes, sus ayudantes, sus enfermeras, todos ellos lo necesitan...

—No puedo seguir viviendo —contestó Martel—. Mi único hijo fué muerto en la guerra pasada. Hasta ahora he tratado de creer que murió por salvar a Francia. Y ahora aquí tenemos a Francia, perdida a su vez. Todo aquello por lo que he vivido va a desaparecer. No puedo seguir...".

Y cuando mi mujer siguió insistiendo y rogando, de Martel colgó el audifono.

El 25 de junio, durante la escala que hizo el avión "Clípper" en las Azores, mi esposa, al hojear un periódico norteamericano, se enteró de que Thierry de Martel se había matado, inyectándose estrocnina, en los momentos en que el ejército alemán hacía su entrada en París.

En Martel perdimos un amigo incomparable y Francia uno de los hombres más nobles que ha producido. Este cirujano era un gran caballero. Hizo varias fortunas y las empleó en sostener clínicas gratuitas, en las que operaba a millares de desgraciados. Conozco un caso en el que salvó la vida a un individuo haciéndole una operación que solamente él podía hacer. Se trataba de un hombre que había perseguido y odiado a Martel durante muchos años. En miles de ocasiones, Martel demostró su valor físico y moral. No hay mejor prueba de la inmensa confusión de los franceses ante este completo desastre, que el reconocimiento hecho por este gran hombre de que no podía seguir viviendo.

Durante la retirada de Flandes, en el camino de Vimy, una vieja campesina francesa que estaba parada a la puerta de su casa observando la procesión de refugiados, me dijo tristemente:

"Qué lástima, capitán. Un país tan grande...".

"¡Qué lástima! pensé a mi vez cuando supe de la muerte de Thierry de Martel. Era enloquecedor pensar que personas como ese (pues Francia había producido más de una) se viesen llevadas a la desesperación, y que una gran civilización se viera destruída solamente por la falta de cinco mil tanques y diez mil aeroplanos que pudimos haber construído o adquirido sin dificultades.

Congreso de Prevención Social

MEXICO, D. F., 17-24 de Noviembre de 1940.

El Departamento de Prevención Social de la Secretaría de Gobernación ha organizado un Congreso de Prevención Social que se celebrará en México, D. F., los días 17 al 24 del próximo mes de Noviembre.

Orgánicamente enlazado con la labor que realiza la LIGA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL, damos a continuación el proyecto de convocatoria, reglamento interior y temario del referido Congreso.

I.—LA SECRETARIA DE GOBERNACION, estimando:

a).—Que el problema que plantea la delincuencia en México al aumentar incesantemente, obliga a encontrarle una rápida y efectiva resolución;

b).—Que las últimas investigaciones científicas, al dar una nueva tónica al problema jurídico-punitivo, exigen revisar las instituciones vigentes;

c).—Que es menester unificar el criterio respecto de los problemas y soluciones que plantea la prevención de la delincuencia con el objeto de abolir actitudes disímiles que entorpecen la lucha contra el crimen;

d).—Que todo congreso provocando siempre la meditación sobre determinados problemas, facilita aportaciones valiosas para resolverlos;

e).—Que es necesario brindar una oportunidad a quienes se han dedicado al estudio de nuestra criminalidad, para que ofrezcan las conclusiones a que los ha llevado su meditación y su experiencia;

f).—Que la historia de México, con sus peculiares vicisitudes, necesita, para todos sus problemas, ser estudiada con una óptica especial ceñida por completo a la realidad; y

g).—Que la Revolución, implica un cambio de actitud frente a los problemas vitales del hombre y la sociedad, obliga a enfocar en su criterio reivindicador y justiciero el fenómeno "delito" y al hombre que lo ejecuta.

CONVOCA:

a todas las instituciones oficiales de la República y en general a todos los particulares, para que asistan al Congreso de Prevención Social que se verificará del 17 al 24 de No-

viembre del presente año en la ciudad de México, y el cual tendrá por objeto estudiar, discutir y tomar resoluciones prácticas con relación a los problemas que plantea en México el fenómeno delictivo.

II.—Se invita a todas las instituciones oficiales y a los particulares a presentar ponencias, las cuales deben versar única y exclusivamente sobre los puntos a que se refiere el temario adjunto.

REGLAMENTO INTERIOR DEL CONGRESO DE PREVENCIÓN SOCIAL.

CAPITULO I

Artículo 1o.—Los trabajos preparatorios para la realización del Congreso de Prevención Social, estarán a cargo de una Comisión Organizadora integrada por las personas que al efecto invita la Secretaría de Gobernación.

Artículo 2o.—Dicha Comisión tendrá, como órgano encargado de realizar sus resoluciones, un Comité Ejecutivo integrado por las personas que la propia comisión designe y en el número que estime conveniente.

Artículo 3o.—La Comisión Organizadora sesionará los días y horas en que se convoque al efecto, según los acuerdos de la propia Comisión, en la inteligencia de que las sesiones se verificarán con el número de miembros que concurren.

Artículo 4o.—Estará a cargo de la Comisión Organizadora formular las bases, el temario, reglamento interior, programa y señalar cuáles son dentro del temario las ponencias que a su juicio merezcan ser presentadas forzosamente por las instituciones o personas que al efecto se designen.

Artículo 5o.—La Comisión Organizadora, tendrá, a más de las facultades a que se re-

Revista Mexicana de Higiene Mental

PUBLICACION MENSUAL

PATROCINADA POR LA LIGA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL

Director: Dr. ALFONSO MILLAN

Presidente de la Liga Mexicana de Higiene Mental

Administrador Gte.:
CRISTOBAL M. ACUÑA

Redactor en Jefe:
DR. ANTONIO ABAUNZA F.

APARTADO 8925

TEL. ERIC: 18 84-60

MEXICO, D. F.

Registro pendiente Sria. de Educacion Pública y Administración de Correos

Año I

Octubre 1940 - México, D. F.

Núm. 1

SUSCRIPCIONES:

Número suelto	\$ 0.75 M. N.
Seis Meses	" 4.50 " "
Un Año	" 7.00 " "
Número Atrasado	" 1.25 " "
Extranjero un Año	5.00 Dls.
" Seis Meses	3.00 " "

TARIFA DE ANUNCIOS:

4a. Página de Forros	\$ 180.00 cada inserción
2a. y 3a. Páginas de Forros	" 150.00 " "
1/2 Página 2a. o 3a. de Forros	" 85.00 " "
1/4 Página 2a. o 3a. de Forros	" 50.00 " "
1 Página interior sin fijar colocación	" 125.00 " "
1/2 " " sin fijar colocación	" 65.00 " "
1/3 " " sin fijar colocación	" 45.00 " "
1/4 " " sin fijar colocación	" 35.00 " "

SOLICITAMOS AGENTES EN TODA LA REPUBLICA

La Correspondencia y Valores deben dirigirse precisamente a:

REVISTA MEXICANA DE HIGIENE MENTAL

fiere el artículo anterior, todas aquellas que le señale este Reglamento.

**CAPITULO II
DE LOS MIEMBROS DEL CONGRESO.**

Artículo 6o.—Serán miembros del Congreso los representantes de instituciones oficiales y los particulares que presenten trabajos al mismo, de acuerdo con la convocatoria y bases respectivas.

Artículo 7o.—Se comprende bajo la designación de miembros oficiales a los representantes de las instituciones que la Comisión Organizadora estime conveniente invitar.

**CAPITULO III
DE LOS TEMAS Y PONENCIAS**

Artículo 8o.—Los temas escogidos y seleccionados por la Comisión Organizadora, se publicarán en la convocatoria respectiva.

Artículo 9o.—Las ponencias que deben ocuparse exclusivamente de los temas a que el artículo anterior se refiere, serán breves, procurando que no excedan de diez cuartillas y terminarán con proposiciones concretas.

Artículo 10o.—Los trabajos serán entregados 30 días antes de la inauguración del Congreso, para su impresión, no admitiéndose aquellos que no reúnan los requisitos estipulados.

Artículo 11o.—La Comisión Organizadora designará un relator por tema que estará obligado a presentar una síntesis de las ponencias y, en su oportunidad de las conclusiones concretas de aquellas.

**CAPITULO IV
DE LAS SESIONES DEL CONGRESO**

Artículo 12o.—Habrá una sesión inaugural y durante la duración del Congreso dos sesiones plenarias por día.

Artículo 13o.—Las sesiones serán dirigidas por un Presidente de Debates que tendrá las más amplias facultades, y que nombrado por la Comisión Organizadora para la primera sesión puede ser reelecto para las posteriores por la Asamblea.

Artículo 14o.—En la primera sesión plenaria la Asamblea designará, por mayoría de votos, un secretario de Actas que funcionará durante toda la duración del Congreso.

Artículo 15o.—Los debates se referirán exclusivamente al tema propuesto por la Presidencia y las réplicas, por regla general, no deben exceder de diez minutos.

Artículo 16o.—Las votaciones serán nominales, en la inteligencia de que las instituciones, miembros del Congreso, cuando su representación la tengan varias personas, sólo

tendrá un voto emitido por una de las personas que las representa.

Artículo 17o.—Los relatores por tema, tendrán la obligación de hacer, al final de cada sesión, una síntesis de las conclusiones a que llegare el Congreso con relación a los temas a ellos encomendados.

Artículo 18o.—La Comisión Organizadora nombrará, además, un relator general, que a su vez, sintetizará las conclusiones aprobadas por el Congreso en las diversas sesiones, para presentar estas en dicha forma y en la última sesión, seleccionando, además, las que por su naturaleza sean de ejecución inmediata.

Artículo 19o.—Los relatores particulares, para facilitar al relator general el cumplimiento de la obligación que en 1er. término se le impone, proporcionarán a éste las síntesis de conclusiones concretas que por su parte hayan formulado de acuerdo al artículo anterior.

Artículo 20o.—La realización de los acuerdos del Congreso, no se encomendará a comisión permanente alguna sino que el Comité Ejecutivo de la Comisión Organizadora, comunicará aquellos a la Secretaría de Gobernación para que cuide de su cumplimiento.

CAPITULO V

Artículo 21o.—La Comisión Organizadora designará comisiones especiales de visitas, festejos, viajes, publicaciones, información y propaganda, fijándoles las atribuciones que les corresponda.

T E M A R I O

I.—Prevención de la delincuencia.

II.—Prevención de la delincuencia de los menores.

1o.—Medios preventivos de la delincuencia infantil y juvenil.

2o.—Tribunal para Menores, su organización y funcionamiento.

3o.—Casas de Tratamiento para menores, organización para el tratamiento de menores.

4o.—Nuevos tipos de Instituciones necesarias para el tratamiento de menores.

5o.—Protección para menores externados (Estos tres últimos temas pueden ser tratados en una sola ponencia).

6o.—Coordinación de las actividades de Asistencia, Prevención y Educación en lo que respecta a menores.

III.—Prevención de la delincuencia de los adultos.

1o.—Los factores antropológicos sociales de la delincuencia. Medidas preventivas.

20.—El problema de los parasociales (vagos, malvivientes, etc.)

30.—La prostitución y sus relaciones con la delincuencia.

40.—El alcoholismo como factor de delincuencia.

50.—Medidas directas e indirectas, mediatas e inmediatas para combatir el alcoholismo.

60.—La delincuencia indígena, sus características, su etiología y su profilaxis.

70.—La delincuencia femenina y sus características, su etiología y su profilaxis.

80.—Necesidad de la coordinación de las actividades contra la delincuencia, por parte de las diferentes dependencias que tienen relación con la misma.

90.—Cooperación de los diferentes sectores sociales.

10.—La Penitenciaría del Distrito Federal, sus características y los problemas que presenta.

11.—La Colonia Penal de las Islas Marías, su organización, su funcionamiento y problemas fundamentales que presenta.

12.—Las prisiones de los Estados. El sistema carcelario de las capitales y de los municipios.

33.—Costo de la obra de represión del crimen. Contribución al mismo mediante el trabajo de los reclusos.

14.—El problema económico social de las familias de la víctima y del reo.

15.—Medios para luchar contra la impunidad de los delitos.

16.—Arquitectura penal. Diferentes tipos de prisiones de bajo costo para Estados y Municipios.

IV.—La Educación y la propaganda en la prevención de la delincuencia.

10.—La Educación, la publicidad y la propaganda como factor de conducta antisocial y delictuosa, en nuestro medio.

a).—Literatura y espectáculos para menores.

b).—Literatura y espectáculos para adultos.

c).—"Nota Roja y Amarillismo" periodístico.

d).—Propaganda Comerciales perniciosas.

20.—La colaboración pública necesaria en la prevención de la delincuencia.

a).—Cooperación de organización social. AAgrupaciones de padres de familia, de trabajo escolar, Instituciones docentes, Sociedades Científicas, Asociaciones de Beneficencia y Asistencia Social, etc.

b).—Cooperación de Empresas de Publicidad (Periódicos, Editoriales, Radiotransmisoras, etc.)

30.—La educación como medio de prevención de la delincuencia de nuestro ambiente. (Métodos de Educación escolar, extra-escolar, infantil, popular, etc.)

40.—Los métodos de la educación higiénica en la prevención de la delincuencia, en nuestro medio. (Higiene general, mental, profilaxis de las enfermedades venéreas, Toxicomanías, alcoholismo, etc.)

50.—Organización de Campañas de Publicidad y Propaganda para la prevención de la delincuencia en nuestro medio. (Propagandas globales, propagandas escolar, popular, en ambientes profesionales.—Médicos y abogados principalmente.—Métodos de propaganda periodística, cinematográfica radiofónica, etc., Métodos de Propaganda oficial.)

Hemos establecido un Departamento de Publicidad con personal especializado, para comodidad de nuestros anunciantes, el mismo que ponemos a su disposición.

Háblenos o escribanos

Tel. Eric. 18-84-60

Apartado 8925

México, D. F.

Atentamente.

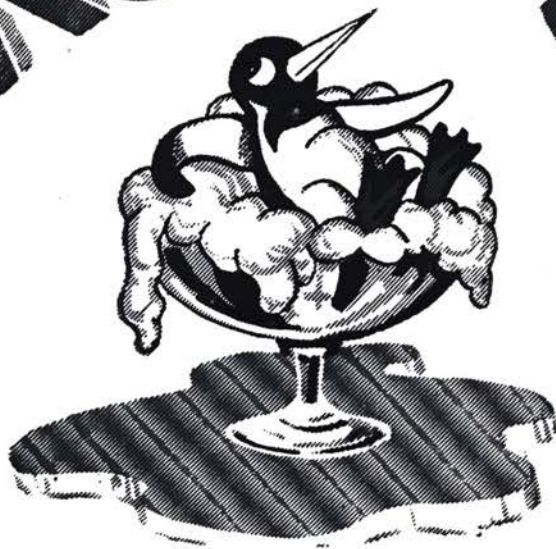
Revista Mexicana de Higiene Mental

Restaurant SALON DE TE

Mex. J-52-27

Eric. 15-86-50

KOOL'S



*El lugar más simpático de México
Paseo de la Reforma 1005
Lomas de Chapultepec.*

**Helados, Retrescos
Sandwichs, Dulces**

Servicio en su Coche



Lo Esperamos

Sanatorio Floresta

Especial Atención a
Enfermos Nerviosos, Mentales,
Alcohólicos y Toxicómanos



DIRECTOR
DR. ALFONSO MILLAN
FACULTAD DE PARIS

TELS.: MEX. P-01-59 - ERIC. 15-99-67

JUAREZ 13

Villa Obregón, D. F.