

48625-3

PSIQUIS

Revista Mexicana
de Psicología y de
Salud Mental

MEMOROTECA NA
MEXICO

El Director de la Federación Mundial por
la Salud Mental, en México

La Epilepsia en el Niño

Por el Dr. Mario Ramón Palacios

El Poder de la Razón en Psiquiatría

Por el Dr. C. Charles Burlingame

Elenita no quiere comer. Doctor!

Por el Dr. José F. Díaz

¿Deveras somos Simpáticos?

Por el Dr. A. Fortes

Cine Radiando

NOTICIAS

La Primera Asamblea por la Salud
Mental

Por el Dr. Alfonso Millan

Mayo de 1950

\$1.00



Una vida que empiera!

En cualquier parte donde diariamente se requiera el benéfico servicio de ambulancias, la llanta Super Jumbo General Popo, presta su valiosa cooperación garantizando el máximo confort que estos servicios requieren . . . Los choferes de ambulancia, saben perfectamente que con Super Jumbo, su misión será cumplida.



Super Jumbo

GENERAL-POPO

LIGA MEXICANA DE SALUD MENTAL

Gómez Farías 56.

Tels. 16-32-12 y 36-67-89.
M é x i c o, D. F.

COMITE EJECUTIVO:

Presidente,
Prof. Dr. Alfonso Millán.

Vice-Presidentes,

Sra. Amalia Solórzano de Cárdenas,

Prof. Abogado Juan José González
Bustamante.

Secretario General,

Prof. Dr. José Gómez Robleda.

Tesorera,

Sra. Angela Arteaga de Myers.

Asesor Jurídico,

Lic. Luis Garrido.

Oficial Mayor.

Profa. Sara Margarita Zendejas.

Secretarios de Asuntos Técnicos,

Prof. Dr. Raúl González Enríquez, y
Dra. Emma Dolujanoff.

COMITE FEMENINO:

Presidenta,

Sra. Amalia Solórzano de Cárdenas.

Vicepresidenta,

Sra. Eloísa Jaime de Rodríguez.

Secretaria,

Sra. Consuelo Alfaro de Vázquez.

Vocales,

Srita. Francisca Acosta.

Sra. Dolores R. Cherif de Azaña.

Comisiones,

Consuelo M. B. de Castellano.

Angela Arteaga de Myers.

María de la Cruz de Suárez.

Elvira de Sánchez Gómez.

Josefina Ortiz de Ortiz Rubio.

Elena P. de Garrido.

Rita Gómez de Labra.

Graciela A. de Borbolla.

Rafaela B. de Ríos Zertuche.

Gloria Kuri de Ayub.

Concepción de Bedoya.

Edda de Belsasso.

Manuela de García Téllez.

Emogen de Beteta.

Raquel de Escandón.

Francis de Orive de Alba.

Carmela de Palacios.

Elena Murphy de Alvarez.

Esther de Martino.

Ana María Pérez Tejeda de Urquiza.

Amparo C. de Gutiérrez.

Blanca Espinosa de los Monteros.

Dra. Palma Guillén de Nicolau.

Rosa Arvide de Ontañón.

Carmen de Guzmán Cárdenas.

Federación Mundial por la Salud Mental

Presidente: André Repond (Suiza).—Vicepresidente: Doctor en Psicología William Line.—Presidente del Comité Ejecutivo: Doctor H. C. Rumke (Países Bajos).—Tesorero: Doctor M. K. el Kholey (Egipto).

Director: Doctor J. R. Rees (Londres).—Director Asistente: Doctor Kenneth Soddy (Londres).—Secretaria, Maestra de Arte, señorita E. M. Thornton.

19, Manchester Street, Londres, W. 1.

La Federación Mundial por la Salud Mental celebrará su reunión anual correspondiente a 1950, en París, durante los días del 30 de agosto al 7 de septiembre del presente año. Sus diferentes grupos de trabajo, que llegarán de todo el mundo, sesionarán en los edificios de la Ciudad Universitaria.

Temas.—Los temas que serán discutidos son:

- 1.—La Salud Mental en la Educación.
- 2.—Salud Mental en la industria y diversas ocupaciones.
- 3.—Salud Mental de personas trasplantadas y sin hogar.
- 4.—Liderazgo y autoridad en las pequeñas comunidades.

Miembros.—Se espera que todas las Ligas de Salud Mental de todos los países envíen sus delegados, tantos como deseen. También pueden asistir todos aquellos interesados, aunque no formen parte de la Delegación representativa de su país.

Las solicitudes de inscripción deben enviarse por conducto de la Liga nacional correspondiente, miembro de la Federación. (Para México, por conducto de la Liga Mexicana de Salud Mental.)

Cuota de inscripción.—Para contribuir a los gastos de organización, la cuota de inscripción ha sido fijada en mil francos franceses por persona asistente. Esta cantidad puede enviarse directamente a Londres, a la dirección de la Federación, o puede pagarse en París, al iniciarse la reunión. También puede enviarse por conducto de la Liga Mexicana de Salud Mental.

Facilidades.—Se han logrado algunas facilidades de hotel. Pero requiere inscribirse lo antes posible para disfrutar de ellas.

Las solicitudes deberán entregarse en la Oficina de la Liga Mexicana de Salud Mental, ANTES DEL 15 DE JUNIO próximo (Gómez Farías 56, México, D. F.). Apartado 19455.

PSIQUIS

MAYO DE 1950

No. 10.

MEXICO, D. F.

Revista Mexicana de Salud Mental y
Psicología.

Patrocinada por la LIGA MEXICANA DE
SALUD MENTAL (órgano oficial) y la SO-
CIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGIA.

Se publica el 16 de cada mes.

DIRECTORES

Prof. Dr. Alfonso Millán (Fundador), Presidente de la Liga Mexicana de Salud Mental; de las Academias Nacional de Medicina y de Ciencias Penales de México; de las Sociedades Mexicana de Neurología y Psiquiatría y Médico-Psicológica de París; Profesor de Clínica de Neuro-psiquiatría y de Medicina Legal en la Facultad de México, ex-director del Manicomio General.

Prof. Dr. Raúl González Enríquez, Srio. de Asuntos Técnicos de la Liga M. de Salud Mental, Presidente de la Sociedad Mexicana de Psicología; de la Academia Nacional de Medicina; de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría; Profesor de Clínica de Neuro-psiquiatría en la Facultad de Medicina de México, y de Psicología Social en la Facultad de Filosofía y Letras; Jefe del Servicio de Observación Hombres del Manicomio General; Director de la Unidad de Neuro-psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social de México.

SECRETARIAS DE REDACCION

Dra. Emma Dolujanoff, Secretaria de Asuntos Técnicos de la Liga M. de Salud Mental; de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría y de la Sociedad Mexicana de Psicología.

Profa. Sara Margarita Zendejas, Secretaria de Relaciones Públicas de la Liga Mexicana de Salud Mental; Profesora de Psicología en el Instituto de Capacitación del Magisterio; miembro de la Sociedad Mexicana de Psicología.

NUESTRO CONSEJO CONSULTIVO

Prof. Dr. José Gómez Robleda, Secretario General de la Liga Mexicana de Salud Mental; Presidente de la Sociedad Mexicana de Estudios de Orientación Profesional; de la Academia Mexicana de Ciencias Penales; de la Sociedad Mexicana de Criminología y Medicina Forense; de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría; de la Sociedad Mexicana de Psicología; profesor en la Facultad de Filosofía y Letras; ex-Profesor de la Facultad de Medicina; ex-Médico del Manicomio General.

Prof. Dr. Manuel Guevara Oropesa, Presidente Honorario de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría; Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina; de la Sociedad Médico-psicológica de París; Profesor (decano) de Clínica de Neuro-psiquiatría en la Facultad de Medicina de México; ex-Director del Manicomio General.

Prof. Dr. Mario Fuentes, Presidente efectivo de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría; de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad Médico-psicológica de París; Profesor de Clínica de Neuro-psiquiatría en la Facultad de Medicina; ex-Director y médico del Manicomio General.

Prof. Abogado Luis Garrido, Rector de la Universidad Nacional de México; Presidente de la Academia Mexicana de Ciencias Penales; Profesor en la Facultad Nacional de Jurisprudencia; Consejero Jurídico de la Liga Mexicana de Salud Mental, etc.

Prof. Abogado Juan José González Bustamante, Secretario General de la Universidad Nacional de México; Secretario de la Academia Mexicana de Ciencias Penales; Profesor en la Escuela Nacional de Jurisprudencia; Vicepresidente de la Liga Mexicana de Salud Mental, etc.

Profa. Abogada Guillermina Llach, Presidenta de la Sociedad de Universitarias Mexicanas; Consejera del Instituto Cultural Mexicano-Uruguayo; del Departamento de Prevención Social de la Secretaría de Gobernación.

Prof. Modesto Sánchez, ex-Director de la Escuela Normal para Maestros, Departamento de Varones, Secretaría de Educación Pública.

Prof. Ignacio Rocha, Director del Departamento de Escuelas Normales Urbanas de la República, Secretaría de Educación Pública.

Prof. Dr. Francisco Núñez Chávez, Profesor en la Facultad Nacional de Medicina; Director Médico del Manicomio General, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Srita. Francisca Acosta, Directora de Asistencia Social, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Prof. Abogado Manuel R. Palacios, Profesor en la Escuela Nacional de Jurisprudencia (U. N. A.); Gerente General de los Ferrocarriles Nacionales de México.

Prof. Lic. en Economía, Adolfo Zamora, Profesor en la Escuela Nacional de Economía (U. N. A.), Director General del Banco Nacional Hipotecario Urbano y de Obras Públicas

TARIFA DE ANUNCIOS

1 plana, \$200.00 por inserción; Media Plana, \$100.00 por inserción; Cuarto de plana, \$50.00. Contra Portada y Forros, \$300.00.

TODA SITUACION DE FONDOS Y CORRESPONDENCIA A EDITORIAL "PSIQUIS"

Gómez Farías 56 o Apartado Postal 19455. (P. O. Box No. 1945^o), México, D. F.
Teléfonos 16-32-12 y 36-67-89.

Franquicia Postal por Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial del 25 de febrero de 1949.

SUSCRIPCIONES: Un Año: \$10.00; seis meses: \$5.00.—Registrado como artículo de segunda clase en la Administración General de Correos de México, D. F., el 29 de junio de 1949, como revista "PSIQUIS".

el 27 de noviembre de 1946, como "Revista Mexicana de Higiene Mental";

De los artículos responden sus autores y pueden reproducirse libremente, con sólo citar la procedencia.



Movimiento Económico Nacional
POR UN MEJOR PRODUCCION Y UN MAYOR CONSUMO
DE ARTICULOS NACIONALES

samos en el inmenso número de miembros de estas sociedades-miembros, necesitamos considerar que comparativamente pocas de ellas tienen la oportunidad de saber mucho acerca de lo que sus colegas en otros países hacen y piensan. En todas las organizaciones internacionales es, desde luego, un problema crucial reunir a las personas, y es muy difícil también obtener los suficientes fondos para reunir al Comité Ejecutivo y los otros Comités, cuyo trabajo es vitalmente necesario para el logro de sus fines.

Las ocasiones como ésta, en que puede uno visitar y discutir problemas con una sociedad-miembro y, como espero, recibir sus críticas e ideas, son extremadamente valiosas, y uno de nuestros propósitos en la Federación es hacer posibles las visitas de varios miembros de nuestros Comités y otros a los grupos-miembros de todo el mundo, con este mismo propósito de discusión y estímulo a la participación en el trabajo de la Federación y al planeamiento de su política.

La Federación ha tenido éxito al estimular el establecimiento de grupos de trabajadores por la salud mental en lugares tan diversos como Australia, Persia, Irlanda, Noruega y las Filipinas.

Recientemente nuestro Presidente, el Dr. André Repond, de Suiza, ha señalado con mucha claridad que mientras la salud mental, ese estado algo indefinible, sea el fin hacia el cual nos dirigimos, los métodos por los cuales debemos intentar alcanzarlo son los de la higiene mental. Esto, por lo tanto, enfatiza el contacto que nosotros como psiquiatras necesitamos tener con los problemas psicológicos, sociológicos y educativos que intervienen en toda actividad de higiene mental planeada y efectiva. Es por esta razón que la Federación ha puesto énfasis en la naturaleza inter-profesional de su trabajo y de sus miembros.

Como una Federación no olvidamos, o pasamos por alto, los

muy urgentes problemas de tratamiento que existen. Esto, naturalmente, es particularmente de la responsabilidad de los psiquiatras, y cada uno de los países en que tenemos sociedades-miembros siente la necesidad de contacto y de cambio de ideas sobre estos asuntos. La Federación, sin embargo, está prestando y probablemente continuará prestando por algún tiempo mucha atención a los problemas de la profilaxis. El tiempo y la energía mental son demasiado limitados para poder efectivamente cubrir todos los aspectos del tema al mismo tiempo.

El Congreso de Londres sobre Salud Mental de 1948 produjo algunos efectos perceptibles, incluyendo la crítica, por supuesto, en casi todos los países que estuvieron representados ahí. Nueva atención se le dió a la necesidad del trabajo preventivo y a las posibilidades de mejores relaciones humanas en el campo internacional. Las ideas que fueron expuestas o enfatizadas entonces necesitan ser desarrolladas y exploradas con un método crítico y científico.

Ustedes han leído, o seguramente leerán, el informe del Comité Experto en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Es éste un bien documentado primer informe de los problemas concernientes a esta grande e importante agencia de la O. N. U., y es interesante observar que fué recibido con entusiasmo por el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, lo que no se observa con frecuencia en estas augustas asambleas. Esto, creo yo, significa que, como a veces sucede, estas ideas están saliendo a la luz en el momento más oportuno. Los expertos de Salud Pública de muchos países, que representan a sus gobiernos en la Organización Mundial de la Salud están adquiriendo conciencia de la necesidad de ayuda en este campo de la enfermedad mental, y especialmente están ansiosos de encontrar la forma de prevenir las enfermedades inhabilitadoras y el desarrollo de las relaciones perturbadoras. Hay una mayor disposición para recibir tales ideas ahora que en nin-

guna época anterior, y por ese motivo es seguramente importante que tratemos de señalar el camino de la acción.

Nosotros en la Federación tuvimos una pequeña parte en el estímulo que condujo a ese informe particular. Cuando lo lean, comprenderán ustedes que, confrontados por la casi imposible tarea de organizar servicios terapéuticos adecuados para algunas de las grandes pero no privilegiadas naciones del mundo, el Comité Experto comprendió que el principal énfasis debía ponerse en la prevención, y fueron severamente prácticos al sugerir que el mejor entrenamiento para practicantes generales y enfermeras de salud pública, así como trabajadores de salud pública en general, era el primer paso que necesitaba darse.

Nuestros propios grupos de trabajo en la Federación y nuestro Comité Consultivo Inter-Profesional llegaron a las mismas conclusiones que el Comité Experto de la WHO, y tuvieron conciencia, también, de la necesidad urgente de acentuar los hechos básicos sobre los que la instrucción en higiene mental debe darse. Necesitamos saber cuáles son los hechos válidos y demostrables, lo que sabemos que puede hacerse en el terreno de la profilaxis y lo que ignoramos. Existen por supuesto grandes lagunas en nuestros conocimientos. Si los fondos lo permiten —y pongo énfasis en la palabra si—, la Federación se propone preparar un grupo de trabajo residencial este verano, que se dedicará en una base internacional e interprofesional al estudio de este problema de nuestro conocimiento básico y cómo puede ser mejor empleado. Si esta actividad particular se realiza o no, claramente necesitamos la atención y el trabajo de todos ustedes quienes están interesados en estos asuntos. Los muchos grupos de discusión inter-profesionales que aún existen en conexión con la Federación en varios países en todo el mundo, están dedicados en el presente principalmente a uno u otro de los cuatro tópicos principales siguientes: la salud mental en la

educación, la salud mental industrial y ocupacional, la salud mental de las personas sin hogar o desplazadas y los problemas de liderazgo y autoridad. La Federación ha creído que al considerar cualquiera de estos tópicos, ya sea en los grupos nacionales o en las discusiones internacionales de nuestras Reuniones Anuales en París, debe darse especial atención a la clarificación de las bases de hecho de nuestro conocimiento y en cómo esto debe ser presentado más útilmente como una parte de nuestro programa de adiestramiento.

Nosotros estamos además ansiosos por esclarecer nuestro criterio acerca de si el trabajo de higiene mental, que conduce al objetivo de la salud mental, es en sí mismo una profesión. Si ha de haber oficiales médicos de salud mental, entonces ellos deben ser adiestrados, y si es así, debemos descubrir cómo han de ser adiestrados y exactamente en qué.

Un grupo de trabajo muy activo existe ya con el Profesor Line y el Dr. Griffin en Toronto. Están interesados en los principios básicos de la salud mental según es aplicada a la educación, y nosotros esperamos cooperar con la UNESCO en posteriores estudios de este problema de vital importancia.

No es necesario decir que el Secretariado de la Federación se encuentra asimismo convertido en una agencia de información. Muchos de los problemas que nosotros confrontamos no podemos resolverlos por el momento, y encontramos que las agencias de la O. N. U. están en la misma posición. Es, por lo tanto, de alguna importancia que hayamos recientemente concertado un contrato con la Organización Mundial de la Salud para tratar de reunir información acerca de las cifras de morbilidad y enfermedad, acerca de la educación de los diversos tipos de trabajadores dedicados a la salud mental, y muchos otros asuntos importantes.

Una organización gubernamental como la WHO puede, por supuesto, aproximarse a los gobiernos, pero su opinión es la de que una organización voluntaria de técnicos como nosotros puede mejor producir algunas figuras de relieve y juzgar más correctamente de su valor.

Una de las dificultades evidentes de cualquiera de tales tareas cuando uno debe considerar a todos los países del mundo, es el problema de la comunicación. Ustedes pueden no creerlo, pero es bastante difícil obtener respuesta de las personas, especialmente si la escritura de tales respuestas comprende una gran cantidad de trabajo.

Una función considerable de la Federación que es costosa en tiempo y en esfuerzo, es la de proveer representación adecuada para las diversas conferencias de las agencias de la U. N. O. y los organismos no gubernamentales. Muchos de los problemas parecen exigir la clase de ayuda que podemos ofrecer, ya sea la discusión de la educación de los adultos, el cuidado de los niños obstaculizados, la política de la Asociación Médica Mundial. Potencialmente estos problemas y muchos otros son importantes, debido a la oportunidad que se ofrece de integrar algunos conceptos de higiene mental con las ideas y planes de nuestros colegas de los diferentes campos de trabajo. Este no es un trabajo particular, pero sí es importante.

La Federación ha mostrado un constante interés hasta ahora en la dinámica de los grupos, y particularmente en la estructura y funcionamiento de los grupos internacionales y en las conferencias. Esto no es solamente un asunto para hacer nuestras reuniones más fructíferas, sino que tiene significación para el problema más amplio de las conferencias internacionales, y se ajusta a los intereses generales de la División de Ciencias Sociales de la UNESCO. Nosotros no pudimos hacer esto el año

pasado, pero este año en nuestra Reunión Anual en París esperamos observarnos a nosotros mismos y hacer alguna pequeña contribución a este gran proyecto de cooperación internacional. Este es un asunto que concierne a nuestro Comité Consultivo Inter-Profesional, pero ellos tienen muchas otras posibilidades de investigación para ser discutidas.

Dos proyectos han sido recientemente presentados por el grupo norteamericano de este Comité. Uno, que fué originalmente presentado por la doctora Margaret Mead y por el señor L. K. Frank, concierne a la conveniencia de los estudios culturales de la Salud Mental de las poblaciones entre las cuales se están introduciendo cambios en los hábitos de vida. Esta clase de trabajo es especialmente importante en vista de las dificultades que pueden presentarse debido al plan del punto cuatro del Presidente Truman, para proporcionar ayuda técnica a los países poco desarrollados. La introducción de los cambios tecnológicos o de los nuevos planes de salud, pueden con frecuencia volverse negativos por la forma en que éstos son presentados a un país en particular y hay un considerable número de ejemplos bien conocidos, en que la introducción de tales cambios ha conducido al deterioro de la salud mental en vez de ayudar a evitarlo.

Un proyecto posterior que está bajo discusión, y del cual es responsable el doctor Bartemeier de los Estados Unidos, es un intento de valorar algunas de las diferencias en el ambiente cultural de los diferentes países a través de la experiencia acumulada de los analistas que han trabajado en más de una cultura. Este es un territorio desconocido, pero puede producir algo de verdadero valor.

Una investigación que es muy relevante para uno de los tópicos en los que la Federación está interesada, está siendo

realizada por el Profesor Simey de la Universidad de Liverpool, y concierne a la asimilación cultural de las poblaciones emigrantes. Esto se propone realizarse entre los trabajadores europeos voluntarios que actualmente se encuentran en el Norte de Inglaterra y, en parte, entre los grupos semejantes en la vecindad de Hamburgo.

Un considerable número de otros proyectos de investigación están siendo considerados. La Federación misma no será un organismo adecuado para realizar la investigación pero puede auspiciarla, y si es adecuada pueden financiarse los planes aprobados; éstos pueden ser efectuados con adecuada supervisión de investigación. Puede decirse que una de las tareas de IPAC es la de determinar las prioridades que deben dársele a las preguntas especiales.

La Federación ha considerado ampliamente la cuestión de cómo podría ayudar al restablecimiento de Alemania. Ha habido gran discusión acerca de la posibilidad de juntar la experiencia y conocimiento de aquellos que han sido consejeros de Alemania en los diversos campos de trabajo. Los planes están bajo discusión para la introducción a Alemania de todo lo mejor del tipo anglosajón del trabajo de guía del niño, y los problemas del uso de películas y métodos de educación en masa también están recibiendo mucha atención, no sólo desde el punto de vista de Alemania, sino desde el punto de vista de nuestras sociedades-miembros en todos los países.

Como en casi todos los esfuerzos de esta especie, la Federación se encuentra a sí misma estrictamente controlada por las dificultades financieras; por sobre todas las cosas necesita un ingreso suficiente para hacer posible el transporte de delegados a sus distintos Comités, ya que en este caso la correspondencia es un método de comunicación pobre. Esperamos que el

extenso Primer Informe Anual, que ha sido apenas publicado pueda por sí mismo coleccionar fondos. Hay algunas indicaciones de que ha empezado ya a funcionar en este sentido.

He dado a ustedes un informe parcial y breve del modesto principio de nuestro trabajo. Estamos haciendo algunas excursiones dentro de esta región desconocida. Parte de nuestro trabajo es trabajo de misioneros; mucho de nuestro esfuerzo es nuevo y exploratorio. Es un trabajo que necesita de todo el respaldo, estímulo y crítica que ustedes puedan darle.

Espero que ustedes hayan observado, como yo, que de todas las actividades de las Naciones Unidas que están delineadas para apoyar la causa de la humanidad en todo el mundo las más efectivas y las más pacíficas con frecuencia son aquellas realizadas por las agencias como la FAO y la WHO.

Esto no es sólo una cuestión de liderazgo; es también necesario tener un bien definido y limitado objetivo. Aquí, al parecer, existe una señal para la importancia de nuestro propio trabajo porque la salud mental es también una cualidad muy específica, y aunque la tratemos desde muchos puntos de vista tenemos un objetivo común; de modo que el trabajo en el campo internacional para una mejor salud mental presenta una oportunidad y un desafío, y al mismo tiempo ofrece considerables esperanzas. Lo que surja y se desarrolle de este trabajo me parece a mí que depende de cada uno de nosotros y de nuestra fe en lo que creamos valioso en lo referente a la salud positiva y a la paz del mundo.

La Epilepsia en el Niño

Por el Dr. Mario RAMOS PALACIOS.

I.—La Epilepsia es la más frecuente de las enfermedades del sistema nervioso en los niños.

II.—Es indudable que en la producción de la Epilepsia existe un factor congénito o hereditario.

III.—La enfermedad comienza más comúnmente durante el primer año de la vida, y durante este primer año en el primer trimestre.

IV.—Los demás datos etiológicos, tales como el sexo, edades de los padres, sitio del paciente en la familia, familias numerosas, hermanos muertos, abortos, nacidos muertos, sífilis de los padres, alcoholismo, accidentes del embarazo y del parto, y traumatismo craneano carecen del valor que se les ha asignado.

V.—La fórmula clínica más frecuente adoptada por la Epilepsia es el gran mal, casi siempre simple, a veces asociado a los equivalentes.

VI.—Es muy común que la Epilepsia produzca deterioro mental o que esté asociada a él.

VII.—La radiografía de cráneo y el examen de líquido cefalorraquídeo son los dos exámenes complementarios que más ayudan para descubrir otros padecimientos que simulan la Epilepsia.

VIII.—El electroencefalograma no tiene un valor definitivo para el diagnóstico y para la localización de la lesión.

IX.—El pneumoencefalograma es el examen más fiel para descubrir la lesión anatómica causante de la Epilepsia, y el único dato que sirve para diferenciar la Epilepsia entre quirúrgica y no quirúrgica.

X.—La parasitosis intestinal carece del valor que se le atribuye, pero debe tratarse al paciente cuando la presente.

XI.—La alteración más común de la química sanguínea es el aumento del fósforo y de la fosfatasa alcalina. Alteraciones que son consecutivas a la enfermedad y no causa de ella.

XII.—La Epilepsia es un padecimiento que invalida con mucha frecuencia, ya sea por la presencia de los ataques, por el deterioro mental o por las alteraciones neurológicas que suele ocasionar.

XIII.—La mortalidad es de 1.03 por ciento, y la causa de la muerte es el estado de mal epiléptico. La mortalidad en nuestros pacientes fué de 1.87 por ciento, no siendo achacables a la Epilepsia la diferencia entre ambos números.

XIV.—Con los medicamentos actuales se consigue casi siempre la supresión de los ataques de gran mal, y de los equivalentes.

(Continuará)

El Poder de la Razón en Psiquiatría ^(x)

Por el Dr. C. Charles BURLINGAME.
*Psiquiatra en Jefe y Presidente de la Junta Direc-
tiva del Institute of Living, Hartford, Connecticut.*

Si se me preguntara "¿Qué es la Psiquiatría", contestaría más adecuadamente explicando primero lo que *no* es la psiquiatría.

La psiquiatría no es una rama de la industria cinematográfica. No es una orden religiosa en la que la gente cree o no cree. Tampoco es una disciplina universal que puede resolver los problemas políticos, la carestía de alojamientos adecuados y los conflictos interraciales, o que gracias a su intervención nuestra vida se desenvuelva en el mayor orden.

• Conferencia dictada el 20 de febrero de 1950 en la American Academy of General Practice, Saint Louis, Missouri. (Traducido del inglés por el doctor M. Marin-Foucher).

La psiquiatría no es un pasatiempo agradable del editor. No es un método para segregar del ejército a los hombres inadaptables. Tampoco es un sistema de propaganda. Ni tiene por meta el lucrar con las damas de sociedad

No, la psiquiatría no es esto, aunque todo esto se haya practicado con gran pompa y en forma pseudo-psiquiátrica.

La psiquiatría es sólo una rama natural, en constante evolución, de la medicina, que estudia los factores psicológicos de las enfermedades. En Inglaterra, el término "psiquiatría" es menos usado que el de "medicina psicológica". Esta es la razón de que la sociedad psiquiátrica británica se llame "Real Sociedad Médico-Psicológica". Esta denominación define tácitamente lo que la psiquiatría es o debería ser.

Sin duda, los conocimientos psiquiátricos deben ser puestos al servicio de otras ramas de la ciencia y el arte, en la misma forma en que la medicina contribuye a ellas. Sin embargo, no creo que ella es capaz de controlar las diferentes ramas de la industria. La importancia de la psiquiatría es grande, pero no creo que sea mayor que la de cualquiera de las otras ramas de la medicina. En mi opinión, la psiquiatría tiene por objeto primordial el estudio, prevención y curación de las enfermedades mentales, por medio de una terapéutica adecuada. De aquí que sienta profundamente que otros desvirtúen el verdadero objeto práctico de la psiquiatría, atribuyéndole un significado diferente y, por tanto, disminuyendo el número de médicos dedicados al tratamiento de los enfermos psiquiátricos. Si nosotros no llevamos a cabo esta tarea, nadie más se preocupará por realizarla.

También se podría preguntar: "¿Qué es un psiquiatra?" Un psiquiatra es un médico que ha estudiado bien la medicina general y tiene consciencia de sus limitaciones. Posee suficientes

conocimientos en neurología y sabe hasta dónde pueden serle útiles.

Un psiquiatra es un médico que entiende que los síntomas psicológicos pueden ser sólo la apariencia de una enfermedad somática, o que los síntomas físicos pueden ser la prueba evidente de un desorden efectivo.

Un psiquiatra es un médico que es capaz de emplear todos los medios adecuados para tratar a sus enfermos. Un médico que utiliza un amplio arsenal terapéutico del tipo de: 1) La fisioterapia. 2) La opoterapia (hormonas, epinefrina, etc.). 3) Choques terapéuticos (insulina, metrazol, electrochoque). 4) La psicocirugía (topectomía, lobotomía transorbital, incisión subcortical, la técnica más moderna llamada talamotomía y cualquiera otra forma de lobotomía). 5) Productos químicos. 6) Antibióticos. 7) Fiebre artificial. Todos estos procedimientos y muchos otros de tipo físico son empleados en la moderna psiquiatría.

Un psiquiatra es un médico que sabe sociología. Tiene la obligación de conocer e interpretar correctamente el medio en que el individuo ha fracasado en su capacidad de adaptación; de lo contrario, no podrá reintegrarlo al seno de la sociedad.

Un psiquiatra es un médico con facultades de educador. Debe tener la habilidad suficiente para enseñar a sus enfermos a comprenderse a sí mismos y desenvolverse normalmente en su propio ambiente. El verdadero propósito del tratamiento psiquiátrico consiste en readaptar al individuo socialmente. El hombre no puede vivir y prosperar en la ociosidad, por lo que es indispensable enseñarlo a que se considere necesario como integrante del grupo social. Nuestra tarea consiste en investigar las aptitudes de los individuos; indagar los motivos que originan sus

fracasos, y tratar de guiarlos hacia labores que puedan desempeñar con éxito.

En conclusión, un psiquiatra debe ser, como médico, todo lo anteriormente indicado. En psiquiatría debemos estar constantemente en guardia en contra de todo lo que dificulte el empleo de cualquiera de estos conocimientos científicos.

Con frecuencia observamos casos de psiconeurosis o psicosis, en que los síntomas psicológicos ocultan la verdadera enfermedad somática. Existen numerosos casos en los que personas que han sido diagnosticadas como psiconeuróticas, posteriormente han revelado, por ejemplo, un tumor cerebral. He visto individuos cuyos intensos síntomas psicóticos, sólo son la manifestación de una pelagra. Al ser tratada ésta, los síntomas psicóticos desaparecieron. Lo que al principio sugiere una neurosis de angustia, puede ser en realidad un síndrome de descomposición cardíaca o manifestación de una atípica angina de pecho. Por lo tanto, no es razonable tratar las enfermedades mentales por los métodos psicoterápicos, sin antes indagar la existencia de una enfermedad somática.

Lo contrario es también verdad. Así como en psiquiatría debemos investigar los trastornos físicos de nuestros enfermos, en medicina general, y sus especialidades, ustedes deben estar alertas para percibir las alteraciones psíquicas concomitantes. Recuerdo algunos casos en los que ustedes, médicos, fallaron por pasar inadvertido el valor de la integridad psíquica de sus pacientes. Enfermos que me consultaron después del daño que ustedes les causaron me hicieron conocer esto. De haberlos tratado como "personas", muy probablemente no hubieran necesitado la intervención psiquiátrica.

¿Es posible que hayan algunos ginecólogos que ignoren, o

no quieren comprender, la gravedad del trauma psicológico provocado por las histerectomías totales? En estos casos las mujeres sufren no sólo por la pérdida del órgano, sino también por la pérdida de lo que ellas consideran una parte de su personalidad. Si el cirujano no entiende esto y, por tanto, no ayuda a su enferma a reorganizar su vida emocional, el daño causado será enorme.

No creo que los ginecólogos sean más culpables y descuidados, en este aspecto de la medicina, que los demás especialistas. No obstante, por haber empezado con ejemplos de esta especialidad, voy a añadir uno o dos casos ginecológicos para ilustrar mi punto de vista.

Cuando se le deja saber a la enferma la posibilidad de un cáncer, abandonándola a merced de sus propias emociones, la reacción afectiva puede ser tan intensa como para provocar una psicosis. En uno de mis casos, el ginecólogo dijo a la enferma: "Puede ser cáncer o sólo un tumor benigno. Vuelva dentro de seis meses para que la examine otra vez." ¿Pudo imaginarse el especialista el efecto que sus palabras ejercieron en la mente de la enferma y lo que serían para ella aquellos seis meses de espera?

Otro ginecólogo, que acostumbraba decir a sus enfermos la verdad, fué a visitar profesionalmente a una de sus pacientes. Después de examinarla, le dijo sin ambages que tenía cáncer uterino, con metástasis generalizada, y probable desenlace fatal al cabo de tres meses. En seguida la abandonó, por su mucho quehacer como especialista, dejándola aturdida, sin ninguna esperanza y en la mayor angustia. Afortunadamente, el esposo volvió a tiempo para evitar una tragedia.

En ocasiones se cometen errores igualmente graves, desde

el punto de vista psiquiátrico, en enfermos cardíacos. Cuando los cardiólogos se olvidan del papel tan importante que las emociones juegan en las distintas enfermedades, los síntomas que sus pacientes exhiben aumentan notablemente. Tal es el caso de la hipertensión arterial, la que aumenta a un grado peligroso como consecuencia, en la mayor parte de las veces, de un desequilibrio afectivo. Un médico amigo mío fué tratado en esta forma: Su médico le aconsejó interrumpir todas sus actividades inmediatamente, añadiendo que de continuar indefinidamente bajo una vida de completa calma, podría sobrevivir cinco años. Mi amigo estaba siempre temeroso del más mínimo movimiento y aún hasta de pensar en sus propios problemas. Con el tiempo su presión arterial se elevó considerablemente. En estas condiciones se hallaba cuando le dije: "Tranquílcese, compañero; no lleve a tales extremos sus temores, ni se inmovilice inútilmente en la forma que lo hace." El médico amigo se calmó y vivió catorce años más, pues comprendió que lo único que necesitaba era vivir de acuerdo con su edad y una vida normal y equilibrada.

Otro enfermo estaba perdiendo lentamente su vista. Su médico le dijo que no podría evitarlo y, por tanto, debería acostumbrarse a su ceguera. Sin embargo, un programa de reeducación para el futuro, lo curó enteramente después de un atentado suicida bajo un estado psicótico.

El trato dado a los enfermos que van a ser operados es a menudo frío y provocador de miedo. Un ambiente de cordialidad disminuye algunas complicaciones. De aquí que debemos esforzarnos porque todos nuestros hospitales (generales y especialmente los psiquiátricos) eliminen el trauma emocional y la ansiedad en sus pacientes, pues son la causa de una larga convalecencia o nula curación.

Actualmente algunos médicos, con gran número de enfer-

mos, utilizan un equipo de ayudantes, enfermeras y técnicos de laboratorio, para su estudio y tratamiento. Esta forma impersonal disminuye la idoneidad del tratamiento y ha sido duramente criticada en numerosos artículos. Jane Whitbread ha hecho una buena exposición crítica en su artículo intitulado 'My New York Family Doctor'. (Publicado en la Revista "Good Housekeeping". Diciembre 1949.)

Debemos aceptar, tomando en consideración los conocimientos actuales, que ya no es posible dividir las enfermedades en "mentales" y "físicas". Para ilustrar este nuevo concepto, imaginemos un gran rectángulo en el que podamos encerrar todas las enfermedades. Cada una de ellas quedaría representada por un segmento vertical. Con tal objeto trazaríamos una línea que uniera el ángulo inferior izquierdo con el superior derecho. La mitad superior correspondería al dominio psíquico y la mitad inferior al físico. A continuación incorporaremos algunas de las enfermedades y traumatismos, en forma que indiquen la importancia relativa de los síntomas psicológicos y somáticos. Por ejemplo, podríamos poner una fractura cualquiera en el extremo derecho, de modo que sus síntomas muestran un noventa por ciento de origen somático y un diez por ciento de origen psíquico. No creo que nadie niegue las repercusiones psíquicas en un fractura.

Un carbunco podría incluirse un poco más hacia el centro; con la mayor porción sintomática en el lado de los procesos somáticos, pero con un importante segmento en el campo psicológico.

Hasta hace pocos años hubiéramos colocado muchas enfermedades, con toda buena fe, exclusivamente en la mitad superior o inferior del rectángulo. La parálisis general progresiva, por ejemplo, se la clasificaba como enfermedad mental. Más tarde fué

descubierta la espiroqueta de la sífilis en el cerebro de los paralíticos generales y ahora tendríamos que insertar esta enfermedad en el centro del rectángulo, con un cincuenta por ciento de síntomas físicos y cincuenta por ciento de psíquicos.

Podría continuar enumerando un gran conjunto de enfermedades, pero estoy seguro de que con los ejemplos dados han comprendido bien mi concepto de las enfermedades y forma de clasificarlas en el supuesto rectángulo. Admito que aún tenemos un gran número de enfermedades que, por falta de evidencias somáticas, nos vemos forzados a catalogarlas como enfermedades mentales. Afortunadamente, cada nuevo descubrimiento pone de manifiesto los componentes físicos de ellas y nos da la certeza de que el individuo es afectado en su totalidad por todas las enfermedades y traumatismos.

Creo que cualquiera rama de la ciencia se asemeja a un gran cilindro de cristal, en cuyo contenido líquido se hallan dispersas grandes cantidades de partículas sólidas que representan conocimientos, hipótesis, hechos científicos, etc. Con el tiempo y perenne curiosidad humana, algunas de las partículas se sedimentan, originando un cuerpo sólido de hechos bien comprobados científicamente y en constante aumento.

La psiquiatría está formada en la actualidad por una sólida cantidad de conocimientos científicos cristalizados a través del tiempo. No tenemos porqué justificar nuestro gran número de hipótesis y hechos aislados flotando sobre el material científico, si con entera confianza admitimos, y confesamos a otros, que ellos son todavía hechos independientes e hipótesis.

Estos conocimientos utilizados por la psiquiatría se hallan en constante evolución, gracias a las investigaciones hechas en los laboratorios bio-físico-químicos, neurológicos, psiquiátricos y psi-

cológicos. Hace un par de años se publicaron las investigaciones practicadas por el doctor Caspersson y sus colaboradores, en el Instituto de Investigaciones Celulares en Estocolmo. Con el auxilio del espectrofotómetro ultravioleta han observado alteraciones en el metabolismo de la proteína celular, como consecuencia de la excitación o trauma emotivos. Esto nos hace pensar que existe la posibilidad de que podamos *ver* la enfermedad mental, durante la fase en que las células no sean capaces de reintegrarse por ellas mismas, después de un período de descanso.

El doctor Walter Hess, investigador suizo, que obtuvo la mitad del premio Nobel de medicina en 1949, ha hecho importantes descubrimientos en relación con la compleja función del sistema nervioso autónomo y del diencéfalo.

En los Estados Unidos de Norteamérica se han obtenido enormes progresos en lo que atañe al entendimiento de los componentes fisiológicos (aun me atrevería a decir: las bases científicas) de las psicosis. ¿Pueden imaginarse la importancia que tiene el hecho de que por medio de los métodos de laboratorio, haya sido posible *producir psicosis* de diferentes tipos? Este es un paso más dado en terreno firme y fuera del campo puramente especulativo. Cuando sepamos con seguridad la manera en que una determinada hormona puede provocar un estado mental patológico, entonces estaremos en condiciones de auxiliar a nuestros enfermos, combatiendo la hormona con agentes químicos.

También se han provocado psicosis en individuos sometidos a una psicoterapia negativa, seguida de la administración hormonal estimulante. Además, las investigaciones actuales nos han puesto en condiciones para determinar qué tipo de tratamiento es el mejor, para cada una de las diferentes formas de psicosis.

En el dominio de la psicocirugía se están haciendo extensos estudios acerca de la fisiología de los lóbulos frontales. Una serie de técnicas quirúrgicas nuevas se están perfeccionando y métodos de re-educación post-operatoria se están desarrollando. Es realmente estimulante ver que al portugués Egas Moniz, creador de la psicocirugía, le fué otorgada la otra mitad del premio Nobel de Medicina en 1949.

No obstante todos estos loables esfuerzos, nuestro desconocimiento de la estructura íntima de las diferentes entidades patológicas, que se manifiestan como síntomas mentales, aún obstaculizan nuestra tarea investigadora. Todavía estamos obligados a usar el diagnóstico descriptivo de la mayoría de las enfermedades mentales. Cuando hablamos de la esquizofrenia de forma catatónica, no nos referimos a una definida entidad nosológica, como lo haríamos al discutir la fiebre tifoidea, sino a un conjunto de síntomas.

Antiguamente la fiebre fué considerada una enfermedad y el tratamiento tuvo el propósito de curarla directamente. Ahora hemos derivado muchas enfermedades del síntoma febril. En la mayoría de los casos no tratamos la fiebre, sino la tifoidea, la malaria o la pneumonía. En este sentido, la epilepsia no es una entidad nosológica, sino un síndrome. Por lo tanto, estoy seguro de que muchos de nuestros diagnósticos descriptivos correrán la misma suerte que el viejo concepto de la epilepsia y la fiebre.

Con el tiempo probablemente vamos a derivar de la esquizofrenia cinco, diez o cien diferentes enfermedades. Tan pronto establecemos la existencia de una enfermedad, vemos que ella cae dentro del concepto diagnóstico descriptivo. El paralítico general presenta al principio una sintomatología que a veces tiene las características de una psiconeurosis, otras veces las

de la psicosis maniaco-depresiva y aun las de un caso de depresión; o también el cuadro de una esquizofrenia. Sin embargo, tengo la convicción de que con las importantes investigaciones a que he aludido, muy pronto no necesitaremos hacer más diagnósticos descriptivos.

La mayor parte de la psiquiatría preventiva en el futuro, como en el presente, deberá ser realizada por el médico general y por los especialistas. Ellos son los que tienen la oportunidad de observar las alteraciones morbosas en su principio; cuando el tratamiento psicoterápico de las emociones muestra su mayor eficiencia, evitando el desarrollo de cuadros neuróticos o psicóticos.

Es alentador presenciar cómo la medicina se interesa otra vez en el enfermo como unidad psico-física. El antiguo médico de cabecera aprovechó las ventajas de tomar en consideración la reacción emocional del enfermo, para el mejor éxito terapéutico. Fué amable y demostró un interés sincero por sus pacientes. No obstante este valioso precedente en la práctica médica, creímos que con el advenimiento de la medicina científica podríamos olvidar al individuo como persona y tratar exclusivamente las enfermedades. Ahora sabemos bien que esta forma fría e impersonal del médico puede ocasionar grave daño al enfermo.

La medicina psicosomática, pregonada con tanta pompa en nuestra centuria, no es nueva. El término "medicina psicosomática" fué usado más de cien años en el Instituto of Living por el doctor Amariah Brigham. En el año de 1838 fué publicado bajo este nombre una revista alemana.

La antigüedad del concepto psicosomático se pone de relieve en las viejas expresiones populares. Algunas de ellas han

estado en uso durante miles de años. De modo es que ahora sólo hemos retrocedido hacia el concepto antiguo, aunque con un mejor concepto de las enfermedades y los métodos terapéuticos.

Los psiquiatras queremos que ustedes, médicos, nos consideren también médicos humildes, deseosos de aprovechar sus enseñanzas y de contribuir, a la vez, al mejoramiento de las otras ramas de la medicina. Sentimos profundamente la propaganda difamatoria que se nos ha hecho, con objeto de empañar nuestra tenaz, sincera y práctica labor científica. Nuestras investigaciones nos han unido definitivamente a la medicina. La medicina y la psiquiatría marcharán juntas hacia la conquista de un ideal común. Esta unidad será indivisible.

Los laboratorios científicos nos ofrecen incalculable ayuda. Nuestros laboratorios psiquiátricos continúan escudriñando el grupo de hipótesis y proposiciones especulativas. Todos estos procedimientos, técnicas y métodos son la base de la psiquiatría. Nos sentimos humildes ante el vasto campo de conocimientos que aún ignoramos, pero también estamos orgullosos de nuestras enormes adquisiciones en un período relativamente corto.

Elenita no quiere comer, Doctor!

ESTUDIO DE LA ANOREXIA PSICOLOGICA DE UNA
NIÑA DE SIETE AÑOS

Por el Dr. José F. DIAZ.

La niña E. M., de siete años de edad, es enviada a la clínica por un pediatra de prestigio y conocedor de su especialidad, quien informa que no encuentra causas orgánicas de la anorexia (*) rebelde que presenta la niña, la que no ha respondido a los tratamientos medicamentosos y de orientación prescritos.

En la primera entrevista con la madre nos damos cuenta del tipo de su personalidad, quien en el curso de su exposición se manifiesta minuciosa, estricta en sus cosas, ansiosa, impa-

(*) Falta de apetito.

ciente y preocupada por el problema de su hija, a la que trata con rectitud y poca tolerancia, y se disculpa de hacerlo así por creerlo necesario para la salud y educación de la niña.

Relata la madre que cuando su hija tenía cinco años de edad se enfermó de un padecimiento renal agudo que ameritó su ingreso al Hospital Infantil, en donde estuvo sometida a tratamiento intenso; que sanó de esa enfermedad, pero que desde entonces hasta el presente, quedó muy nerviosa y con apetito caprichoso y difícil; que cada comida era una verdadera lucha con la niña, teniendo que darle a veces los alimentos en la boca, contarle cuentos, entretenerla, tardando lo menos una hora u hora y media en cada comida; que algunas veces había tenido que pegarle, convirtiéndose en tragedia la hora de la comida. La niña había ido adelgazando, naturalmente, y esto preocupaba a los padres.

En los tres primeros meses de la vida la niña fué amamantada por la madre, llevando exactamente el ritmo e indicaciones del médico (cinco minutos en cada pecho e intervalos de tres horas), sin tomar en cuenta el propio ritmo de la niña, quien lloraba antes y después hasta quince o veinte minutos. A los cuatro meses de edad, comenzó a tomar dos biberones de leche y alimentos sólidos (purés de cereales y de legumbres) además del pecho, con intervalos de cuatro horas en su ministración. Dice la madre que, aunque no le gustaban mucho los nuevos alimentos y ponía resistencia, se los daba por la fuerza, y desde entonces comenzó a dejar una o dos onzas de su leche; esto preocupó a la madre, quien consultaba con ansia al médico acerca de cómo mejorar el apetito de la niña. A los siete meses se terminó el destete, por carecer de leche la madre. La niña se torna llorona y difícil de manejar. Relata la señora que no queriendo malcriar a su hija, pocas veces la abrazaba y la arrullaba, teniéndola casi todo el tiempo.

po en la cuna o cochecito (algunas veces le dejaba el biberón para que lo tomara sola, apoyado por una almohada).

Teniendo en cuenta el concepto de responsabilidad educativo que sentía la madre, desde los cinco meses comenzó el entrenamiento intestinal de la niña, sentándola en su bacinita diariamente, a la misma hora, habiendo logrado la formación del hábito a los doce meses.

La niña comenzó a sentarse sola a los seis meses y a sostenerse parada y caminar a los once meses.

El entrenamiento del hábito urinario se logró al año y medio.

Dice la madre que aun cuando tenía algunas dificultades con la alimentación de la niña, en general comía bien y no considera que hasta los cinco años hubiera constituido un verdadero problema. La niña nunca se chupó el dedo.

La señora que siempre ha sido limpia y ordenada, refiere que desde el año y medio a dos años de edad de la chica, gustaba de enseñarla a no ensuciarse la ropa ni alrededor de su lugar, durante las comidas, por lo que aun cuando ella intentaba comer sola utilizando la cuchara prefería darle la comida en la boca, para evitar que se embarrara.

Desde los diez meses, la niña hacía rabietas y a los dieciocho meses eran éstas más acentuadas y enojosas, teniendo que castigarla para doblegar su mal genio.

El sueño era intranquilo y despertaba dos y tres veces durante la noche, costando mucho trabajo que la niña durmiera siesta desde los dos años.

La niña tiene un hermano que es dos años mayor que ella. El padre es un hombre de treinta y cinco años de edad, serio, trabajador, profesor, de carácter seco, poco demostrativo de sus afectos y que lleva buenas relaciones conyugales. Siente y demuestra marcada predilección por su primogénito, a quien lleva a pasear con frecuencia al parque, al cine y a otras diversiones, no haciéndolo así con la niña, la que le impacienta por su calma y le ocasiona disgustos por su indisciplina y lentitud en las actividades hogareñas. Cuando E. M. era pequeña, atraía más a su padre; pero desde los cuatro o cinco años, esto fué menos frecuente, nunca le contaba cuentos ni jugaba con ella, siendo el hermano el único motivo de su interés y atenciones.

Nuestra primera entrevista con la niña se desarrolló en la forma siguiente: E. M. entró a la sala de juego nerviosa, asustada y prevenida; es una chica de siete años, delgadita, cara simpática e inteligente, bien vestida y con mirada investigadora. Al ver que no había mesa de reconocimiento ni vitrina de instrumentos, pareció tranquilizarse (a la niña le ponen nerviosa los consultorios médicos).

Desde el principio tratamos de congratularnos con la niña y la invitamos a jugar, mostrándole los distintos juguetes y pidiéndole que escogiera aquellos con los que íbamos a jugar; pero mirando hacia el caballete de dibujo y de pintura, dijo que iba a dibujar. Le pusimos un papel y le preguntamos qué iba a dibujar. "Voy a pintar una casa", dijo. Después de delinear la casa comentó: "en esta casa no hay niños, sólo papá y mamá", y pintó las ventanas que correspondían a los cuartos de papá y mamá y al baño, que estaba junto al cuarto de mamá; pero al pintar el pasto, esbozó una niña cuya caja de cuerpo (tórax y abdomen) representó con líneas que seguían

a las de la garganta, a lo que comenté: "qué flata está esa niña, Elenita"; ella respondió: "¡claro!, si no come"; a lo que argüí: "¿y por qué no come?"; "pues, porque su papá es muy malo", respondió. Terminando de decir esto, nuestra paciente dibujó unas líneas debajo de la ventana que correspondía al cuarto de papá, comentando: "esta es una cama donde está acostado el papá que está enfermo", y a mi pregunta de por qué estaba enfermo, me dijo: "de malo que es", y se quedó pensando un rato y añadió: "no, no está enfermo, ya se murió". Casi simultáneamente dirigió su lápiz hacia la niña y dibujó un círculo a nivel del abdomen (la barriga), comentando nosotros: "es notable, Elenita, lo rápido que engordó esa niña"; a lo que ella contestó: "claro, si ahora ya come". No se hizo comentario verbal ni interpretación; únicamente escuchamos, comprendiendo. Luego, Elenita dibujó, a un lado de la casa, lo que dijo que era un niño, del que hizo salir una línea que expresó era su mano y literalmente expuso: "este niño es muy malo, le está pegando a la niña", y a seguida lo rayó con manifiesta hostilidad.

Esta entrevista o sesión de juego con la niña, como se deja ver, fué fructífera e ilustrativa, y dió la clave del problema principal. La forma simbólica en la que subconscientemente se expresa la niña es una de las más claras y, en este caso, no se requiere imaginación para comprenderla.

La interpretación podría esbozarse en la forma siguiente: al escoger una casa para pintarla, enfoca su problema hacia el hogar: la negación de niños ("en esta casa no hay niños, sólo papá y mamá") indica su primera reacción hostil hacia otros niños, representados en este caso por su hermano y por ella, dado que ha sufrido una decepción por la actitud de los padres. El deseo de aparecer en escena, la hace pintar una niña con la que se identifica. Aprovechando esta identificación, en-

focamos el problema de anorexia y sugerimos que estaba muy flaca la niña. La reacción fué inmediata ("¡claro!, si no come"), y pronto, el por qué, se expresó en resentimiento y culpabilidad al padre ("porque el papá es muy malo"). Impulsada por ese sentimiento, primero enferma al padre y luego le mata simbólicamente, haciéndose así justicia, por la maldad hacia ella que tanto lo quiere y que no es correspondida.

Por último, el celo que la niña siente por el hermano lo expresa al dibujar un niño, a quien califica de malo (lo pinta pegándole a la niña), y a quien también trata luego de hacer desaparecer, al rayarlo hostilmente.

La expresión simbólica que la niña hace de su drama familiar, explica su angustia, manifestada por nerviosidad y resistencia hacia la alimentación, como un refugio y protesta a la situación. Al mismo tiempo expía y se auto-castiga por el sentimiento de culpa que la abrumba, al odiar a su padre, a quien tanto quisiera querer, permítasenos la expresión.

Al analizar la psicogénesis del problema, nos encontramos con la actitud de una madre severa, estricta y ansiosa, que antepone al cariño y amor por su hija, su concepto de la educación y el estricto rigor de lo que debe ser (arrulla poco a su niña, permite que lllore aunque tenga hambre, no dando ni un minuto antes el pecho o alimento para no romper el ritmo impuesto por el médico y no el propio, de la niña). Esto trastorna la relación afectiva madre-hija y se inicia un rechazo al alimento, como protesta a una forma de trato que no satisface ni las necesidades instintivas de alimentación (ritmo inadecuado) ni las afectivas (rigor, falta de arrullo, administración del alimento en biberón sostenido por una almohada, en lugar de sentirse protegida por los brazos cariñosos y la mirada amorosa de la madre).

La introducción de alimentos sólidos a los cuatro meses, sin tratar de ajustarse al gusto de la niña, establece una lucha entre madre e hija que no permite ni la satisfacción ni el cauce adecuados de su agresividad y afecto potencial, que son reprimidos. De esta manera se va formando en la niña el hábito de protestar ante una necesidad afectiva no satisfecha, usando el rechazo al alimento.

El entrenamiento intestinal fué comenzado a los cinco meses, antes de que la maduración neuro-muscular permitiera un control sobre los esfínteres (la niña caminó a los once meses, época en que ya tuvo fácil control neuro-muscular), no lográndose antes del año y forzando durante siete meses a la niña a la formación de un hábito que no tenía capacidad para lograr. Esta presión inadecuada continúa creando reacciones hostiles, reprimidas unas veces y otras manifestadas en la forma más fácil y acostumbrada: **el rechazo del alimento**. Sin embargo, hace uso de otros mecanismos de descarga, como rabietas, mal genio e indisciplina. También el sueño intranquilo (despertaba dos y tres veces durante la noche) y la precoz negación a las siestas forman parte de esos mecanismos de conducta.

Se sabe que una de las características y necesidades psicológicas normales del niño de dos años, es la afición y gusto en ensuciarse y embarrarse, inclusive con los alimentos. En nuestro caso en estudio, esta necesidad de la niña era reprimida con severidad, sin buscar ni permitir la compensación, o sea jugar con agua, tierra, arena, plastilina o "finger painting". Los alimentos, que representaban la mejor oportunidad para ello, le estaban vedados para esa satisfacción, creando un motivo más para no quererlos.

En la evolución de la afectividad del niño se observa que de los cuatro a seis años se opera un cambio muy impor-

tante: de una dependencia y necesidad imperiosa del afecto de la madre, comienza a operarse una lucha por independizarse de ella, ayudada por los nuevos contactos sociales; comienza a fijarse y necesitar más el afecto del padre, quien generalmente es más tolerante, consentidor y como maneja menos al niño, no deja sentir en él el freno y represión de la educación y formación de hábitos; esta situación es más acentuada en las niñas, quienes generalmente son más atractivas para el padre que los niños. En nuestro caso, Elenita tuvo la mala suerte de tener un padre seco, poco cariñoso y, sobre todo, la de existir un hermano primogénito que absorbía todo el interés y el afecto del padre, quien veía en él la reproducción de su persona, proyectando así en el niño su narcisismo velado por el temperamento y carácter seco e inexpresivo. Esto produjo en la niña un desajuste emocional y ansiedad por ese amor que no pudo lograr y que tanto ansiaba y, por ende, el consiguiente celo hacia el hermano.

El hábito de reaccionar contra los alimentos ante un afecto o tendencia insatisfecha, iniciados desde sus primeros meses y fomentados a través de sus años de vida, se hace presente con brusquedad y fuerza a los cinco años, con motivo de una causa que actúa como determinante: la enfermedad aguda, la hospitalización, los traumatismos de las inyecciones y de las transfusiones.

Así se engendró y progresó la anorexia de Elenita, quien al salir del Hospital empieza a manifestar nerviosidad y rebeldía franca hacia los alimentos. La actitud de los padres para con la niña y para con el problema, acentuaban más este último.

El tratamiento empezó desde las primeras entrevistas con la madre, a quien se le escuchó con interés, dándole oportuni-

dad de descargar su gran tensión emotiva, comprendiéndola con tolerancia. Continuó con las entrevistas de juego con la niña, con quien se logró un buen acercamiento emotivo, dándole oportunidad de que expresara simbólicamente su problema y descargara también su tensión nerviosa, y terminó planteando a la madre la causa y evolución del trastorno y el papel que cada miembro de la familia desempeñaba en él. Una vez comprendido el problema, se dieron normas de conducta por seguir: para la madre, menos presión y rigor sobre la niña, naturalidad ante las horas de la comida, evitar mostrar su ansiedad a Elenita y no usar los procedimientos que hasta entonces había empleado (castigos, entretenimientos, recompensas, etc.), procurando comprender a la niña y darle el afecto necesario. Al padre se le recomendó que cambiara su actitud hacia la niña, sin discriminación con el hermano y que diera mayores muestras de afecto e interés por ella. Para el hermano se aconsejó educarlo a sentirse protector de su hermanita y no rival engreído, y para nuestra paciente, usar ciertos tipos de juegos, disciplina menos estricta y adecuada, auto-selección y libertad alimenticia y, sobre todo, poca atención de los padres a las reacciones hostiles de la niña hacia los alimentos, tratando así de romper en ella ese hábito tan funesto.

A los veinte días de dar estas normas, tenemos una entrevista con la madre, quien nos informa, con alegría, que la niña come mucho mejor, que ha aumentado kilo y medio de peso, que está menos nerviosa y que ha mejorado mucho en su carácter.

¿Deveras somos Simpáticos?

Por el DR. A. FORTES.

Todos ustedes, cuando les presentan por primera vez a una persona con quien nunca antes han tenido experiencia alguna, reaccionan inmediatamente en alguno de estos tres sentidos:

Indiferencia, simpatía o antipatía.

Si les preguntamos por qué la persona les ha caído mal darán una serie de motivos, como por ejemplo:

Porque es alta o baja; porque es flaca o gorda; porque es tímida o presumida; porque viste de una o de otra manera; por el modo de estrecharnos la mano, o también nos pueden contestar que no saben porqué; pero el hecho es que "no les cae bien". Las razones que nos dan por esta antipatía son realmente falsas, porque es fácil demostrar que otras personas con las mismas características sí les son simpáticas, a pesar de poseer los atributos que sirven en esta ocasión de pretexto para la antipatía.

La verdad de las cosas es que la persona presentada obra como ESTIMULO y toca algo en nuestro ser que responde con una transferencia inmediata: positiva o negativa, ya que no hay ninguna experiencia agradable ni desagradable anterior.

Porque debemos aclarar que no se trata aquí de los sujetos que nos antipatizan por experiencias displacentes que hemos tenido en relación a ellos.

Otro tanto podríamos decir de las personas que en el primer encuentro se ganan nuestra simpatía y, como vulgarmente se dice, "nos caen bien".

Del tercer grupo que nos despierta un sentimiento de indiferencia no trataremos aquí, porque es obvio que el estímulo de su personalidad NO hace efecto alguno en nosotros.

Cuando una persona nos "cae mal", tratamos de explicar este sentimiento por la conducta que observa, y la verdad de las cosas es que haga lo que haga dicha persona, nos parece mal, y no hay razonamiento en el mundo que nos convenza de lo contrario. Ni siquiera podemos aceptar que mejore en el futuro, o que tenga alguna simpatía oculta. Otra verdad es que las personas que generalmente nos caen mal, nos recuerdan a otras que alguna vez en nuestra vida, especialmente en la infancia, nos hicieron sufrir, independientemente de la experiencia actual.

Las personas que nos "caen bien" son aquellas que por otra parte nos recuerdan, en alguna manera, a alguien con quien tuvimos experiencias agradables, especialmente en la infancia. La persona favorita es aquella que esperamos haga algo por nosotros. Quisiéramos que esta persona hiciera nuestro trabajo, combatiera a nuestros enemigos, que nos diera valor cuando nos sentimos débiles y que protegiera nuestros intereses.

Compartir la vanidad es el motivo más fuerte, al escoger un favorito; de ahí que generalmente resulta ser una persona que exhibe las cualidades que admiramos en nosotros mismos. Si por ejemplo, somos modestos y desacertados, lo manifestamos en una conducta precavida y silenciosa; entonces estas características nos parecen virtudes. De ahí que si las encontramos en otra persona, concluimos que es como nosotros: es decir, una gran persona, muy capaz, íntegra y muchos otros atributos positivos. Por otra parte, si somos muy agresivos, parlanchines y orgullosos de ello, entonces nuestra favorita va a ser una persona que siempre "pisa los callos" de los demás y estaremos encantados de ella.

Una vez escogido al favorito, nos encanta todo lo que hace o lo que dice. Sus faltas las pasamos por alto. Nos molesta que alguien lo critique, porque sentimos que de paso nos critica a nosotros. Lo contrario sucede con los que nos caen mal: exageramos sus faltas e ignoramos sus virtudes. Nos caen mal ellos, y todos o todo lo que los rodea.

¿Cuáles son las causas más profundas de tal conducta?

Aunque cada caso merecería un examen particular, vamos a describir seis causas o factores que intervienen en estos procesos de transferencia positiva y negativa:

- 1.—Dificultad de valorarse a sí mismos.
- 2.—La comparación de uno mismo con los demás y el sufrimiento del amor propio.
- 3.—Necesidad de obtener superioridad, rebajando a los demás.
- 4.—Mal uso del razonamiento; es decir, tomar la parte por el todo.

5.—Sentimiento de inferioridad.

6.—Actitudes neuróticas.

Es indispensable una valoración exacta de uno mismo para poder tener un concepto real de nuestras habilidades. No lo que *quisiéramos* ser, o lo que *somos capaces* de ser, ni tampoco lo que la *gente dice* que somos, sino los *hechos* que nos demuestran lo que somos capaces de hacer. Si llegamos a conocernos a fondo en cuanto a nuestra capacidad, lo que sentimos de nosotros mismos no se tambaleará ante el primer fracaso, o ante la más ligera crítica, ni tampoco se inflará por la alabanza halagadora. Cuando estemos en condiciones de saber lo que valemos, podemos considerar los motivos por los cuales alguien nos dice algo acerca de nosotros. Hitler ganó a sus compatriotas con alabanzas, pero sólo se ganó de partidarios a aquellos cuya vanidad les hizo creer que son superiores, y la verdad que fueron muchos...

El orgullo neurótico hace a las personas sentirse lastimados, y culpan a los demás por ello, planeando venganzas como única manera de restaurar su orgullo herido.

Claro que es mucho más *difícil* pensar en lo que hemos hecho o dejamos de hacer, para llegar a una situación desagradable; en cambio, es más *realista* y compensatorio que culpar a los demás, lo que nos conduce a repetir los mismos errores y llegar otra vez a semejantes situaciones desagradables.

Cuando llegamos a compararnos con los demás, comparamos sus defectos con nuestras mejores cualidades; ¿pero qué tal si comparamos cualidades con cualidades y defectos con defectos?

Hay una inclinación defensiva por sentirse superior al despreciar a los demás. Cuando nos sentimos derrotados, desilusionados...

nados; cuando al pasar de los años no hemos conseguido gran cosa, o cuando la gente no nos aprecia como creemos merecer, no hay como un general desprecio para levantar nuestro espíritu. De esta manera desviamos la atención de nuestras desilusiones, resaltando los defectos de los demás. Criticamos la civilización, olvidando que hemos tenido parte en crearla.

En otras ocasiones nos llama la atención una pequeña parte de una persona y sobre esta parte generalizamos y fabricamos un todo, a nuestra manera; culpando o admirando algo que nosotros hemos creado fragmentariamente y que, la mayoría de las veces, no tiene nada que ver con la realidad.

Cuando sentimos que no tenemos lo que queremos y que no hemos podido conseguir nada de la vida, los demás nos parecen más fuertes, hostiles y agresivos. Los odiamos por ello y nos asustan. En realidad no es a los otros a quienes odiamos, sino a nuestra propia ineptitud.

El neurótico amargado que no sabe lo que quiere, jamás consigue algo que le satisfaga; tiene que menospreciar los *finés*, para no sufrir tanto la desesperación de no haberlos alcanzado. Su filosofía es la siguiente: "Después de todo no vale la pena; nada vale la pena; todos vamos a morir y nos pudriremos igual; odio a todos y a todo.

Es muy fácil culpar a los demás o a las circunstancias por nuestros fracasos. Es fácil sentirse derrotado y buscar la simpatía de los demás. Pero no por ser fácil es lo más conveniente.

Tratemos de afrontar la realidad y de contestar en este sentido las siguientes preguntas:

¿Es factible conseguir lo que nos proponemos? ¿Es nuestra

meta realista, o resultado de un impulso neurótico? Si es lo último, podemos decir que el conseguirla no nos dará satisfacción completa y al fracasar, la pena será muy grande, porque la emoción envuelta tocaría núcleos muy complejos que harían una explosión "en cadena". Si la meta es realista, debemos contentarnos si somos capaces de conseguirla, y si la satisfacción de llegar a ella merece las energías gastadas.

La vida sería tanto más agradable si estuviéramos convencidos que no es absolutamente necesario ser más que los demás, ni tampoco que todos nos quieran, ni pedir crítica constructiva en lugar de destructiva, cuando en realidad no podemos tolerar una opinión desfavorable sobre nuestro trabajo.

Me atrevería a decir, porque ignoro estadísticas al respecto, que lo que llegamos a ser o hacer en la vida, depende más de factores circunstanciales que de nuestra propia capacidad. Es decir, que en un ambiente desfavorable la mayor capacidad puede estrellarse contra una gran resistencia. Y al revés, pequeños esfuerzos pueden ser coronados por el éxito, si las circunstancias lo permiten. Con eso contradigo la fórmula QUERER ES PODER; no recuerdo quién ha dicho que es una ley general. SIENDO CADA UNO UNA EXCEPCION A LA REGLA, lo cual sí es verdad, y no es difícil que ustedes lo hayan comprobado en su propia experiencia. Con esto estamos lejos de decir que debemos estar con los brazos cruzados, NO!

Debemos hacer nuestra parte, analizar lo mejor que podamos y no desanimarnos en intentar varias veces lo mismo; pero no olvidar que no todo depende de nosotros. Debemos sentirnos satisfechos con hacer lo que está en nuestras manos, sabiendo que SI lo hemos hecho. Los fenómenos llamados "el destino", que incluyen enfermedades y muertes inevitables; cambios políticos, guerras, catástrofes y otros fenómenos de la natura-

leza, que todavía estamos lejos de controlar, tienen muchas veces una influencia decisiva. ¿Quién podría contestar a una madre por qué sus cinco hijos murieron, en un mismo día, en la guerra? ¿O por qué les arrebató la muerte al hijo único a los padres? ¿O por qué partió a Pedro un rayo? Algunos llaman a esto destino; no importa el nombre, lo importante es que son circunstancias que no ha sido posible ni prever ni evitar, y, cuando menos, la ciencia actual no podría dar una respuesta muy satisfactoria.

Ustedes estarán de acuerdo en que la realización de nuestras ambiciones obedecerán, en gran parte, a causas circunstanciales. Y si nuestra felicidad dependiera de la realización de dichas ambiciones, podríamos usar la siguiente fórmula sugerida por un médico catalán, cuyo nombre se me escapa al escribir estas líneas:

Felicidad es igual a CIRCUNSTANCIAS SOBRE AMBICIONES, a la cual yo agregaría, multiplicado por la capacidad individual, y quedaría así:

$$\text{FELICIDAD} = \frac{\text{Circunstancias}}{\text{Ambiciones}} \times \text{CAPACIDAD INDIVIDUAL}$$

En esta fórmula, el denominador y numerador son, si no constantes, inmodificables por nosotros. La capacidad sí, si la usamos como es debido o si la enriquecemos por los conocimientos. Entonces, dejaremos de culpar al que no tiene culpa y aceptaremos que la vida ni es buena, ni tampoco mala; ni es interesante, ni aburrida; ni feliz ni desgraciada, sino simplemente la vida, obedeciendo leyes inmodificables de la naturaleza que tenemos que aceptar, porque nuestra misma existencia es una de sus resultantes.

Afrontando así la realidad, dejarán las gentes de caernos

bien o mal, porque abandonaremos el fenómeno de la proyección. Las gentes serán aceptadas, contando con un cierto afecto por ser nuestros semejantes; sin desbordarnos en odios hacia unos, quienes no lo merecen, ni favoritismos a otros, que reflejan nuestro narcisismo.

VIVIR SATISFECHOS DE SABER LO QUE QUEREMOS; ESTIMAR SI LO QUE QUEREMOS PODEMOS CONSEGUIRLO O, CUANDO MENOS, GOZAR DE LA LUCHA POR CONSEGUIRLO; ACEPTAR LA VIDA CON SUS LEYES, SIGNIFICA VIVIR LA VIDA, Y NO SUFRIRLA, COMO HACEN MUCHOS...

DR. A. FORTES.

CINE - RADIANDO

"PUERTA, JOVEN..."

Hacia ya algún tiempo que no veíamos al "Cantinflas" que se irguió en héroe popular colocándose a la altura del genial y hasta entonces único, Charles Chaplin.

De las astracanadas y vulgaridades que sólo la gracia y simpatía, del "hombre de la gabardina" hizo soportables en "El Mago", a la humana y hasta ingenua picardía de "Puerta, Joven", hay la distancia que el Cine Nacional precisa para colocarse en uno de los planos superiores de la industria mundial. Con la ventaja, en este caso, de que todos los países del mundo necesitan reír y sólo en México hay un Cantinflas.

Lamentamos que el complejo de inferioridad del mexicano se exteriorice en el desenlace de esta película, a pesar de que nos permitió valorar la extraordinaria y polifacética mímica del artista, además de asistir a la superación, muy mexicana, de su pena.

Creemos sinceramente que las películas nacionales y especialmente las de Cantinflas, deben tendenciosamente asumir la responsabilidad de borrar en la mente popular la necesidad del condimento triste, del rasgo deprimente, e ir creando en su lugar el ejemplo repetido y constante del gozo y la satisfacción de los triunfos.

Cantinflas debe seguir riendo en y con el pueblo de México, en películas como ésta o mejores, pero ya no como salida fácil de sus dificultades, o máscara ridícula a sus penas, sino enseñando a vivir, como saben los niños, lo grato de los momentos placenteros, acrisolando en abierta risa la satisfacción de los pequeños triunfos.

Recomendamos con entusiasmo la película motivo de esta reseña y aplaudimos profundamente la labor de higiene mental que realiza con películas de este tipo el hombre que simboliza —aunque parezca nombre de pulquería— la risa de México.

La Primera Asamblea por la Salud Mental

Por el DR. ALFONSO MILLAN.

La Liga Mexicana de Salud Mental y el Comité Mexicano Pro Congresos Internacionales (París, 1950), organizaron la reciente "Primera Asamblea Nacional por la Salud Mental", del 16 al 22 del mes pasado.

Los organizadores son: La Liga Mexicana de Salud Mental, una institución privada, constituida por diferentes personalidades de diversas actividades científicas y profesionales, médicos, abogados, maestros de escuela, asociaciones culturales, etc., que se preocupan por los muy variados problemas y aspectos de la salud y de la higiene mentales. Ligas semejantes existen en casi todos los países de la tierra, y el año de 1948 en Londres, se reunieron sesenta y tres de esas Ligas en el Tercer Congreso Mundial, fundándose entonces la Federación Mundial por la Salud Mental, con sede en Londres, y cuyo primer presidente

y ahora director permanente es el Dr. John R. Rees, que fué, juntamente con la doctora en Psicología Grace E. O. Neill, del Comité Americano de Higiene Mental, Invitado de Honor de la Asamblea, pues nuestra Liga Mexicana fué fundadora de aquella Federación Mundial por la Salud Mental.

Por su parte, el Comité Mexicano Pro Congresos Internacionales (París, 1950) se fundó el año pasado, con los presidentes de las sociedades científicas mexicanas, interesadas en las actividades de dos Congresos Mundiales que tendrán lugar en París, en septiembre-octubre de este año. Las sociedades cuyos presidentes constituyeron este Comité Mexicano Pro Congresos Internacionales, son: La Academia Nacional de Medicina, a cuyo presidente de 1949, Dr. Raoul Fournier Villada, se designó presidente del Comité mismo; la Academia Mexicana de Ciencias Penales, a cuyo secretario general, licenciado Juan José González Bustamante, se designó secretario del Comité; y las sociedades siguientes, cuyos presidentes son vocales de este Comité Mexicano Pro Congresos Internacionales: de Neurología y Psiquiatría, de Psicología, de Medicina Forense y Criminología, de estudios de Orientación Profesional, la Liga Mexicana de Salud Mental y representantes de los médicos militares. Este Comité tiene por objeto organizar la participación científica de México en los dos Congresos Internacionales de París, que son el de Psiquiatría y el segundo de Criminología. La necesidad de organizar la representación mexicana a aquellos importantes Congresos de París, resalta si se considera que, aparte de que las Bases y Convocatorias de dichos Congresos establecen la necesidad de formar Comités Nacionales de Organización, en nuestro país ha existido la mala costumbre de enviar a Congresos Internacionales a personas que son designadas a última hora, con frecuencia, sin que dichas personas representen el auténtico movimiento científico mexicano, o bien no dejándoles tiempo de que preparen trabajos o elaboren puntos de vista que pueden ser presen-

tados, legítimamente, como la representación real de lo que en esos aspectos realiza nuestro país. El Comité Mexicano pro Congresos Internacionales, pues, aspira a lograr una representación científica auténtica en los Congresos de Psiquiatría y de Criminología de París, y por ello se constituyó con los presidentes de las sociedades científicas mexicanas interesadas en esos campos de la actividad. Pero, además, dicho Comité, al participar en la Primera Asamblea Nacional por la Salud Mental, que fué convocada por la Liga Mexicana de Salud Mental, se preocupó porque en las reuniones de Psiquiatría y de Criminología, que formaron parte de la Asamblea, se trataran, por nuestros hombres de ciencia más destacados y por sus respectivas sociedades, precisamente los mismos temas que habrán de estudiarse en aquellos Congresos Internacionales de París, de manera de considerar, meses antes de que se realicen aquellos eventos mundiales, las posibilidades de que México exponga en ellos puntos de vista ampliamente discutidos y analizados por los mexicanos que puedan asistir a París. Este sistema de preparar nuestra participación a reuniones internacionales, con anticipación suficiente y haciendo intervenir a los verdaderos valores mexicanos, es por demás encomiable y permite esperar una actuación de los mexicanos en el extranjero por lo menos decorosa, aunque sea modesta, y bien meditada, a cambio de esas representaciones que a veces todavía tiene nuestro país, con personas favorecidas por los amigos influyentes, cuando no son, además, impreparadas e ignorantes.

La Asamblea Nacional por la Salud Mental realizó ampliamente los fines para que fué convocada. En las reuniones de Psiquiatría y de Criminología se estudiaron no solamente los temas de los Congresos Internacionales de París de ambas especialidades, sino que se estudiaron también interesantes problemas mexicanos: la asistencia a los enfermos mentales, la prevención de ciertos padecimientos mentales, o neuróticos, la polio-

melitosis y la cisticercosis cerebral, etc., o la criminalidad juvenil y de adultos en México, la proyectada reforma al Código Penal del Distrito Federal, las condiciones de las prisiones, la Policía Científica, etc.

Por su parte, la reunión de Higiene Mental, que fué la tercera de las que constituyeron la Asamblea por la Salud Mental, estudió una serie de problemas especialmente mexicanos, relacionados con nuestra salud mental. Se estableció claramente que no siendo la Higiene Mental una ciencia limitada a la prevención de las enfermedades mentales, sino una amplísima actividad tendiente a favorecer el bienestar físico, mental y social de los hombres, como define la salud la Organización Mundial de la Salud, interesan al higienista mental todas las actividades que de un modo u otro influyen sobre el psiquismo. Y así se estudiaron alrededor de los problemas de salud mental de nuestra infancia, las influencias del hogar, de la escuela, de la literatura infantil, de la radio, del cine, etc.; la educación de los adultos, así como la higiene mental de la familia, del matrimonio, etc.; todos fueron temas que los asambleístas estudiaron con entusiasmo, y pensando siempre en las posibilidades de nuestro país.

De todas las reuniones y ponencias se obtuvieron conclusiones concretas que deberán ser realizadas, unas de ellas, por dependencias gubernamentales interesadas en estas actividades (Educación Pública, Salubridad, Gobernación, etc.), o bien, sugerencias para ampliar e intensificar las labores de la Liga Mexicana de Salud Mental. En total fueron presentados sesenta trabajos escritos, muchos de ellos de extraordinario valor científico y relacionados con nuestras propias realidades. Sólo pudieron ser leídos y discutidos cuarenta y dos de esos trabajos, debido a las limitaciones del tiempo.

Por último, se organizaron, en la Sala Manuel M. Ponce,

del Palacio de las Bellas Artes, conferencias de divulgación para el gran público, habiendo sido las más destacadas las del licenciado Adolfo Zamora, director del Banco Nacional Hipotecario y de Obras Públicas, sobre "Economía y Salud Mental"; del doctor Raoul Fournier Villada, sobre "Cantinflas, o la necesidad de reír"; del doctor Raúl González Enríquez, sobre "Familia y Salud Mental"; de la señorita Francisca Acosta, sobre "Problemas de Higiene Mental en la Dirección de Asistencia Social del D. F.; y, cerrando el ciclo de esas conferencias, la del licenciado Rogelio de la Selva, Secretario de la Presidencia de la República, sobre "Política y Salud Mental".

Tanto los ponentes de trabajos técnicos, que fueron discutidos en las reuniones de Psiquiatría, Criminología y Salud Mental, como los conferenciantes para el gran público, demostraron grandes conocimientos en sus exposiciones y despertaron el interés de los asistentes, realizándose así el primordial fin de la Asamblea. En efecto, los organizadores de ella, que inician en plan más amplio el estudio de los diversos aspectos de la salud mental de los mexicanos, no aspiraban sino a interesar al mayor número de personas en estos trabajos. Y a pesar de las limitaciones económicas, lograron ampliamente sus propósitos.

Siendo la meta de los higienistas mentales contribuir a hacer a los mexicanos menos desgraciados, en sus diferentes actividades de padres, hijos, esposos, estudiantes, maestros, hombres de trabajo, y de responsabilidad en los destinos del país, etcétera, esta Primera Asamblea Nacional por la Salud Mental representa el paso más grande y trascendental que en esos campos de estudio se haya dado en nuestro país.

PRIMER CURSO DE HIGIENE MENTAL INFANTIL
PRE-ESCOLAR, PARA MEDICOS, EDUCADORAS, PRO-
FESORAS NORMALISTAS, PSICOLOGOS Y TRABAJA-
DORAS SOCIALES, QUE ORGANIZA EL CENTRO
MATERNO INFANTIL "GENERAL MAXIMINO AVILA
CAMACHO", A TRAVES DE SU DEPARTAMENTO DE
HIGIENE MENTAL

PROFESOR JEFE DEL CURSO
DR. JOSE F. DIAZ

PROFESORES ASOCIADOS

Dr. Ignacio Avila Cisneros, Dr. Jorge Silva García, Dr. Arturo
González Avila, Prof. José Peinado Altable, Prof. Luis Feder,
Profra. Beatriz Ordóñez, Profra. Sara Margarita Zendejas y
Profra. Laura Rotter.

PROFESORES HUESPEDES

Dr. Alfonso Millán, Dr. Raúl González Enríquez, Dr. Guillermo
Dávila G., Dr. José Gómez Robleda, Dr. Roberto Solís Quiroga,
Dr. Roberto Sánchez, Profra. Rosaura Zapata, Profra. Guada-
lupe Gómez Márquez y Profra. Ma. Luisa N., Vda. de Bandala.

El curso tendrá una duración de cuatrocientas ochenta ho-
ras lectivas, de las cuales doscientas cuarenta corresponderán a
clases teóricas, conferencias y seminarios, destinándose las otras
doscientas cuarenta al entrenamiento práctico con el material
humano de la Guardería Infantil y de la Clínica del Depart-
amiento de Higiene Mental del Centro "General Maximino Avila
Camacho", teniendo los alumnos grupos de niños a su cargo,
madres para entrevistas, trabajo de educación y psicoterapia de
grupo.

El curso dará principio el 20 de junio de 1950, debiendo desarrollarse de las ocho a las trece horas diariamente en el Centro "Gral. Maximino Avila Camacho", Calzada de Madereros, núm. 240, Tacubaya, y en aquellos establecimientos que en su oportunidad se señalarán, y concluirá el 15 de diciembre del mismo año, otorgándose al finalizar el mismo los diplomas correspondientes.

La inscripción se limita a veinte alumnos que podrán ser Médicos Cirujanos, Educadoras, Profesoras Normalistas, Psicólogos y Trabajadoras Sociales, todos ellos con títulos legalmente reconocidos. Las inscripciones comenzarán el 25 de mayo y se cerrarán el 10 de junio del presente año.

Es requisito indispensable para ser considerado alumno regular con derecho a diploma, someterse a las pruebas vocacionales y psicológicas que la Dirección determine, considerándose hasta entonces la inscripción como definitiva.

El costo total del curso es de \$ 900.00, que deberán ser pagados en el momento de inscribirse. Podrán registrarse alumnos que reúnan las mismas características señaladas anteriormente para seguir una, dos o más de las materias o de los capítulos comprendidos en el programa; pero en todo caso estas personas no podrán exceder del número de cinco en cada capítulo, y el costo de esta asistencia parcial será señalado en cada caso particular. La inscripción de alumnos especiales y la de los que no reúnan los requisitos anotados antes, quedará a juicio de la Dirección y Jefatura del Curso, y tendrán derecho a certificado de asistencia.

Las inscripciones y pago de cuotas, así como toda clase de información adicional, se proporcionará en la Dirección del Centro "Gral. Maximino Avila Camacho", Calzada de Madereros,

núm. 240, Tacubaya, de las diez a las doce horas diariamente.

El programa, profesorado, honorarios, plantel docente y equipo de que dispondrá el curso de referencia, han sido aprobados por los siguientes funcionarios y asociaciones:

Señor Lic. Guillermo Héctor Rodríguez, Director Gral. de Enseñanza Superior e Investigación Científica de la Secretaría de Educación Pública.

Señorita Profesora Rosaura Zapata, Orientadora Técnica y Jefe de Jardines de Niños de la Secretaría de Educación Pública.

Señor Dr. Felipe García Sánchez, Director de Salubridad en el D. F., Miembro del Consejo Técnico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Señorita Profesora Guadalupe Gómez Márquez, Directora de la Escuela Nacional para Maestras de Jardines de Niños.

Señora Profesora María Luisa N., Vda. de Bandala, Orientadora Técnica y Jefe de Guarderías Infantiles de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Sociedad Mexicana de Pediatría, y

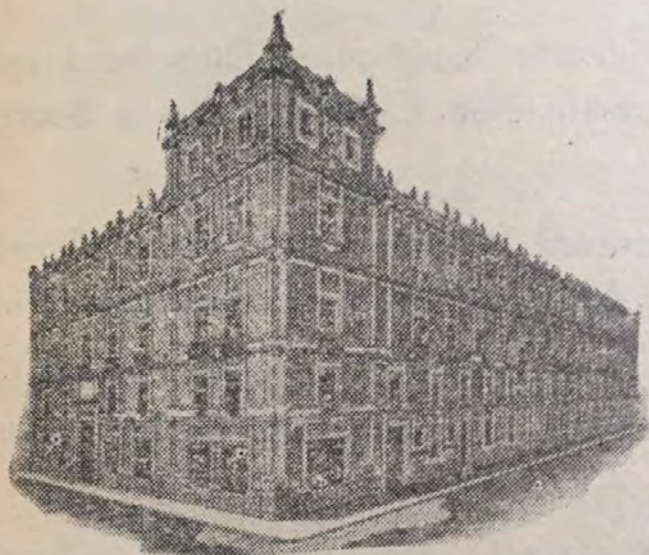
Liga Mexicana de Salud Mental.

Estos funcionarios y asociaciones recomiendan el curso en referencia.

Está en trámite la aprobación oficial de las Secretarías de Salubridad y Asistencia, Educación Pública y División de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma.

Cuanto necesite

Para su
Consul-
torio



Opor-
tuni-
dades

Fundado en 1775

Aparato de Cardiografía "GENERAL ELECTRIC"	\$ 1,000.00
Aparato de Diatermia marca "SIEMENS"	\$ 993.75
Mesa de operaciones magnífica	\$ 275.00
Equipo para transfusiones completo	\$ 192.00

----- O i -----

UN COMPLETO SURTIDO EN BAUMANOMETROS, ESTETOSCOPIOS, PINZAS DE CIRUGIA, ETC., ETC., A LOS PRECIOS MAS BAJOS DE MEXICO, COMO SIEMPRE, EN EL

NACIONAL MONTE DE PIEDAD
TRADICION Y CONFIANZA

Merck

MEXICO. S. A.

PRODUCTOS QUIMICOS
REACTIVOS Y
ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

Teléfonos: 18-13-20 y 35-18-78

Apartado Postal 8619. Versalles, No. 15.

MEXICO, D. F.

"FOLI-CRISTALETAS"

(PERLAS)

Reg. No. 32722 S. S. A.

Cada perla contiene: Acido Fólico 5 mg.

Indicaciones:

HEMATOPOYETICO

Dosis: La que el Médico Señale
Vía de Administración: Oral

Elaborado por la Gelatine Products División
R. P. Scherer Corp. Para:

"TERAPIA INFANTIL", S. A.

Cia. Elaboradora de Medicamentos y Alimentos
Exclusivos para Niños

Querétaro, 131. México, D. F.

Prop. No. H-1.

INTERNADO "BINET"

CENTRO DE EDUCACION INFANTIL
TRATAMIENTO ENDOCRINO Y NEURO-
PSIQUIATRICO

Exclusivo para Niños y Niñas

Av. Presidente Carranza, 40.

Coyoacán, D. F.

Diagnósticos Clínicos
Estudios Especiales
Mentales y Pedagógicos
Tratamiento Médico Psico-Pedagógico

Todo el personal está especializado
Director: Dr. Francisco Elizarrarás G.

RUTHIORYL

ANTIALERGICO

INYECCIONES INTRAVENOSAS

a base de Rutina y Tiosulfato de Sodio.

----- O_i -----

GRAGEAS

a base de Rutina, Tiosulfato de Sodio y Vitamina "C".

----- O -----

GRANULADO INFANTIL

a base de Rutina y Tiosulfato de Sodio.

Regs. Núms. 33,044, 33,483 y 33,684. S. S. A.

----- O -----

LABORATORIOS J. C. THOME, S. A.
Moras, núm. 360 (Nueva Col. del Valle)

Apartado núm. 1398

MEXICO, D. F.

LABORATORIOS

**Carlos Grossman,
S. A.**

MEXICO, D. F.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS
Y BIOLOGICOS

AL SERVICIO EXCLUSIVO DE LA
PROFESION MEDICA

Establecimientos Mexicanos
COLLIERE, S, A,

Se complace en anunciar la próxima salida al mercado
del producto:

E T A B U S

DESTINADO A LA PROFILAXIS Y TRATA-
MIENTO DEL ALCOHOLISMO

Estando ya en posibilidad de ofrecer a los Señores Mé-
dicos Psiquiatras el material necesario para las experi-
mentaciones iniciales en México.

Plaza de la República, núm. 43.

México, D. F.

CORTESIA DE LA

“Casa BOKER”

COMPAÑIA FERRETERA MEXICANA

*Administrada por la H. Junta de Administración y
Vigilancia de la Propiedad Extranjera*

Esquina 16 de Septiembre e Isabel la Católica

MEXICO, D. F.

Clemente Jacques y Cía., S. À.

FABRICANTES DE CONSERVAS DE
CALIDAD Y DE LA SABROSA AVE-
NA "3" MINUTOS, RECOMENDA-
DA ESPECIALMENTE A LOS
NIÑOS, ENFERMOS Y
ANCIANOS



F. C. DE CINTURA, NUM. 1

MEXICO, D. F.

Obras Completas del Maestro JUSTO SIERRA

EDICION NACIONAL DE HOMENAJE
PUBLICADA POR LA UNIVERSIDAD Y DIRIGIDA POR
AGUSTIN YAÑEZ

VOLUMENES DE QUE CONSTARA LA EDICION:

- I.—Estudio preliminar y obras poéticas.
- II.—Teatro y narraciones.
- III.—Crítica y ensayos literarios.
- IV.—Periodismo político.
- V.—Discursos.
- VI.—Viajes. En tierra yankee. En la Europa Latina.
- VII.—El Exterior. Revistas políticas y literarias.
- VIII.—La Educación Nacional. Artículos y documentos.
- IX.—Semblanzas y ensayos históricos.
- X.—Compendio de historia de la antigüedad.
- XI.—Historia general.
- XII.—Evolución política del pueblo mexicano.
- XIII.—Juárez, su obra y su tiempo.
- XIV.—Epistolario y papeles privados.
- XV.—Apéndices. Iconografía. Bibliografía. Índice.

Han aparecido los volúmenes II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XIII y XIV. La edición quedará concluída en el año de 1950.

CARACTERISTICAS: Cada volumen consta de 500 páginas aproximadamente. Los textos han sido cuidadosamente establecidos, anotados y proseguidos de índices de nombres y materias. De cada volumen se han hecho doscientos cincuenta ejemplares en papel especial, numerados, que sólo se venderán por suscripción completa; los nombres de los suscriptores aparecerán en el volumen final. Solicite condiciones de suscripción a la OBRA COMPLETA y detalles sobre la medalla conmemorativa del CENTENARIO DEL MAESTRO.

Pedido y órdenes de suscripción a la

LIBRERIA UNIVERSITARIA

JUSTO SIERRA, NUM. 16 — Teléfono 35-70-51 — MEXICO, D. F.

Sanatorio Floresta, S. de R. L.

MONEDA NUM. 1

ERIC. 18-10-20, Ext. 1-35. — MEX. 37-24-00, Ext. 36.

TLALPAN, D. F.

PARA ENFERMOS:

NERVIOSOS

MENTALES

ALCOHOLICOS

TOXICOMANOS

Médico Director:
Dr. Alfonso Millán.

Médico Co-Director:
Dr. Fco. González Pineda.