

PSIQUIS

ORGANO OFICIAL DE LA LIGA MEXICANA
DE SALUD MENTAL

2ª EPOCA. — VOL. II. — Nº 1 y 2 ENERO-FEBRERO DE 1952.

HEMEROTECA NACIONAL SUMARIO: MEXICO

	<u>Pág.</u>
<i>Para los maestros:</i>	
JESÚS MASTACHE ROMÁN. Del aprendizaje.....	1
<i>Para los padres:</i>	
JOSÉ LUIS PATIÑO y ALFONSO CAMPOS ARTIGAS. Clínica de conducta de la Secretaría de Educación Pública	5
<i>Para usted:</i>	
JORGE M. VELASCO ALZAGA. La psicoterapia en algunos problemas dermatológicos.....	21
EMMA SÁNCHEZ R. Ecos del IV Congreso Internacional de Salud Mental.....	28
<i>Salud mental en México:</i>	
ROGELIO DÍAZ GUERRERO. Teoría y resultados preliminares de un ensayo de determinación del grado de salud mental, personal y social, del mexicano de la ciudad.....	31
<i>Instituciones al Servicio de la salud mental:</i>	
RAÚL GONZÁLEZ ENRÍQUEZ. La neuropsiquiatría en el régimen de seguridad social en México.....	57
<i>Psiquisonriendo</i>	64

Precio: \$ 1.00

Mayor Kilometraje



porque...

USTED SABE

que

Las Lantas
GENERAL-POPO
¡son **MEJORES!**

PSIQUIS

ORGANO OFICIAL DE LA LIGA MEXICANA
DE SALUD MENTAL

Se publica el 16 de cada mes

Director:

Dr. ALFONSO MILLÁN

Responsables de sección:

Dr. ALFONSO CAMPOS.

Dr. JORGE GALVÁN MEZA.

Profa. OFELIA JARQUÍN.

Profa. MATILDE LEMBERGER.

Profa. EMMA MARTÍNEZ

Prof. GABRIEL H. MONRROY.

Prof. JOSÉ PEINADO ALTABLE.

Profa. EMMA SÁNCHEZ R.

Dr. IGNACIO SIERRA.

Dr. JORGE SILVA GARCÍA.

Dr. JORGE VELASCO ALZAGA.

Profa. SARA MARGARITA ZENDEJAS.

ANUNCIOS

en la Prensa Médica Mexicana: Durango No. 145. — Teléfono 35-65-67

Precios por inserción:

1 plana \$ 200.00; media plana \$ 100.00;
cuarto de plana \$ 50.00; contra portada y forros \$ 300.00

SUBSCRIPCIONES

en la Prensa Médica Mexicana: Durango No. 145

y

en la Liga Mexicana de Salud Mental: Gómez Farías No. 56
Teléfonos: 16-32-12 y 36-67-89

Un año \$ 10.00; seis meses \$ 5.00

Franquicia Postal concedida por Decreto Presidencial del 2 de febrero de 1949.

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

Para el Maestro

DEL APRENDIZAJE

Profesor Jesús Mastache Román

Un proceso capital atrae nuestra atención: el aprendizaje. Partamos de un hecho real que ilumine los aspectos fundamentales de la cuestión: ¿Cómo aprende a caminar un niño? El proceso de aprendizaje será mejor comprendido si lo disociamos.

En partes, sin que esto necesariamente signifique su alteración. El primer momento está determinado por la necesidad de caminar; el segundo por una serie de reacciones o intentos para caminar; y, el tercero, por la solución de la dificultad (necesidad).

Todo aprendizaje debe tener como base algún o algunos instintos, tendencias, intereses, necesidades, propósitos, ideales, curiosidades, etc. Proceder así equivale a partir de situaciones vitales que son la fuente de toda actividad interesante y deseable tanto física como mental. Sin este basamento el aprendizaje se convierte en un proceso arbitrario, compa-

rable a los trabajos forzados tan odiosos y repugnantes.

La pedagogía llama motivación al hecho de vincular la enseñanza a situaciones vitales o sociales. Consecuencia de este enlace es la participación activa y gozosa del niño en el proceso del aprendizaje. Absorbe éste, si está bien motivado, las energías físicas y espirituales del alumno y le convierte, sin que él mismo se dé cuenta de ello, en agente de su propia educación. Ningún trabajo escolar debe iniciar el maestro si no está eficazmente motivado.

El segundo momento es un conjunto de intentos físicos y mentales para resolver la dificultad; los movimientos van acompañados de los errores y aciertos; al repetir los ensayos, el sujeto va eliminando los errores y fortaleciendo las reacciones eficaces a través de las conexiones nerviosas que las regulan. Ahora bien, particularmente en los períodos de creci-

miento, algunas personas experimentadas guían el aprendizaje para que éste sea más eficaz y económico en energías y tiempo. En nuestro ejemplo la dirección o guía está a cargo de los padres y hermanos mayores.

La tercera etapa la constituye el éxito, es decir, la solución de la dificultad; el niño sabe caminar. Saber caminar, en este caso, es el resultado de un buen aprendizaje; nótese además que modificó hondamente la conducta del aprendiz y que el éxito va acompañado de un tono efectivo de placer o agrado.

La psicología "behaviorist" (de la conducta o conductista) tratando de llegar a la raíz del aprendizaje, estima que desde el punto de vista neurofisiológico consiste en formar, vigorizar o modificar, rutas o enlaces nerviosos que aseguren las respuestas adecuadas a determinados estímulos. Aplicado este concepto a nuestro ejemplo, el proceso tendría lugar del siguiente modo: por los motivos —estímulos— correspondientes, que no importa enumerar hoy, el niño desea caminar; en seguida hace ensayos, va eliminando errores y reteniendo los aciertos; merced al ejercicio, repetición, establece una ruta nerviosa que preside y asegura la respuesta (caminar) adecuada al estímulo.

Los conductistas explican en forma análoga toda la conducta animal y humana, desde el acto

más simple hasta el razonamiento, como puede referirse de esta expresión del Dr. Pyle: La base fisiológica del conocimiento es, precisamente, la misma que la del hábito.

La explicación neurofisiológica del comportamiento humano tal como la conciben los conductistas es demasiado simplificada por lo cual incurre en el defecto llamado mecanicismo. Está siendo abandonada con rapidez, particularmente después de las graves objeciones que le han hecho la Gestalttheorie (psicología de la figura o teoría de la estructura), la psicología fundada en los reflejos que Pavlov logró sistematizar y las conclusiones a que llegó K. S. Lashley después de sus investigaciones cerebrales de carácter quirúrgico.

Si es cierto que se rechaza la explicación mecanicista, sigue siendo una verdad innegable para las ciencias biológicas y la psicología, que todo acto humano o animal tiene como soporte nuestros órganos y el sistema nervioso.

Nuestro ejemplo, como quedó expuesto primeramente, podría repudiarse porque no todo aprendizaje es idéntico a aquel ni se efectúa con el mismo grado de simplicidad. En efecto, he recurrido premeditadamente a la sencillez para exponer lo fundamental y común a todo proceso de esta naturaleza. Es cierto, además, que existen diversas clases de aprendi-

zaje que pueden recorrer una escala de menor a mayor complejidad y que en forma esquemática podría ejemplificarse de la siguiente manera: manejar una herramienta, leer, contar, resolver problemas, valorar personajes, saber conducirse en una sociedad democrática, comprender la filosofía de Platón.

Lo común a todo aprendizaje yace en la situación vital, motivos o estímulos que lo provocan, los ensayos activos en los que pueden predominar lo motor (adiestrar), lo emotivo o lo racial; el éxito es la culminación del proceso; el fracaso es la negociación del aprendizaje. Todo esto afecta al individuo modificándolo, que es la médula del aprendizaje.

Expuesto así el problema que nos ocupa, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1º El aprendizaje tiene su origen en las necesidades, tendencias, problemas y actividades —que se traducen en intereses— de los educandos. Todos los tipos de amenazas: castigos, calificaciones reprobatorias, amonestaciones violentas, etc., de tanto uso en la enseñanza antigua o tradicional, producen resultados negativos y revelan desconocimiento de los recursos psicobiológicos que aplica la pedagogía moderna.

2º El aprendizaje es un proceso activo que se alcanza cuando se saben solucionar los problemas vitales de cada periodo de la exis-

tencia humana, con cuya solución se enriquece la calidad de la vida humana. Es tan importante este dato, que el movimiento de la reforma pedagógica actual, parte de este fundamento y por esto se le denomina de distintos modos: Escuela Activa. Escuela de la Acción, Vitalista, Funcional, Progresiva, etc., pero siempre reveladoras de la autoactividad contra la creencia anterior de transmitir conocimientos, en donde el alumno era un receptor pasivo.

3º La nueva pedagogía insiste en la espontaneidad e iniciativa del alumno y, como es natural, procura que el aprendiz estudie, piense y trabaje por sí mismo. Así considerados la enseñanza y el aprendizaje, los dos grandes problemas de la pedagogía consisten en hallar los estímulos más adecuados para suscitar en el educando las reacciones de aprendizaje lo cual es muy distinto a transmitir conocimientos.

Para terminar este capítulo y a sabiendas de que incurrimos en el defecto de sobre enfatizar algunas conclusiones de la pedagogía actual, permítasenos repetir que APRENDER NO QUIERE DECIR ESTUDIAR EN LOS LIBROS NI ESCUCHAR LECCIONES ORALES NI RETENER ALGO EN LA MEMORIA (AUNQUE TODO ESTO PUEDA SER PARTE DE UN APRENDIZAJE), SINO ADQUIRIR UNA NUEVA FORMA DE CONDUCTA O MODIFICAR UNA FORMA DE CONDUCTA INTERIOR.

Por conducta entendemos aquí, no tan sólo el comportamiento exterior, sino también cualquier actividad mental, ya intelectual, ya efectiva, que determine una nueva forma de acción, un nuevo hábito, comportamiento o respuesta. Así, por ejemplo, la habilidad de un jurisconsulto, la de un crítico literario y la de un maestro de primera enseñanza son resultado de un aprendizaje, lo mismo que la del jugador de balompié, del aviador y del zapatero.

Bastaría, para justificar lo anterior, comprobar que los niños, adolescentes y jóvenes que han asistido a las escuelas saben y pueden hacer cosas que antes no sabían ni podían ejecutar. Esto significa la formación y modificación de la conducta, en lo cual yace lo esencial del aprendizaje.

Si una persona sabe que debe

asearse la boca varias veces al día y practica esta norma higiénica, la aprendió; si otra conoce que las bebidas embriagantes son perjudiciales a la salud y a la convivencia humana y sin embargo "toma", adquirió información, más no aprendizaje.

Conviene pues asentar que *los resultados del aprendizaje no son únicamente conocimientos, sino mucho más*. Sería deplorable que el que aprende sólo obtuviera información, porque se hundiría en el intelectualismo cuyos males ya fueron enumerados. No; EL VERDADERO APRENDIZAJE TIENE UNA GRAN RIQUEZA DE RESULTADOS: CONOCIMIENTOS, HABITOS, ACTITUDES, APTITUDES, IDEALES: ES DECIR FORMA, PRIMERO QUE TODO, PERSONAS DE ALTA CALIDAD HUMANA, en los términos concebidos por la sociedad democrática en que afortunadamente vivimos.

"Si tomamos a los hombres como son, los hacemos peores; si los tratamos como si fuesen lo que deberían ser, les llevamos a donde deben ser llevados."

GOETHE.

Para los Padres

CLINICA DE CONDUCTA

de la

Secretaría de Educación Pública

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA INADAPTACION ESCOLAR EN MEXICO

Ponencia para la IV Asamblea de Higiene Mental

Dres. José Luis Patiño Rojas y Alfonso Campos Artigas

I. PRELIMINAR.

Se pone a la consideración de la Asamblea de la Liga Mexicana de Higiene Mental, los resultados del estudio integral de mil "escolares problema" realizado en la Clínica de Conducta de la Secretaría de Educación Pública, desde el año de 1948 en que inició sus labores, a la fecha.

La Clínica de Conducta es una institución dedicada a la niñez mexicana y ha tenido por guía el principio básico del conocimiento de su problemática. Se ha impuesto la tarea de mejorar, en lo posible, en forma individual y colectiva, las anomalías y los proble-

mas psicopedagógicos de los escolares normales y anormales; de lograr una adecuada adaptación psicosocial de la infancia y establecer una terapia familiar, escolar y social en los casos que lo ameriten; por último, desde su fundación, ha intentado facilitar la labor de otras instituciones que tienen relación con la población escolar en general.

Innumerables obstáculos de carácter moral, técnico y económico han contribuido a que su labor sea lenta y difícil, siendo uno de los mayores impedimentos la falta de una actitud comprensiva y colaboradora de los diferentes sectores afectados o interesados por la

problemática y material de estudio con que trabaja.

Cada caso de estudio ha sido considerado importante y el conocimiento de gran número de ellos, ha permitido establecer los lineamientos generales de la génesis del comportamiento de los escolares problema en nuestro medio urbano, así como plantear las resoluciones terapéuticas para cada uno de los casos en particular y valorar los diferentes ambientes en que se desarrolla actualmente la niñez.

Los lineamientos a que se alude anteriormente, se basan en el estudio de los diversos factores encontrados como condicionantes o coadyuvantes de la desadaptación de los escolares enviados para su examen a la Clínica han clasificado, por razones de índole práctica en: individuales o intrínsecos y colectivos o extrínsecos.

Conviene hacer hincapié en que las conclusiones y consideraciones a que ha conducido este trabajo, no significan, en modo alguno, el establecimiento de tesis definitivas y aplicables al estado actual de la niñez y sociedad mexicana en general. De ello es un índice claro el título mismo del estudio. La corta estadística que ha sido posible revisar y presentar, conviene enfatizarlo, solo permite aludir al material humano que ha llegado a la Clínica y cuyas características globales podrán ser apreciadas en las gráficas correspondientes.

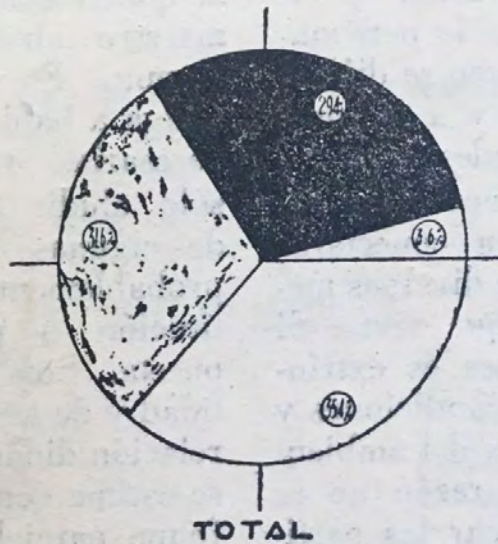
II. EL NIÑO PROBLEMA Y LOS FACTORES QUE DETERMINAN SU DESADAPTACION.

Se denomina "niño problema", también conocido bajo el calificativo de "difícil", al que se comporta en forma desusada, inesperada o sorprendente en sus principales campos de acción: núcleos familiar, escolar y de la calle. Casi siempre se convierte en un elemento perturbador y es por ello motivo de alarma; otras veces, es sólo motivo de preocupación para los mayores en vista de su propio futuro. Es necesario aclarar que el término de niño problema no tiene una connotación científica rigurosamente determinada. En realidad, tal denominación es provisional y se conserva porque apunta vivamente a algo esencial: constituye un problema para la comunidad y, en sí mismo, lo es también, por lo que se refiere tanto a su situación actual como prospectiva. El llamado niño problema es una incógnita que el estudio científico debe ir despejando progresivamente. Cuando la tarea apuntada ha terminado, el niño problema se esfuma como tal y se convierte en niño neurótico, psicótico, con personalidad psicopática, etc. Es decir, ha adquirido la connotación científica que le corresponde y plantea ya un plan terapéutico definido a seguir. Esto no quiere decir que, mientras su caso esté carente de resolución,

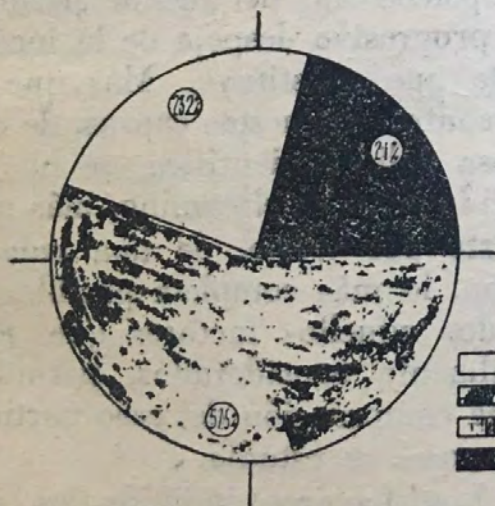
CASOS ATENDIDOS EN LA CLINICA DE LA CONDUCTA

AÑOS: 1948-51

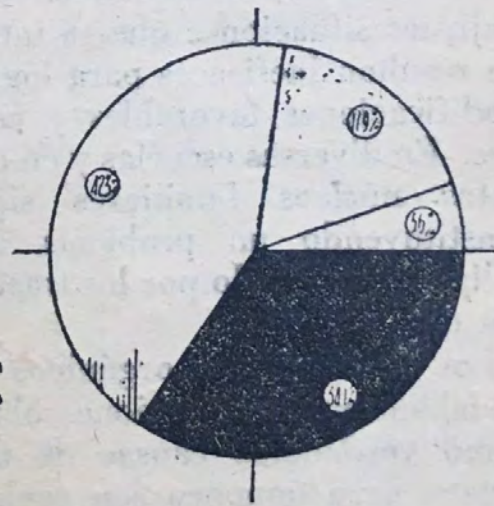
CASOS: 1620



TOTAL



POR PSICOMETRIA



POR PROBLEMA

- MUJERES DE SECUNDARIA
- NIÑOS DE SECUNDARIA
- NIÑOS DE PRIMARIA
- NIÑAS DE PRIMARIA

NIÑOS 64.8
ADOLESCENTES 35.1

S.MASCULINO 67.1
S.FEMENINO 32.9

no continúe creando problemas y desajustes, pero aquí ya el término de problema tiene su significación originaria, más práctica y popular que científica. Usando otra terminología, se le considera, con justa razón, como un desadaptado social. Esta desadaptación es un trastorno funcional de la personalidad que obedece, como se dijo, a factores individuales y a factores colectivos, o ambientales.

El niño problema encuentra serias dificultades para conectarse armónicamente en los diversos medios ambientes en que vive. Si muchas veces la causa es extrínseca y se debe a las condiciones y estímulos inadecuados del ambiente, otras veces, esta razón no es suficiente para explicar las particularidades y variaciones de su conducta, y todos los cambios y reajustes situaciones que se intenten resultan ineficaces para lograr modificaciones favorables y estables. En diversas escuelas y en distintos núcleos familiares sigue constituyendo un problema que obliga a segregarlo por los trastornos que ocasiona.

Los padecimientos orgánicos, indudablemente, en ocasiones obran como verdaderas causas de desajuste, pero tampoco son exclusivos, ya que al mejorarlos o curarlos, no se obtiene, en alto número de ellos, el cambio correlativo del comportamiento. No es tampoco la deficiente capacidad mental la que determina en muchos su con-

ducta anómala, ni por otra parte llegan a constituir especificidad la falta de afectos parentales o inadecuados tratos familiares. Ni siquiera se observa en su pureza que la mala adaptación sea efecto de una pedagogía impropia, ni la interrelación incomprensiva de maestro alumno o de alumno-alumno. En realidad el problema obliga a hablar de causas, con las necesarias reservas, pudiéndose sólo aludir a la predominancia de algunas de ellas que obran, probablemente, sobre una constitución o personalidad predispuesta. Son factores de personalidad y de ambiente en indisoluble relación dinámica. Es por ello que se estima como engañoso todo enfoque parcial del problema y, se piensa, que sólo el estudio integral biopsicosocial del menor permite el progresivo despeje de la incógnita que constituye. Más que el encontrar supuestas causas, de dudosa validez científica, se ha seguido siempre el camino, más modesto por cierto, de una valoración, lo más completa posible, de todos aquellos factores que, globalmente considerados, permiten una comprensión del caso particular que se estudia.

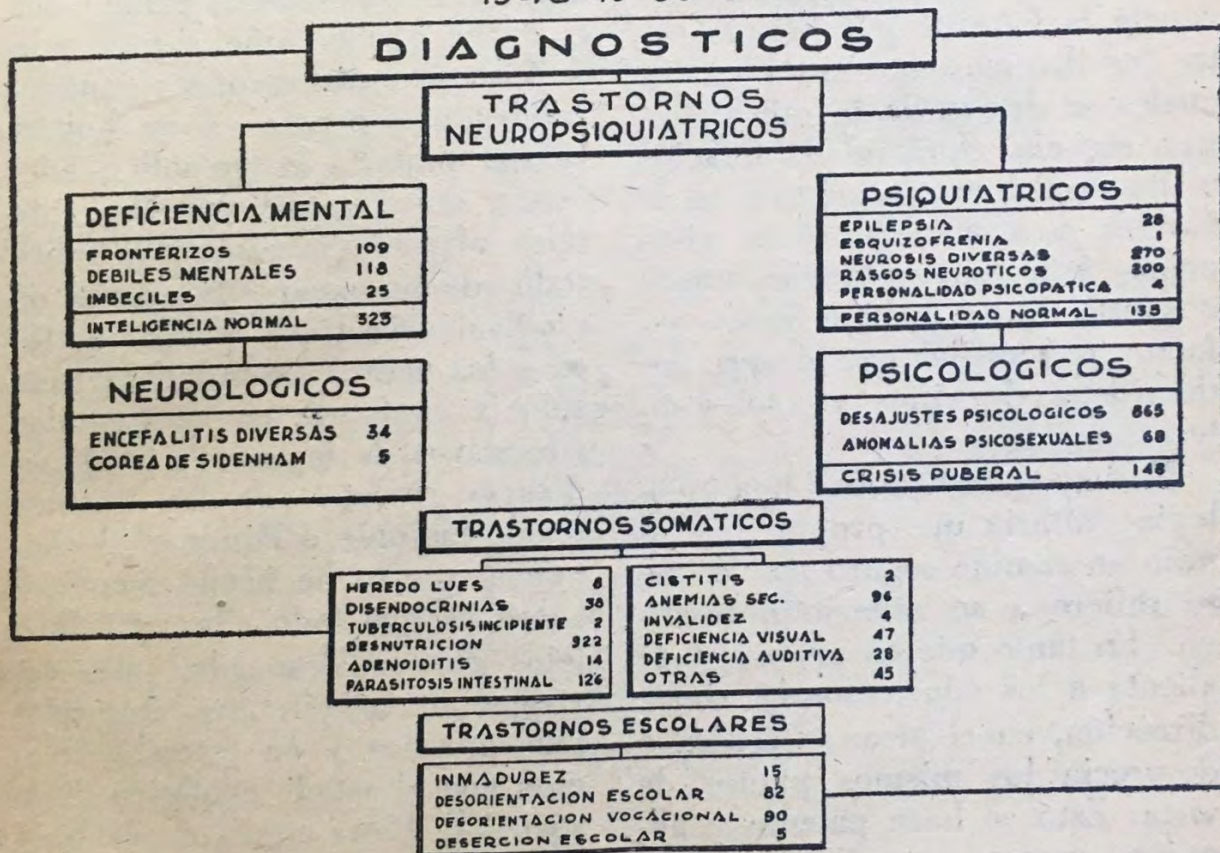
Los factores individuales son los que pertenecen o están inherentes en el sujeto y comprenden lo fisiológico, lo psicológico y lo patológico. Cada uno de éstos puede funcionar como desencadenante de perturbaciones de la conducta.

Los de orden colectivo dependen del medio ambiente y son, principalmente, la filosofía de vida de una colectividad humana, su cultura, su educativa, su psicología y los factores económico sociales que están íntimamente ligados a los anteriores. Los estímulos

referente al comportamiento, son más relevantes los primeros en aquellos niños que no muestran signos evidentes de alteraciones orgánicas, de preferencia localizables en el sistema nervioso central o en el componente endocrino. El mayor porcentaje de los

CLINICA DE LA CONDUCTA

1948-49-50-51



que provienen del medio externo y actúan sobre los individuos que forman una sociedad, repercuten, especialmente, sobre la infancia y requieren de un tipo de adaptación específico.

La suma de los factores externos se combinan con los de orden interno; pero parece que en lo

casos apuntados confirma, decididamente, la afirmación anterior.

La desadaptación, en suma, es debida a la falta de coincidencia armónica de individuo y medio ambiente. El sujeto procede según su constitución psicobiológica. El medio ambiente se encuentra pre-formado, o bien las trans-

formaciones que sufre son totalmente ajenas a la psique infantil. Se desprende de aquí que las causas anormales que dominan sean las responsables de los problemas de conducta.

III. SEMBLANZA GENERAL DEL AMBIENTE.

Es un hecho de habitual observancia la falta de paralelismo entre los diversos ambientes en los cuales se desarrolla la niñez: hogar, escuela, comunidad. Gracias al material humano asistido en la Clínica de Conducta, se ha visto como esta circunstancia puede convertirse, en muchos casos, en factor primordial que genera los desajustes de niños y adolescentes.

No hay en la sociedad una ideología unitaria que proporcione al niño un camino seguro por lo que se refiere a su criterio normativo. En tanto que en un medio se alienta a los educandos en cierta dirección, en el otro, se critica o desprecia los mismos puntos de vista. Esto se hace patente y adquiere su aspecto más característico, en las discrepancias frecuentes entre la escuela y el hogar. La falta de contacto de la familia con la realidad social de la escuela y la enseñanza, contribuye a esta encrucijada de corrientes ideológicas y posturas morales contradictorias. Cuando la personalidad del niño es propicia, lo

anterior determina graves desequilibrios ideoaffectivos que se manifiestan en alteraciones de la conducta o en los más diversos tipos de neurosis infantil que muchas veces pasan inadvertidos. Sería utópico pretender que se unificara en forma absoluta estas discrepancias, ya que por lo que a la escuela se refiere, es precisamente una de sus funciones principales el hacer que el niño supere una serie de posturas erróneas e inadecuadas que privan en su hogar. Lo que importa, es tan sólo el adecuado enfoque del maestro ante tales problemas, cuidando, sobre todo, de no crear situaciones de ambivalencia grave. En lo que toca a los padres, es indudable que sólo la confianza en los métodos educativos de la escuela y el necesario respeto por los mismos puede mejorar o eliminar el choque a que se ha hecho mención. Claro es que todo ello, está bien lejos de ser alcanzado, pues corresponde a círculos culturales más amplios y en estrecha relación con el estado evolutivo de la sociedad. Basta aquí con plantearlo esquemáticamente.

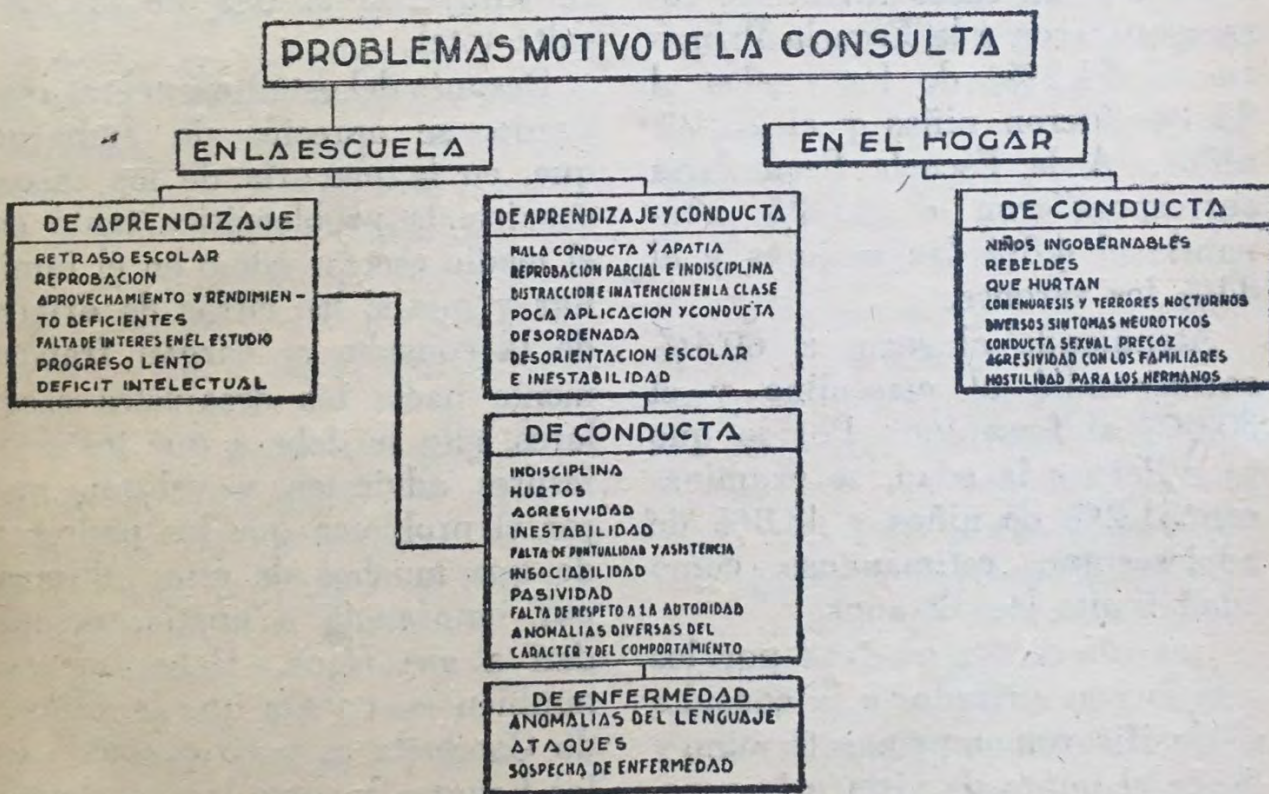
Otro elemento de gran importancia por parte de la escuela es el de que, muchas veces, los sistemas pedagógicos no marchan en adecuado paralelismo con las necesidades sociales, económicas y culturales del ambiente general. Se enseñan al niño una serie de posturas teóricas, de ideas cívicas

o de condiciones de trabajo que tienen poco que ver con la realidad extraescolar y no es raro observar que todo este esfuerzo se desmorone al primer contacto con el medio de la calle. Alto número de menores estudiados en la Clínica mostraron claramente su perplejidad e insatisfacción ante

ter, ajeno y distinto por completo al núcleo escolar y familiar, tenga tanta importancia en la conformación de la personalidad infantil y dé a menudo los elementos necesarios para la desadaptación. Hace pensar todo esto que la niñez es descuidada durante el proceso de la formación de su perso-

CLINICA DE LA CONDUCTA

1948-49-50-51



el tipo de enseñanzas impartidas y hubo grupos de adolescentes que se presentaron espontáneamente a solicitar de la institución, conocimientos, orientaciones y aclaraciones de dudas, para ellos vitales, y que a ningún precio pudieron lograr en sus respectivos planteles. De esto se deriva que la influencia de la calle, con su especial carác-

ter, ajeno y distinto por completo al núcleo escolar y familiar, tenga tanta importancia en la conformación de la personalidad infantil y dé a menudo los elementos necesarios para la desadaptación. Hace pensar todo esto que la niñez es descuidada durante el proceso de la formación de su personalidad y de que no se le proporcionan los medios adecuados para un fácil ajuste familiar, escolar y social que le permitan una mejor interrelación humana.

IV. SINTESIS ESTADISTICA DE LOS CASOS.

Se revisaron mil expedientes de los archivos de la Clínica de Con-

ducta. El criterio de selección se basó en que todos ellos constituyeran un estudio integral del consultante. Se aceptó como tal a aquel que tuviera, en plan sistemático, examen médico psiquiátrico, pruebas psicológicas (Binet-Simon-Santamarina, prueba de Kohs y Psicodiagnóstico de Rorschach) y trabajo social completo siguiendo la guía elaborada por la propia Clínica.

De los mil casos revisados, correspondieron a la Escuela Primaria el 51.2%, de los cuales el 25.8% fueron niñas y el 25.4% niños. A la Escuela Secundaria correspondieron el 48.8% ocupando el 4.8% las mujeres y el 44% los varones.

Atendiendo al sexo, el 69.4% correspondió al masculino y el 30.6% al femenino. Por lo que se refiere a la edad, se examinaron 51.2% de niños y 48.8% de adolescentes, estimándose como edad límite los 12 años.

Los diferentes motivos por los que fueron enviados a la consulta se clasificaron en primer término y desde el punto de vista más general, tomando en cuenta el lugar dominante de presentación de los problemas: el medio escolar y el medio familiar. El 95% fueron problemas de desajuste escolar y de acuerdo al tipo de los mismos, se consideraron en orden de frecuencia: dificultad de aprendizaje, dificultad de aprendizaje y anomalías de conducta, anomalías

de conducta solamente, orientación educativa, problemática íntima personal y debilidad mental según el examen psicométrico.

En relación con el motivo familiar de consulta se consignaron en orden de frecuencia: anomalías de conducta, relaciones familiares inadecuadas, enfermedades y estudio preventivo de personalidad. Los menores asistidos a petición espontánea de los padres, solamente constituyeron el 5% de la consulta total.

Después del estudio integral realizado, se apreció, sin embargo que, en la mayoría de los casos, coexiste la problemática tanto en el medio escolar como en el familiar y que si las cifras de origen de la consulta se cargan francamente hacia los desajustes escolares, ello se debe a que los profesores advierten y valoran mejor el problema que los padres y de que muchos de éstos últimos, por ignorancia o apatía, descuidan a sus hijos. Debe tomarse también en cuenta que la Clínica de Conducta es poco conocida en los hogares y como la experiencia ha demostrado, francamente vista con recelo y escepticismo.

Las reacciones de conducta con mayor frecuencia observadas fueron: inatención, rebeldía, agresividad y apatía. Todas ellas pueden englobarse en dos formas, la de protesta y la de desinterés. La de protesta ha sido interpretada como un mecanismo de defensa

frente a la hostilidad del ambiente, lo mismo que a la limitación de la libre actividad, y la de desinterés, como una reacción en consonancia con los estímulos inadecuados para la personalidad del niño, tanto en la escuela como en el hogar.

En cuanto a los diagnósticos, forman el grupo más numeroso los menores neuróticos y en segundo término los débiles mentales. Desde el punto de vista somático se anotaron, desnutrición y avitaminosis, parasitosis intestinales, anemias, disendocrinias y deficiencias sensoriales visuales y auditivas. Conviene puntualizar que la mayoría de estos trastornos fueron hallazgos de la Clínica y que habían pasado inadvertidos para los padres y maestros.

Hubo un grupo de adolescentes, como se dijo antes, que espontáneamente se presentaron a consultar sus problemas personales, entre los que se anotaron: el deseo de conocerse a sí mismos, la necesidad de orientarse profesionalmente, la aclaración de problemas sexuales y por último, la resolución de desajustes familiares.

V. CONSIDERACIONES SOBRE EL NUCLEO FAMILIAR

El ambiente psicoeducativo defectuoso en general es una de las causas más importantes que explican la desadaptación de los escolares. Es aquí donde la Higiene Mental, secundando la labor de

las escuelas o instituciones dedicadas a la infancia y la de los padres de familia, tiene aplicaciones de franco beneficio. El ambiente matizado por normas inconsistentes, inseguras, contradictorias y traumatizantes, dificultan al niño la conquista de los ambientes escalonados, escuela, trabajo, comunidad. Y si se añade que el medio de los adultos tiene en general un bajo índice cultural y económico, elementos nutritivos deficientes o mal equilibrados, se puede advertir que este conjunto de factores adversos, sean fuente propicia para la desadaptación infantil que en forma especial se hace presente en el medio escolar.

En los casos estudiados que motivan el presente trabajo, fue posible determinar que los desajustes escolares partieron predominantemente del hogar, clasificándose las condiciones defectuosas en orden de frecuencia como sigue: relaciones familiares inadecuadas, desorganización familiar, malas condiciones económicas y de comodidad, formas educativas inadecuadas, promiscuidad y alcoholismo.

Más del 70% de los hogares estudiados tienen una constitución matrimonial estable. Por esto se entiende, en forma convencional, aquellos hogares en que los padres están unidos civil y religiosamente. El término no prejuzga en lo absoluto cuales sean las relaciones de los cónyuges ni las condicio-

nes generales de vida de la familia. Se ha considerado conveniente hacer la puntualización anterior, porque la mayor tendencia a la desorganización y otras condiciones defectuosas observadas en los casos revisados, están dadas por las uniones libres y los casados tan sólo civilmente. En los hogares desorganizados, es decir, en aquellos en que por cualquier motivo se ha roto la armonía familiar, se aprecia que, en su mayor parte, están de hecho dirigidos y mantenidos predominantemente por la madre. Son hogares abandonados o relegados debido a la irresponsabilidad del padre. Es frecuente que el padre tenga dos o más mujeres y en su hogar originario represente un papel de visitante, las más de las veces rígido, áspero e incomprensivo con los hijos y con la situación familiar. En la proporción de 3 a 1 se hallaron las separaciones de los padres al margen de la ley.

Es común que a la muerte de la madre, el padre contraiga nuevo matrimonio o unión libre, observándose, por ello, los conocidos desajustes ocasionados fundamentalmente por los desequilibrios afectivos que vienen aparejados con la presencia de la madrastra y los hermanastros. En todo los casos estudiados en que se presentaba tal situación, pudo advertirse, sistemáticamente, aun en las circunstancias más favorables, que siempre existen desajustes de los

menores y que la regla eran estados neuróticos diversos, presentes, de preferencia en los hijos del primer matrimonio. En cambio, a la muerte del padre, en los hogares de constitución estable, lo frecuente es que la viuda permanezca sola con los hijos. Esto da lugar a una situación en que se aprecia una débil capacidad educativa, estrechamente relacionada con problemas de índole económica que obligan a la madre, a no poder atender ni controlar a los menores por tener que dedicar la mayoría de su tiempo a la búsqueda del sustento. Forman parte los miembros de estos hogares de los denominados débiles sociales. Es obvio que cuando se repita la situación por abandono del marido o bien en el caso de la madre soltera, se encuentren también presente los mismos mecanismos de desajuste. Conviene enfatizar que, contra lo que se cree habitualmente, la economía precaria, por sí misma, no es motivo suficiente para la desadaptación del menor. La valoración de los casos en estudio, puso de manifiesto que funciona, sobre todo, por las perturbaciones que produce en la psique de los padres. También se pudo confirmar que cuando la personalidad de los mismos es normal, logran superar su debilidad social, aun en los casos de viudez de la madre o en el caso de la madre soltera. En todos ellos, sin embargo, se comprobaban peculiaridades psicológicas en

la relación madre-hijo, ligadas de preferencia a una particular dificultad para la autonomía del menor. En la mayoría de los casos revisados, este fenómeno se hacía patente en la etapa de la adolescencia, creando siempre crisis puberales alarmantes con rasgos neuróticos definidos.

VI. LOS HOGARES ADOPTIVOS Y SUSTITUTOS

Los menores que viven bien sea en hogares adoptivos o bien en los hogares sustitutos que dependen de la tutela del Estado, requieren, por las muy peculiares circunstancias que presentan un estudio especial. No es aquí el lugar ni la oportunidad para emprenderlo. A pesar de ello y tomando en cuenta que alrededor de 90 casos en estas condiciones fueron estudiados en la Clínica y de que uno de los ponentes estuvo encargado por varios años, como médico psiquiatra, de los problemas de conducta de los niños adscritos a los Hogares Sustitutos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se estima que debe mencionarse el tema.

Se encontraron problemas psicológicos que se manifestaban por resentimiento grave hacia los verdaderos padres, angustia por conocerlos o bien amargura y sentimiento de inferioridad por no poder convivir con ellos. De muy frecuente observancia fué la conducta rebelde y agresiva para con los adultos que los protegen y se en-

cargan de ellos. Esto indica la necesidad de modificar la organización y la forma habitual de vida de tales hogares, así como la urgencia de una muy especial orientación y manejo de tales débiles sociales. La mayoría de las veces, estos problemas se generaban o incrementaban por la actitud inadecuada de los tutores, padres adoptivos o encargadas del hogar. En general, se puede asentar, que la mayoría de ellos y muy particularmente las encargadas de los hogares sustitutos, muestran un sentimiento de penosa responsabilidad, de temor e incertidumbre frente a la educación de los menores y una sistemática decepción ante la respuesta de gratitud que siempre esperan de los mismos.

No puede pasarse por alto, por lo importante y comprobado del asunto, que una inmensa mayoría de las encargadas de hogares sustitutos han aceptado la tarea, no por convicción y sano deseo de colaborar al mejoramiento, educación y orientación de los menores débiles sociales, sino por una apremiante necesidad de completar su presupuesto con la ayuda que para otros fines les proporciona el Estado. En esta circunstancia radica, muchas veces, la incomprensión, irritabilidad o falta absoluta de tacto que se observa en ellas, sin contar con la habitual discriminación que establecen entre los niños en estudio y sus propios hijos.

Por otra parte, un alto porcen-

taje de las encargadas de hogares sustitutos no poseen la personalidad adecuada para su cometido. De ello, solamente son responsables las autoridades por no haber adoptado un adecuado criterio de selección, aunque, hay que reconocer que se han hecho esfuerzos en este sentido.

VII. LOS FACTORES RELIGIOSOS

La mayoría de los menores asistidos en la Clínica pertenecen a núcleos familiares en donde se profesa la religión católica. En pocos casos se profesaba la religión protestante y sólo por excepción se constató diferente credo religioso en los padres o bien, libre pensamiento.

Por lo que respecta a las familias de credo religioso definido, se pudo apreciar que éste no determinaba, por sí mismo, motivos específicos de desajuste infantil; pero tampoco fué posible encontrar indicios de que impidiera o mejorara los factores generales conflictivos o de inadaptación de los menores o de los padres.

En cambio, en los pocos hogares estudiados en que el padre y la madre tenían diferente religión, se observó siempre problemática psicológica de los hijos y desajustes e inadaptaciones escolares y familiares de importancia. Este hecho fué interpretado, en primer plano, como derivado del choque ideológico de los mayores y relacionado

con las dificultades específicas para la sólida estructuración de la conciencia moral de los menores. En todos ellos se encontró, rasgos neuróticos en unos y francas neurosis ansiosas en los demás.

VIII. GRADO DE INSTRUCCION

El mayor porcentaje de los casos estudiados está dado por aquellos hogares en que ambos padres asistieron solamente a la escuela primaria, formando cerca del 70% del total. El 17% hicieron estudios profesionales. El 11% sólo saben leer y escribir y el 4% son analfabetas.

La exploración de la instrucción de los hijos hace ver que la mayoría de los mismos sólo han asistido a la primaria, abandonando los estudios de segunda enseñanza por razones económicas o bien debido al desinterés y a la apatía de los padres. Los oficios y actividades técnicas son aprendidos solamente por aquellos menores que pertenecen a familias de clase humilde y en alto número de casos lo hacen por corto tiempo, sin ningún sistema y con maestros improvisados.

Por otra parte, fueron apreciados una serie de prejuicios sociales con respecto a determinados oficios o actividades de trabajo. En muchos casos de la clase media, incluso cuando se trataba de adolescentes que requerían como medida terapéutica de una labor remunerada, la Clínica tropezó con

una oposición sistemática de muchos padres, sin que hubiera para ello razones fundadas. En cambio, en otros hogares, generalmente de nivel cultural bajo, se apreció el fenómeno de que el escolar, sin motivaciones urgentes, era obligado a determinado tipo de trabajo, tanto material como moralmente, perturbando sus intereses en la escuela y deformando o menguando sus posibilidades de adaptación. Numerosos problemas de conducta han sido resultado de estas circunstancias, siendo, la mayoría de ellos, identificados como cuadros neuróticos de tipo situacional.

Por lo que respecta a la mujer, se vió que los padres dan poca importancia a su instrucción, comparada con la actitud que se tiene frente a los hijos varones. Aunque se la envía a la escuela, no se le da a su progreso o evolución escolar la importancia que amerita y muchas veces, ante los menores conflictos o tropiezos, es retirada de los estudios con suma facilidad. Esto indica que, a pesar de la apariencia, se le sigue dando poca importancia al innegable valor intelectual y económico que en los tiempos presentes tiene la mujer en la sociedad. Se observa falta de solidez en su educación.

IX. PROFESIONES Y ACTIVIDADES DE LOS PADRES

Ocuparon el mayor porcentaje las carreras comerciales, los oficios

manuales y las actividades sistemáticas.

Entre las profesiones llamadas "superiores" se anotaron las de médico, normalista, abogado, ingeniero, biólogo, arqueólogo y dentista, así como la militar y naval, en relación con el padre. La madre, en cambio, se dedica de preferencia a las carreras comerciales, de enseñanza y sociales en general.

Más del 65% de las mujeres se dedican a las labores domésticas del hogar, pudiéndose apreciar que es de consideración la cantidad de madres que trabajan. Esta circunstancia, figura entre las motivaciones generales que condicionan la desorganización familiar, dado que, las obligaciones a que somete el trabajo determinan, una menor vigilancia de los menores y la desatención moral y material del hogar.

La razón de que las profesiones comerciales y las actividades sistemáticas sean las más socorridas, se debe a que tienen una utilidad práctica inmediata, requieren menor tiempo de estudio, no implican grandes aspiraciones y con mayor facilidad permiten el acomodo en las empresas y distintos centros de trabajo, así como que existe gran ignorancia en lo relacionado a las actividades profesionales en general. En cuanto a los obreros, las exigencias de acomodo son mínimas. Por todo esto, las actividades descritas forman

la mayoría de los aspectos ocupacionales de los padres que, como se ha visto, poseen por lo general poca capacitación técnica.

Tomando en cuenta el grado de instrucción de los padres y la diversa actividad de los mismos, se pone de manifiesto, en los casos estudiados, que presentan esencialmente análoga problemática en cuanto a las relaciones psicológicas familiares que influyen desfavorablemente sobre la psique de los hijos. La variedad del desajuste presenta matices en concordancia con las condiciones económico-sociales, pero su dinámica es, en el fondo, idéntica.

Entre los hogares de los profesionales, llama la atención, especialmente, la problemática que ha sido observada en las familias de los maestros y que no difiere tampoco, de la comunmente conocida en otro tipo de profesionales diversos. Ello se enfatiza, porque era de esperarse que el más profundo conocimiento del espíritu infantil, su largo trato con los menores y la preparación teórico-específica que se supone poseen, aminorara o hiciera más excepcional la desadaptación de sus propios hijos. La revisión de los casos presentados a la Clínica, sin embargo, muestran lo contrario. En este aspecto, el fenómeno se interpretó en relación con la inseguridad económica que la mayoría presenta con la urgente necesidad de dar mayor número de clases de las de-

seables, para completar su presupuesto y con una insatisfacción general por la valoración social inadecuada de su labor que debiera ser considerada de tipo fundamental. Fuera de ello, también conviene plantear la interrogante más amplia de si la preparación que se les imparte en las escuelas normales es adecuada o bien requiere de una amplia revisión de métodos y programas de enseñanza. Además, se debe aludir a la orientación y selección profesionales que en este importante campo notoriamente se ha descuidado. No es de la incumbencia de este trabajo, el abordar mayormente el problema planteado. Es de reconocerse también que muchos de los casos estudiados tuvieron como primordial motivación de la consulta, la ansiedad manifiesta de los padres ante el futuro de los hijos y ello se debe a que, a pesar de todo, el maestro valora en mejor medida el fenómeno de la inadaptación que la población general, profesional o no profesional.

X. CONDICIONES ECONÓMICO SOCIALES

La casi totalidad de las familias estudiadas correspondieron a la clase asalariada media y baja. Un corto porcentaje de casos se calificó como perteneciente a la clase alta y todos ellos se caracterizaron por provenir de escuelas particulares o bien asistieron a la consulta en plan espontáneo por iniciativa

del núcleo familiar, cuando se trató de niños, o bien del propio interesado cuando los problemas eran propios de la adolescencia.

Las condiciones económicas de la mayoría de los casos asistidos eran precarias, siendo frecuente la miseria ocasionada por desempleo o personalidad anormal de uno o ambos padres, lo mismo que por el alcoholismo.

La mayoría de las familias habitan en viviendas o departamentos en malas condiciones de higiene y comodidad. El hecho que fué posible observar al respecto, como de mayor significación, fué la estre-

chez de las casas que favorecían la promiscuidad e impedían la necesaria independencia, siquiera en plan mínimo, que requieren los escolares para un buen ajuste y rendimiento. Sólo en forma excepcional disponían los menores de un sitio adecuado para realizar sus estudios y, la mayoría, se veían obligados a pasar sus horas libres en la calle, por la imposibilidad manifiesta para la convivencia familiar. Lo anterior provocaba, en gran medida, una serie de conflictos con el vecindario que repercutía en el equilibrio tanto de los familiares como de los hijos.

CONCLUSIONES

I. En el medio mexicano investigado, existen manifiesto escepticismo e indiferencia por el conocimiento riguroso de la problemática personal, pedagógica y social de la infancia.

II. Para la comprensión de la inadaptación escolar, se requiere un estudio sistemático e integral del niño. Esto sólo puede lograrse mediante el trabajo de equipo en las instituciones llamadas Clínicas de Conducta.

III. La revisión de mil casos estudiados en forma integral en la Clínica de Conducta de la Secretaría de Educación Pública, por anomalías de comportamiento, pone de manifiesto que entre los condicionantes del desajuste predominan los factores inadecuados de ambiente, tanto familiares como

escolares, siendo de mayor frecuencia los primeros.

IV. El alejamiento y falta de paralelismo ideológico entre la escuela y el hogar, dan nacimiento a una educación defectuosa y crean desequilibrios ideoafectivos en los menores. La dinámica de este fenómeno radica en el enfoque inadecuado del maestro ante tales problemas y en la falta de confianza y respeto de los padres frente a la escuela y sus métodos y sistemas de enseñanza.

V. La influencia del ambiente de la calle adquiere suma importancia para el estudio y comprensión de los desajustes de los escolares y crea constantes interferencias a la labor educativa de padres y maestros. Tiene notoria participación en la conformación de la

personalidad infantil y en numerosos casos condiciona anomalías de comportamiento.

VI. El mayor porcentaje de problemas de conducta se encuentra en niños que presentan una neurosis de situación, viniendo en segundo término los débiles mentales. Ambos tipos son incomprendidos y mal valorados tanto por sus propios padres como por los maestros. Conviene enfatizar que, aunque la debilidad mental es siempre orgánica, de origen, en alto número de casos la inadaptación infantil no es dada por ella misma, sino por el mal manejo psicopedagógico de tales menores que crea diversas conductas reactivas conflictivas. La falta de instituciones especializadas para el tratamiento educativo de estos niños da lugar a que la apremiante resolución de su caso quede casi siempre en suspenso.

VII. Somáticamente se encontraron como factores que condicionan o coadyuvan a la desadaptación escolar los siguientes: encefalitis y diversos padecimientos del sistema nervioso central productores de invalidez, además, desnutrición, avitaminosis, parasitosis intestinales, disendocrinias y defectos sensoriales visuales y auditivos. Se hace notar que en una gran mayoría de casos, los datos anteriores fueron hallazgos de la Clínica y que los menores pasaban por sanos tanto en la escuela como en el hogar. Este notorio descuido

de la salud física infantil, corresponde también a factores socio-culturales de ambiente.

VIII. Se observó que tanto los hogares en donde existen buenas condiciones económicas y alto nivel cultural, como aquellos, sujetos a condiciones precarias, tienen esencialmente los mismos defectos de enfoque educativo y que la valoración de la problemática infantil está estrechamente relacionada con la personalidad de los padres, más que con circunstancias materiales o de instrucción.

Las causas y matices que condicionan la inadaptación infantil pueden variar por lo que se refiere la dinámica general es semejante y los resultados idénticos.

IX. Es digno de anotarse que todos los casos que en forma espontánea se presentaron a la Clínica, fueron de adolescentes. Su problemática fué siempre de tipo íntimo personal y estuvo relacionada con la orientación profesional y psicológica, así como con conflictos familiares o preocupaciones de orden sexual.

X. Entre los adolescentes con desajuste escolar o anomalías de conducta que fueron enviados para su examen, se encontró un porcentaje importante de débiles mentales superficiales con desorientación profesional o bien una manifiesta inadecuación entre los estudios emprendidos y la situación económica-social de los escolares normalmente dotados.

LA PSICOTERAPIA EN ALGUNOS PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS. (°)

Mayor M. C. Jorge M. Velasco Alzaga (°°)

Los médicos del Servicio de Dermatología del Centro Materno Infantil Maximino Avila Camacho, al realizar el estudio de niños que presentaban papilomas, verrugas vulgares o "mezquinos", encontraron algunas diferencias en las características de evolución del proceso.

El Dr. Castañeda (5) señaló que en general los papilomas evolucionan hacia la curación espontánea; que cuando se presentaba una epidemia de papilomas en los niños de la guardería del Centro las lesiones desaparecían en la mayor parte de los niños afectados, sin realizar ningún trata-

miento en ellos. Sin embargo, en un grupo reducido de niños, los papilomas persistían, en algunos casos hasta varios años. Estos niños presentaban características emocionales que provocaron interés por hacer un estudio más fino

Con tal propósito se organizó el estudio en la forma siguiente, tratando de comprender los aspectos físico funcional y emocional del niño, así como el social relativo a cada caso (9). El estudio pediátrico físico-funcional fué realizado por el Servicio de Pediatría del Centro y el dermatológico por el correspondiente Servicio. Los estudios psiquiátricos, psicológico y social (°°°) así como el tratamiento que se describe enseguida

(°) Trabajo presentado en la Asamblea Nacional de Salud Mental, en la sesión de Mesa Redonda efectuada el día 7 de noviembre de 1951.

(°°) Jefe de la Mesa de Higiene Mental de la Dirección de Sanidad Militar. Psiquiatra de la Clínica de Higiene Mental del Centro Materno-Infantil General Maximino Avila Camacho.

(°°°) Los dos últimos fueron realizados gracias a la eficaz colaboración del Profesor José Peinado Altable y Profesora Laura Rotter Hernández, psicólogo de la Clínica y la Srita. Trabajadora Social Juana Luisa Proenza.

fueron realizados en la Clínica de Higiene Mental del propio Centro.

Cada caso fué considerado como uno de los diversos elementos de una situación total (4) y por eso se trató de juzgarlo en forma integrada con todos los datos proporcionados por los estudios anteriores. Al concluir el estudio, se procedió a la formulación de un plan de tratamiento que se realizó de acuerdo con técnicas de psicoterapia situacional. (9).

Presento en seguida los casos N° 1 y 2 como ilustraciones de la técnica seguida y luego, el resumen de los casos siguientes, con los resultados obtenidos.

Caso N° 1. T. V. L. Reg. N° 488.
Edad 9 años 3 meses. Ingresó el día 26 de agosto de 1950. Referida a la Clínica por el Servicio de Dermatología.

Esta niña comenzó a presentar papilomas desde 1948, distribuidos en las manos y en la cara principalmente, habiendo unos cuantos en las rodillas. Tales lesiones no han desaparecido desde entonces, sino que han aumentado en número. La niña presentaba al ingreso, otros síntomas tales como enuresis nocturna, irritabilidad, temores diversos y agresividad marcada contra sus hermanos menores. La actuación escolar de ella se caracterizó por lentitud en el aprendizaje; al grado que repitió 2 años el 1er. año.

En la fecha de ingreso, no existía problema escolar aparente, teniendo buenas calificaciones en sus cuadernos. La madre la describió como una niña muy sensible, temerosa, quien llora con gran facilidad, sobre todo cuando se observa sus lesiones dermatológicas, quien duerme con la madre por temor de estar sola y a los fantasmas. Cada vez que llega a la consulta tiembla porque tiene miedo de que le inyecten; su tía la amenazaba con traerla para inyectarla si no se portaba bien. La madre notó temor en la niña, desde que la llevó al Kindergarten, en donde tardó 2 meses en adaptarse.

El estudio psicológico mostró una marcada disminución de la eficiencia intelectual. En la prueba de ejecución individual de Kohs (10), obtuvo un cociente intelectual de 54 y en la de Terman-Merrill (14) uno de 59. El índice de regularidad en la prueba de aprendizaje (12) fué de +22.1.

Físicamente la niña se encontró sana a excepción de los papilomas. Había padecido amigdalitis frecuentes, varicela y bronconeumonía, que evolucionaron sin complicaciones y sin dejar secuelas. Los exámenes de laboratorio fueron normales.

La familia estaba compuesta por los padres y 5 hijos, de los cuales la enfermita era la 2ª, siendo los demás una niña de 10 años que padeció de pequeña trastornos dermatológicos no precisados que habían desaparecido en la fecha del estudio. El 3º era un niño que presentaba también papilomas, de 7 años y quien además, exhibía síntomas tales como enuresis, noctilalia,

distractibilidad y timidez. La 4ª era una niña de 4 años y el 5º un niño de 1 año 7 meses. Estos dos últimos no presentan problemas. El padre es alcohólico y a veces les pega a los niños y a la madre.

Ella es una persona muy ansiosa, suspicaz, quien señala que durante toda su vida ha tenido muchos sufrimientos, los cuales no desea expresar. Considera que sus niños necesitan de un hogar y prefiere sufrir pobreza y humillaciones a separarse del marido y privar a sus hijos del hogar.

La casa tiene tres piezas en total, una de las cuales sirve como recámara, en donde hay tres camas y en ellas se reparten todos los miembros de la familia.

La niña fué sometida a sesiones de psicoterapia de juego, en las cuales se mostró con temor al psicoterapeuta durante las primeras sesiones, con gran rigidez y agresividad reprimida manifestaba por el uso preferente del color rojo, con preocupación excesiva por los quehaceres domésticos. En sus primeras fantasías del juego describía a los padres como muy buenos. Al progresar la psicoterapia, tratando de crear una atmósfera de aceptación, no punitiva, la niña gradualmente expresó que si las muñecas no realizan el quehacer la mamá les pega. Posteriormente la muñeca se rebela y se encuentran asociaciones como la siguiente de la segunda sesión, o sea dos semanas después de haber iniciado el tratamiento: "Un perro bravo persigue a una niña y a sus padres que habían salido un que se pone a salvo al llegar a su ca-

sa, pero el perro mordió al papá por culpa de la mamá pues no corrió aprisa y el papá tenía que ir atrás para cuidarlas. Al llegar a casa los padres pelearon". En la tercera sesión, jugando con los animales de juguete: "el león ve jugar a los demás animales, el rinoceronte también observa el juego. Los animales jugaban a pelearse entre ellos, los grandes les pegaron a los chicos y los papás (señalando al león como al papá y al rinoceronte como la mamá) se enojaron y les pegaron con un cuero a todos menos al más chiquito porque es el consentido. Entonces los animales se enojaron con los papás y les pegaron a éstos con el cuero, hasta que los padres quedaron muertos...". Estas verbalizaciones durante las fantasías de juego de la niña, se consideraron sin producir nada que la enferma pudiera interpretar como censura, en esa semana, la madre observó que la niña se volvía más agresiva con ella y con su hermana mayor. Se le explicó que ésto no debería alarmarle, que era característica de los niños normales pelear, ser hostil a veces, etc., después de lo cual expresó que lo que más le preocupaba era su temor de que los niños sufrieran como ella y por eso no quería que fuesen peleoneeros. A partir de esa sesión la madre comenzó a expresar sus propios problemas y se sujetó a psicoterapia, después de la cuarta sesión de psicoterapia con la niña comenzaron a desaparecer los papilomas, el temor al terapeuta y su timidez general, al grado de que pudo expresar libremente su agresividad en la quinta sesión. Des-

pués de ésta, los papilomas desaparecieron. Hasta la fecha de la redacción de este artículo, la niña había continuado sin lesiones dermatológicas.

En este caso, la creación de una atmósfera de aceptación, no punitiva, (1) como es la psicoterapia de juego facilitó la liberación de la agresividad reprimida. El cambio de actitudes de la madre, realizado a través de la psicoterapia personal permitió mayor tolerancia hacia la niña.

Caso N° 2 R.T.P. Reg. 1236 edad 5 años 1 mes. Ingresó el 8 de junio de 1951. Referida a la clínica por el Dr. Castañeda, del Servicio de Dermatología.

Esta niña presentaba papilomas en los cuatro miembros y en la cara, desde unos dos meses antes de su ingreso. Es la segunda de cuatro hermanos con quienes se mostraba muy agresiva. La madre consideraba que esta niña era el problema mayor de la familia. El padre tenía predilección por la niña y ésta se mostraba más apegada a él. A la enfermita la asustaba con mucha frecuencia un carnicero vecino, amenazándola con colgarla de un gancho de la carnicería, con hacer "chicharrón" a sus hermanitos, etc. Durante la entrevista se mostró tímida y sumisa pero fácilmente se modificó esta actitud en las dos primeras sesiones. El ambiente familiar era organizado y las relaciones entre los padres más o menos adecuadas. El

estudio psicológico demostró una niña sensiblemente normal, desde el punto de vista intelectual, con represión de agresividad y con timidez.

En este caso se practicó psicoterapia con dibujo libre. El primer dibujo, realizado el día 12 de junio de 1951 está caracterizado por rigidez de los trazos, lo cual indica compulsividad y elementos de temor y culpabilidad. El uso de los colores, no se produce libremente y el tamaño de las figuras es reducido indicando constricción del ego.

En el dibujo realizado dos semanas después, el 26 de junio de 1951, se aprecia mayor libertad en el uso de los colores, los trazos son menos ordenados, menos rígidos y el tamaño de la figura (una casa) es mayor.

El dibujo hecho el día 3 de julio de 1951, está caracterizado por la casi ausencia de rigidez y el libre uso de los colores. El tamaño es grande ocupando casi toda la página.

Estos dibujos señalan claramente la evolución del ego de la niña, que al principio se hallaba constreñido por la fuerza represora que fué atenuándose posteriormente y que después de la sesión de tres de julio se hizo mínima. A partir de entonces las lesiones dermatológicas comenzaron a desaparecer, hasta que el día 10 de julio en el examen de dermatológicos que se practicó no se encontró ninguna.

En este caso se realizó psicoterapia con la niña en la cual dominaba principalmente un factor represivo reciente que fué removido fácilmente y determinó la solución del problema emocional.

Caso N° 3. H. P. Reg. 2567. Ingresó el 21 de junio de 1951. Referido por el Servicio de Dermatología por presentar papilomas en ambos miembros superiores, más numerosos en las manos.

Fué sometido a psicoterapia de juego en un grupo de niños. Después de 4 sesiones, comenzaron a desaparecer las lesiones.

Caso N° 4. P.V.P. Reg. 6370. Edad 8 años 2 meses. Ingresó el 16 de marzo de 1951. Referido por el Dr. Castañeda del Servicio de Dermatología.

Este niño presentaba papilomas desde hacía un año. En él se hizo el estudio inicial, habiéndose encontrado trastornos emocionales. Dejó de asistir a la Consulta por haber presentado una enfermedad física y las lesiones persistían en la fecha en que se redactó este artículo y en que se practicó el examen.

Caso N° 5 A. P. Reg. 8591. Edad: 7 años 2 meses. Ingresó el 23 de febrero de 1951. Referido por el Servicio de Dermatología.

Este niño presentaba papilomas diseminados, así como su hermana. La madre es una persona muy ansiosa, quien ha tenido varios hijos de distintos individuos. Dejó de asistir a la Consulta, sin haberse podido realizar el tratamiento. Las lesiones persistieron.

Caso N° 6. J. M. R. Reg. 7474. Edad 7 años 1 mes. Ingresó el 10 de abril

de 1951. Referido por el Servicio de Dermatología.

En esta niña se encontraron papilomas diseminados y trastornos emocionales, tales como irritabilidad y displasias. Se inició la psicoterapia con ella y con la madre, apreciándose mejoría consistente en disminución del número de papilomas. Entonces, un vehículo la atropelló y aumentaron las lesiones, así como el trastorno emocional.

COMENTARIOS

Varios autores (6, 15, 17) han señalado la relación que existe entre algunos procesos dermatológicos y los trastornos emocionales. Se han reportado casos de curación de algunos procesos cutáneos que coincidían con distintas expresiones de conflictos mentales y algunos procesos psiconeuróticos.

En este trabajo trato de señalar la relación que existe entre los problemas emocionales de los casos clínicos observados y la persistencia o cronicidad de un tipo de proceso patológico cutáneo: el papiloma, verruga vulgar o "mezquino", así como los resultados obtenidos en la evolución del propio papiloma al modificarse el o los trastornos emocionales. Esta relación parece ser de tipo directo, esto es, al mejorar el trastorno emocional, mejora el proceso cutáneo y al empeorar el primero, se acentúa el segundo.

La etiología del papiloma o verruga vulgar ha sido considerada

como determinada por un factor del grupo de los virus filtrables y ha sido demostrada su transmisibilidad relativamente alta, así como su auto-inoculabilidad. La persistencia o cronicidad de los papilomas parece tener relación directa con la coexistencia de trastornos emocionales, consistentes en ansiedad o en sus expresiones.

Entre las manifestaciones de la ansiedad, las modificaciones fisiológicas cutáneas son las más objetivas (2, 7, 8, 16) aunque se han señalado también trastornos somáticos diversos, tales como la úlcera péptica, (3, 4) trastornos vasculares, los que representan también expresiones de ansiedad que se han producido por la acción crónica de ésta.

La demostración de cambios en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, bajo la influencia de la ansiedad como un estímulo psicológico, ha sido posible a través de la observación de las propias expresiones fisiológicas de la ansiedad y de casos clínicos. La relación anatómica (13) y fisiológica (8) entre el sistema nervioso autónomo así como la patológica (11) y la hipófisis, sumado al hecho de que el organismo funciona en forma integrada, plantea las posibilidades que pueden explicar el mecanismo de interacción de los procesos psicológicos tanto normales como patológicos y los procesos cutáneos.

Sin embargo, no hay evidencia suficiente para aclarar el mecanismo íntimo que se produjo en los casos observados, pero puede apreciarse que hay una relación directa entre los trastornos emocionales consistentes en represión de hostilidad, sentimiento de culpabilidad, ansiedad crónica y la persistencia de los papilomas en los casos clínicos presentados.

RESUMEN

Se presentan 6 casos clínicos de papilomas de evolución crónica en los cuales se encontraron trastornos emocionales consistentes en represión de hostilidad, sentimiento de culpabilidad y ansiedad. Estos casos fueron sometidos a psicoterapia y observación de la evolución del proceso dermatológico. Los resultados fueron los siguientes: en 3 casos se produjo la curación de las lesiones cutáneas cuando mejoró el trastorno emocional, en 2 casos, las lesiones persistieron, estos casos fueron los que abandonaron el tratamiento y en un caso, los papilomas aumentaron cuando se exageró el problema emocional. Se señala la posibilidad de que a través del sistema nervioso autónomo y de modificaciones hormonales, puede actuar la ansiedad como estímulo en la determinación de la persistencia de los papilomas en los casos observados.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN, Frederick H. Psychotherapy with children. W. W. Norton & Company, Inc. New York, 1942.
2. BEST, Charles H. and TAYLOR, Norman B. The Physiological basis of medical practice. The Williams & Wilkins Company. Baltimore. 1945.
3. BOCKUS, Henry L. Gastroenterology. Vol. I. The esophagus and stomach. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London. 1946.
4. — Postgraduate Gastroenterology. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London. 1950.
5. CASTAÑEDA, José de J. Comunicación personal.
6. DUNBAR, Helen F. Psychosomatic diagnosis. Paul B. Hoeber, Inc. New York. 1943.
7. FENICHEL, Otto. The psychoanalytic theory of neurosis. W. W. Norton & Company, Inc. New York. 1945.
8. FULTON, John F. Fisiología del sistema nervioso. Traducción de la 2ª edición inglesa por Jaime Pi-Súñer. Editorial Atlante, S. A. México, D. F. 1941.
9. KANNER, Leo. Child psychiatry. Charles C. Thomas Pub. Springfield, Illinois. U. S. A. 1948.
10. Medida de la inteligencia. Prueba individual de ejecución de Kohs. DAPP. México. 1938.
11. PALOMINO, Dena F. y SILVA, Zerón S. Uveítis bilateral asociada con desprendimiento de la retina (enfermedad de Harada). Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología. Epoca V. Tomo XXIV. Julio-Sept. de 1950. N° 3. Págs. 167 a 180. México, D. F.
12. PEINADO, Altable J. El índice de regularidad. Contribución al Congreso de París. 1950.
13. RANSON, Stephen W. and CLARK, San L. The anatomy of the nervous system. Its development and function 8 th. Edition. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London. 1947.
14. TERMAN, Lewis M. and MERRILL, Maud A. Measuring intelligence. Houghton Mifflin Company. Cambridge, Mass. 1937.
15. WEISS, Edward and ENGLISH, Spurgeon O. Psychosomatic Medicine 2nd. Edition. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London. 1949.
16. WHITEHORN, John C. Psychotherapy. Chapter X. Modern trends in psychological medicine. Ed. by Noel G. Harris. Pub. by Paul B. Hoeber, Inc. New York. 1948.
17. WRIGHT, Carroll S. Therapy of psychosomatic dermatoses. Arch. Dermat & Syph. 60: 2 (August) 1949.

ECOS DEL IV CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL

Emma Sánchez R.

Con el sabor que dejan los grandes acontecimientos y tratando de hacer una recopilación de datos relacionados con el IV Congreso Internacional de Salud Mental, que tan brillantemente se celebró en nuestro país del 11 al 19 de diciembre próximo-pasado, voy a referirme a algunos aspectos que, aunque dados a conocer por nuestra prensa informativa, ya en el detalle tienen el perfil de lo anecdótico y están íntimamente relacionados con las actividades de personajes cuya vida pública es interesante desde todos los puntos de vista.

Nuestro congreso —“nuestro”, porque organizado en México y por mexicanos, lleva un sello característico— reunió a distinguidos hombres de ciencia que llegaron desde las más distantes naciones, con patrones culturales muy diferentes, pero unificados bajo el mismo ideal: la salud men-

tal por la felicidad del hombre.

México, surco generoso y fecundo a toda simiente progresista que germine en beneficio de los ideales humanos, brindó con su hospitalidad, la oportunidad para que hombres de diferentes idiomas se expresaran en el mismo lenguaje y trataran de llegar a conclusiones que llevadas al terreno social y pedagógico se tradujeran en medidas y sistemas para el mejoramiento del hombre por el hombre mismo.

Enviadas por la LIGA MEXICANA DE SALUD MENTAL, cuya fundación y presidencia ha estado en las manos doctas del Dr. Alfonso Millán, circularon por todo el mundo los programas para el IV CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL, organizado por la FEDERACIÓN MUNDIAL POR LA SALUD MENTAL Y LA LIGA MEXICANA DE SALUD MENTAL.

El pequeño cuaderno rojo escri-

to en dos idiomas, y que contiene el programa del citado Congreso, nos irá guiando en la reconstrucción anecdótica del mismo.

El martes 11 de diciembre a las 11 Hs. se anuncia el acto inaugural en el Palacio de las Bellas Artes por el primer Magistrado de la Nación; en su lugar, la declaratoria estuvo a cargo del señor Dn. Manuel Tello, Secretario de Relaciones Exteriores en representación del señor presidente de la República, Lic. Miguel Alemán; Estuvieron presentes en el acto, el C. Srio. de Educ. Pública, Lic. Manuel Gual Vidal; el Subsecretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Gustavo Argil; nuestro presidente de la LIGA MEXICANA DE SALUD MENTAL, Dr. Alfonso Millán, el Embajador del Centro de Información de la ONU, Sr. Pablo Campos Ortiz y seiscientos delegados de todos los ámbitos del mundo, además las personas de nuestro mundo intelectual que curiosas e interesadas, se apretujaron en la bombonera de mármol.

El programa se inició con un número musical de la Típica de Policía, siguieron a continuación las dulces canciones tarasca cantadas por un grupo del Instituto de Alfabetización para Indígenas Monolingües, y el Ballet Moderno de México ofreció a la encantada concurrencia en su mayoría extranjera, las danzas de nuestra tierra: Tres Ventanas a la Vida Patria y Danzas de Michoacán.

Pronunciaron sendos discursos, en primer término, el profesor B. B. Roxo del Brasil; hizo gala de conocimientos socioeconómicos que se refieren a nuestro país, mostró ser gran conocedor de la labor de alfabetización realizada en México, de la campaña de Construcción de Escuelas, de la intensificación eléctrica, de la campaña, asistencial, etc., etc., afirmando textualmente: "para los hombre de ciencia del Brasil, México es un país ampliamente conocido". Los que escuchábamos, sentimos que a través de la frase alada de ese hombre, se reafirmaban más los lazos de fraternidad entre México y Brasil.

Luego escuchamos al Director de la Federación Mundial por la Salud Mental, Rees de Inglaterra, Dr. J. R. sus conceptos elevados, fijaron los objetivos del Congreso, congratulándose además por encontrarse entre nosotros.

El tercero en hacer uso de la palabra, fué el Dr. William Line (Presidente saliente de la Federación) de Canadá, su discurso fué una salutación de bienvenida a los delegados, felicitándose así mismo y a los demás por encontrarse en este país donde se han desarrollado estudios sociológicos y antropológicos de gran importancia. Se refirió también a la Escuela Piloto de la UNESCO dedicada a la educación básica en todos sus aspectos.

Finalmente, escuchamos la palabra del Dr. Alfonso Millán, dando la bienvenida a los congresistas y agradeciendo a nuestro presidente y autoridades el apoyo necesario para la realización del Congreso, su discurso dió amplia información sobre la labor de la Liga Mexicana de S. M., e hizo votos por que del Congreso saliera la solución inmediata a los problemas de un mundo inseguro y atormentado, así como se difundiese la contribución del conocimiento científico y desarrollo de una buena salud mental.

El Dr. Buentello, Secretario General de la Liga Mexicana de Salud Mental, saludó también a los delegados deseándoles una feliz y provechosa estancia en nuestro país; declarando abierto el CUARTO CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL, nuestro Secretario de Relaciones, Dn. Manuel J. Tello.

Muchos y muy nutridos fueron los aplausos tributados a cada uno de los oradores; el público complacido se trasladó al séptimo pi-

so del edificio del Seguro Social, donde pudo admirar la Exposición del IV Congreso Internacional por la Salud Mental. Presentada por la señora Inés Amor, Directora de la Galería de Arte Mexicano. En hermosas paredes de madera pulida y con la presentación artística que sabe dar Inés Amor a sus exposiciones, el público pudo admirar las colecciones de trabajos artísticos de enfermos mentales, en su mayor parte niños, así como admirar la obra del pintor Guillermo Meza, que en cuadros monumentales simbólicos representó a la humanidad dolida de sí mismo, con desdoblamiento de su yo angustiado. También se pudo apreciar la importancia de las campañas de alfabetización y de construcción de Escuelas, que son la más positiva contribución a la Salud Mental que realiza el Gobierno de México, a través de la Secretaría de Educación Pública.

En el próximo número narraremos suscintamente el desarrollo del Congreso, de acuerdo con el sugestivo programa-convocatoria.

“Mostradme vuestros libros y os diré la mentalidad que tienen vuestros hijos.”

WILHELM STEKEL.

La Salud Mental en México

TEORIA Y RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO DE DETERMINACION DEL GRADO DE SALUD MENTAL, PERSONAL Y SOCIAL DEL MEXICANO DE LA CIUDAD

Dr. Rogelio Díaz Guerrero

PROBLEMA

En ausencia de métodos estandarizados para la determinación del grado de salud mental de grandes grupos y aun cuando nuestros propósitos primarios eran de investigar la Psicología del Mexicano, decidimos aventurarnos primero: en la formulación de un concepto de salud mental que abarcase varios aspectos, personales tanto como sociales, y que se fundamentara en cuanto fuese posible en hechos de reconocido valor en el campo de la higiene mental y segundo: en la determinación de un método práctico y más o menos válido de recolección de los datos necesarios a fin de establecer el grado de insalubridad mental en la ciudad de México, y a la vez, desentrañar algunos de los factores que parecen intervenir en la

producción de la enfermedad o desajuste mental en nuestro medio.

Debemos indicar desde un principio que el presente trabajo no es sino un superficial inicio de teoría y método; nos orilla a su publicación en este congreso un enorme deseo de que sea criticado y de que las críticas que de él se hagan sirvan para mejorar tanto teoría como técnica. Este hecho, nos permitirá embarcarnos en investigaciones más amplias.

MÉTODO

Después de variadas discusiones y bajo la influencia de conceptos derivados de la ciencia psicológica moderna, psicoanálisis y otros como los vertidos por los sematicistas científicos hemos llegado a conclusiones de que para los propósitos de este trabajo el grado

de salud mental de grupos y de personas podría medirse de acuerdo con dos conceptos fundamentales a los que se ha bautizado con los nombres de rigidez y plasticidad.

Cada uno de estos conceptos implica una constelación de factores algunos de los cuales hemos tratado de identificar y luego de definir en forma operante, por lo tanto en formas de conducta o de actitud observables o medibles en una forma u otra. Se ha propuesto que los conceptos de plasticidad y de rigidez se refieran a los "extremos" de una misma gradación con innumerables intermedios. El concepto de porcentaje parece prestarse bastante bien como descriptivo de tal gradación entre extremos. Por "plasticidad" desde nuestro punto de vista se ha entendido una constelación de habilidades cuyo grado de desarrollo en el individuo o grupo parece correlacionarse positivamente con el grado de salud mental. Por "plasticidad" se entiende: 1.) El grado de habilidad (%) que un individuo o grupo tienen de "ver", "entender" y "aceptar" los puntos de vista de otros individuos o grupos, (Concepto afin: TOLERANCIA); 2.) El grado de objetividad (%) o imparcialidad con que el individuo o el grupo "ven" su propio punto de vista o sus necesidades o sus acciones, (Conceptos afines: Objetivación del Yo y evitación del uso inmoderado de los

mecanismos de defensa); 3.) El grado de habilidad (%) de "ver", "entender" y "aceptar" proyectos de realización futura que redunden finalmente en el mejoramiento material y "espiritual" del individuo y de la sociedad, (Conceptos afines: Habilidad de retrasar la satisfacción de impulsos y motivos (delay of reward); el principio de la realidad, Freudiano; 4.) El grado de salud mental (%) medido por el número de síntomas incapacitantes o molestos, etc.; 5.) El grado de constrictión de la conducta (y de situaciones conflictivas y frustrativas) provocado por ideales y normas socio-culturales, (Concepto afin: la dinámica Yo-Super yo); 6.) El grado de ignorancia y animismo,

(Concepto afin: la "identificación Korsybskiana"). Es de suponerse que por "rigidez" o grado de rigidez, se ha entendido precisamente lo contrario.

Una vez más o menos esclarecida la forma en que algunos conceptos de higiene mental se podrían convertir en conceptos cuasi operantes, era necesario dilucidar el método por medio del cual se pudieran obtener contestaciones más o menos valederas en lo que se refiere a la higiene mental de grandes grupos, por Ej.; el grupo de mexicanos habitantes de la ciudad de México. A pesar de sus variados defectos (1), (2) escogimos para la primera investigación, la tentativa investigación a

la que nos referimos en este trabajo, el método de la encuesta por cuestionario. Nos llevó a esta decisión una idea que luego se comprobó hasta cierto punto; que los mexicanos, aun los de la ciudad, no tienen costumbre y desconfían de investigaciones de su personalidad, y nos pareció que la encuesta, dejándolos anónimos y desconocidos al investigador les permitiría mayor libertad de opinión que otros métodos de investigación de grandes grupos como la "entrevista" profunda en muestra representativa, etc.

Al decidimos por la encuesta por cuestionario nos encontramos con todos los problemas de validez y confiabilidad de los mismos. (1)

El siguiente problema se refirió a la selección de grupos de preguntas que pudiesen medir hasta cierto punto los grados de rigidez plasticidad a que nos hemos referido. Los grupos de preguntas se hicieron de acuerdo con la intención de esta encuesta preliminar con un limitado número de preguntas dentro de cada categoría. Se pretendió obtener una idea de la clase de preguntas que podrían dar resultados más o menos apropiados.

La idea del futuro es la de hacer cuestionarios que individualmente investiguen a fondo cada una de las categorías dentro de los conceptos de plasticidad y rigidez. Así, claro, en vez de un redu-

cido número, se podrán incluir un gran número de preguntas en cada categoría y esto proveerá mejores posibilidades de estudiar, validez y confiabilidad.

Se consideró que las categorías 1 y 2 podrían considerarse como una sola que midiese el grado de objetividad para otros y para consigo, aunque esta suposición pudiera ser errónea se aceptó así.

Las siguientes preguntas fueron típicas de esta categoría: Pregunta 1. ¿Se molesta Ud. cuando le dicen como debe hacer las cosas? Pregunta 2. ¿Trata Ud. casi siempre de salirse con la suya? Naturalmente que la contestación afirmativa a estas preguntas se consideró indicio de rigidez en las categorías 1 y 2; y la contestación negativa como indicio de plasticidad.

Como preguntas tipo de la categoría 3 la habilidad de ver proyectos de realización futura que reducen en bien del individuo y la colectividad tenemos las siguientes: Pregunta 1. ¿Crée Ud. que México debe trabajar su propio futuro sin tomar en cuenta las demás naciones? Pregunta 2. ¿Estaría Ud. dispuesto a dar el 1% de su entrada anual para aumentar el número de escuelas? Respuesta negativa a la primera pregunta y positiva a la segunda se tomarán como signos de rigidez en esta área.

Preguntas tipo de la cuarta categoría serían las siguientes: Pre-

gunta 4. ¿Es Ud. persona nerviosa? Pregunta 6. ¿Se siente Ud. muy triste a menudo? Una contestación afirmativa a estas preguntas indicará rigidez en la categoría 4, es este caso, evidencia de síntomas incapacitantes.

Las demás preguntas de cada categoría se pueden examinar en tablas I a V.

Preguntas tipo de la categoría 5 son las siguientes:

Pregunta 2. ¿Crée Ud. que el lugar de la mujer es en el hogar?

Pregunta 4. ¿Crée Ud. que es decente que las mujeres salgan solas con sus novios? Contestación afirmativa a la primera y negativa a la segunda sería evidencia de rigidez de origen socio-cultural.

Finalmente preguntas tipo de la categoría 6 son las siguientes:

Pregunta 2. ¿Crée Ud. que gatos negros, espejos rotos o ciertos números tienen buena o mala suerte? Pregunta 1. ¿Crée Ud. que un regalo de 5 millones de pesos resolvería todos sus problemas? Contestaciones afirmativas a estas preguntas serían signos de rigidez en esta área.

En el apéndice I se consideran las razones o hechos en que se fundamenta la asignación de rigidez o plasticidad a las contestaciones.

Una vez que los grupos de preguntas estuvieron decididos había que enfrentarse a la metodología de la distribución de cuestionarios

y la obtención de una muestra representativa de sujetos en la ciudad de México.

Siguiendo uno de los métodos más simples de estudios de opinión pública (3) los porcentajes de individuos dedicados a diferentes ocupaciones y mayores de 18 años se obtuvieron del censo de población de la ciudad de México (1940) corregido para Junio 30, 1948. (4)

La tabla número VI muestra la distribución (%) de la población de acuerdo con el criterio de ocupación. Con este conocimiento estábamos en la capacidad de aplicar el método de la "prueba representativa relativa". (5)

Para hacer un esfuerzo en esta dirección se necesitaba distribuir los cuestionarios en forma relativa en áreas que de acuerdo con evidencia independiente, se considerara podrían encontrarse mayor número de individuos de la categoría ocupacional deseada.

Puesto que tal información no se pudo obtener de la Secretaría de Estadística se consultaron varias instituciones e individuos (6) y finalmente se construyó un mapa, indicando áreas de la ciudad (colonias) que de acuerdo con la evidencia obtenida deberían contener una preponderancia de la clasificación deseada.

El siguiente paso consistió en obtener la cooperación de un grupo de individuos con conocimiento siquiera mediano de la técnica

ENERO-FEBRERO

empleada. Un grupo de miembros de Psychology Club del Mexico City College, la mayoría especializándose en psicología, fueron elegidos y se les dieron tres conferencias en relación al método de distribución y colección de los cuestionarios. Los Cuestionarios tomaron la forma que se presenta en el Apéndice 2. Tal cuestionario contiene varias preguntas que no se analizan en este trabajo, sino en otro anterior. (7).

RESULTADOS

De los 516 cuestionarios distribuidos de acuerdo con el método indicado se obtuvo cooperación de 249 casos. Es decir solo 57% de las personas cooperaron. Este dato tal vez no sea tan negativo si se considera que en estudios de opinión pública con una o pocas preguntas, Cantril ha obtenido una cooperación de aproximadamente 67% en las grandes ciudades de E. U. (5) Cantril considera que los resultados no se modifican grandemente debido a esta falta de cooperación, otros como McNemar (1) dudan que tal afirmación sea correcta. En todo caso debemos indicar que nuestros resultados se refieren a ese grupo de la población con suficiente "plasticidad" como para participar en la respuesta del cuestionario.

La tabla N° VII muestra el porcentaje de cooperación por áreas.

Debido a la irregular cooperación de distintas áreas, la hipótesis de que ciertas áreas contienen mayor número de determinada ocupación no se pudo ni comprobar ni desecharse. Por otra parte parece que las personas se clasifican en nuestro cuestionario en variadas ocasiones de acuerdo con clasificación distinta que la utilizada en el censo. Así pues el grupo que cooperó no correlaciona más que en ciertas ocupaciones con los porcentajes indicados en el Censo Oficial. En todo caso dada la diversidad de regiones de la ciudad donde se distribuyeron cuestionarios siguiendo el método del azar (cada tercera casa de varias calles de una colonia) podemos pensar de esta encuesta como basada en el simple método de la muestra representativa escogida al azar.

Con las limitaciones que nos indican los anteriores renglones pasamos al análisis y discusión de los resultados.

Las tablas Nos. VIII A y B nos muestran los resultados en lo que se refiere a las preguntas clasificadas dentro de las categorías 1 y 2 de plasticidad y rigidez. Se observa que el mexicano medio de la ciudad actúa o piensa rígidamente en estas categorías 34% +2.82; de las veces es decir en término medio una de cada tres veces su respuesta es rígida y puesto que su respuesta es plástica 55% de las veces +2.82; en aproximadamente una de cada dos

oportunidades su respuesta es plástica. Puesto que como se explica en el apéndice Núm. 1 respuestas rígidas en estos sentidos se asocian con conflicto-frustración y por lo tanto insalubridad mental, el mexicano medio de la ciudad en este respecto está muy predispuesto a tener pobre salud mental. Como se observa en la misma tabla los resultados para el grupo de preguntas no difieren mucho para hombres y mujeres y estadísticamente se confirma que no hay diferencia significativa para los sexos en lo que se refiere a esta categoría de rigidez-plasticidad y claro hasta donde mide la presente escala.

Las tablas Nos. IX A y B muestran los resultados en lo que se refiere a la categoría 3. Estamos muy inconformes con esta escala y consideramos que la selección de las preguntas en la misma ha sido pobre. Los resultados indican para el grupo total, una rigidez total de 24% + 2.45 y una plasticidad de 65%. Esto de ser valedera la escala, indicaría que el mexicano medio, uno de cada tres veces aproximadamente, piensa o decide rigidamente en lo que se refiera a proyectos cuyos frutos se proyectan en el lejano futuro. También que dos de cada tres veces contesta adecuada, plásticamente a los mismos.

Las tablas Nos. X A y B exponen los resultados con las escalas que miden la categoría 4. Pen-

samos que es ésta la mayormente válida de las escalas utilizadas. Los resultados son sumamente interesantes. Se recordará que aquí la rigidez se mide por el porcentaje de síntomas incapacitantes o molestos que la psiquiatría y la psicología han considerado tradicionalmente como el mejor signo de anormalidad o sufrimiento mental. Los resultados indican que del total de individuos en la encuesta hay un 33% + 2.64 de rigidez y un 62% de plasticidad + 2.82. En este caso esto se puede interpretar en la siguiente forma: en promedio, 33% de los individuos que responden muestran en sus respuestas a la escala un alto grado de desajuste mental o "neurosis" o dicho de otra manera, por término medio uno de cada tres mexicanos de la ciudad se enoja y se siente triste a menudo, se siente fácilmente, no cree que esta vida vale la pena de ser vivida, "padece de bilis" encuentra difícil concentrar, no le gusta el trabajo con el que se gana la vida, se considera persona nerviosa, etc. Por ello se puede tal vez indicar que uno de cada tres mexicanos de la ciudad son desajustados o neuróticos.

Pero tal vez más interesante que este resultado es el encontrado al considerar aparte con respecto a esta escala a los hombres y mujeres de la ciudad. Aquí encontramos que la rigidez media de las mujeres es de 44% mientras que

la de los hombres es de solo 32% y que la plasticidad femenil es de 49% contra 62% en los varones. Las diferencias de estos porcentajes son estadísticamente significativas al nivel de 0.4% en la rigidez al 0.9 por ciento en la plasticidad. La diferencia es por lo tanto altamente significativa e indica que el desajuste y neurosis es definitivamente mayor en la mujer mexicana que en el varón. De cada dos mujeres mexicanas de la ciudad una es desajustada o "neurótica" mientras que solo uno de cada tres varones lo es. Esto es sumamente interesante porque nos indica a las claras que forzosamente hay factores en el medio psico-socio-cultural de la ciudad que inducen mayor insalubridad mental en la mujer que en el hombre.

En todo caso aún en el hombre, si damos crédito a esta escala, existe en la ciudad un alto grado de insalubridad mental y es indispensable que investigaciones más profundas se lleven a cabo a fin de determinar los factores que producen tan extensa alteración de la salud mental. Las tablas Nos. XI A y B nos indican los resultados totales y los de ambos sexos en lo que se refiere a la categoría 5 de rigidez-plasticidad. Los resultados indican que tanto para el grupo total como para hombres y mujeres aparte, existe aproximadamente un 70% de rigidez, es decir que para el grupo de pre-

guntas-situaciones enumerados en cada escala los individuos quedan constreñidos en su conducta a travez de normas socio-culturales 70% de las veces (más-menos 2.64). En el apéndice 1 discutiremos el significado de esta rigidez que mantiene ideales que aparentemente interfiere con la adaptación del individuo a un medio ambiente en cambio continuo.

Finalmente las tablas XII A y B indican una rigidez de ignorancia y animismo para el grupo total de 32% (más-menos 2.64). Como se ve, no hay diferencia en esta escala entre el hombre y la mujer. Solo parece que el porcentaje de contestación "no se" es significativamente superior (al 20%) en la mujer que en el hombre, tal vez indicando un sincero reconocimiento de ignorancia al respecto de las preguntas.

Puesto que este estudio es una simple intentona de medir la salud mental de grandes grupos a través de definiciones operantes de varios conceptos de salud mental y de la técnica del cuestionario no vamos a detenernos mucho en la discusión de los resultados. Solo deseamos indicar que los porcentajes de rigidez y plasticidad de las escalas 1-2 4 y 6 y sus errores standard parecen indicar, dentro de la limitación de este estudio, que se están midiendo áreas de acción y de pensar que pueden mostrar correlaciones entre sí y por lo tanto, son factores de

las escalas 1-2 y 6 bien pueden contribuir mucho más directamente de lo que aparece a primera vista a los síntomas incapacitantes mostrados en la escala 4. Es interesante que la escala 5 muestre tan alto grado de rigidez. Este resultado pudo tal vez preverse; el mexicano con frecuencia defiende los conceptos de la escala como inamovibles, esas normas socio-culturales son problemante de las más rígidamente implantadas en el medio mexicano. Los mexicanos con frecuencia consideran tales valores como primordiales y como características casi naturales, "constitucionales" de la nacionalidad mexicana. Con frecuencia se oye que lo mexicano debe permanecer y no es raro que cualquier intento de cambio en tales esferas se considere como traición al pueblo de México. Velarde, poeta de honda idiosincrasia mexicana llama a los mexicanos a alerta cuando indica en su "Suave Patria": "quieren matar tu ánima y tu estilo" o cuando predica de la misma: "Sé siempre igual. fiel a tu espejo diario". Desde el punto de vista de la higiene mental convendría discutir estos puntos más a fondo. México ha cambiado profundamente con la Revolución Mexicana y con la reciente industrialización, y es muy probablemente inadecuado que se mantengan normas que ya no reflejan la realidad del México presente. Las tradiciones como los

mapas viejos bien pueden no representar ya en su marco los muchos y nuevos territorios añadidos y conducir necesariamente a frustración y conflicto y por lo tanto a infelicidad e insalubridad mental.

En el apéndice uno consideramos más a fondo las implicaciones de la escala N° 5 de este cuestionario.

CONCLUSIONES

1. En este trabajo se hace un esfuerzo preliminar para medir la salud mental de grandes grupos.
2. Se procura determinar áreas de lo que se llama salud mental y de definir operacionalmente algunos de los factores que intervienen en la salud mental de individuos y grupos.
3. Se selecciona el método de la encuesta por medio de cuestionario conteniendo escalas que miden por medio de porcentaje de respuestas adecuadas e inadecuadas el grado de salud mental de los individuos y del grupo.
4. Se procura una distribución de cuestionarios que esté de acuerdo con una prueba representativa con cargas relativas con respecto a ocupación de acuerdo con el censo de 1940.
5. La cooperación del público es de un 57% la distribución por

- ocupaciones no correlaciona con la presente en el censo. Se considera que el método ha sido sin embargo el de la muestra representativa obtenida al azar. Solo individuos de 18 años o más participan.
6. Las escalas 1-2 y 6 demuestran aproximadamente un 33% de rigidez en la respuesta.
 7. La escala 4, la que se considera con mayor validez, demuestra que cada 3 mexicanos de la ciudad uno es desajustado o "neurótico". Que las mujeres son significativamente más "neuróticas" que los hombres. De cada dos mujeres de la ciudad una es desajustada o neurótica de acuerdo con la escala. Solo un

hombre de cada 3 está en la misma situación.

8. La escala 5 demuestra un 70% de rigidez. Esta mide normas socioculturales de abo-lengo en México. Parece haber al presente poco deseo de cambio en ellas. Se indica que bien pueden ser fuente de conflicto para el mexicano.

Se indica que la rigidez medida por las escalas 1-2-6 y tal vez 5 tenga algo que ver con el evidente estado de insalubridad mental mexicano de la ciudad.

9. La escala número 3 da una rigidez de 24%. Se indica que parece no satisfacer la definición del área que trata de medir.

TABLA I

PREGUNTAS TENTATIVAS DE LAS CATEGORÍAS 1-2. (Tolerancia y objetivación del Yo.)

	SI	NO
1. ¿Se molesta Ud. cuando le dicen como debe hacer las cosas?		X
2. ¿Trata Ud. casi siempre de salirse con la suya?.....		X
3. ¿Si alguien le demostrase que su forma de vivir no es buena cambiaría	X	
4. ¿Cree Ud. que muchos de sus deseos están en contra de sus ideas morales y religiosas?	X	
5. ¿Si es Ud. hombre, ¿Se siente Ud. más hombre que los demás?		X
6. ¿Cree Ud. que es natural que los hombres casados tengan queridas?		X
7. ¿Cree Ud. que los hombres son más inteligentes que las mujeres?		X
8. ¿Cree Ud. que una dictadura sería beneficiosa para México?..		X

9. ¿Si cree Ud. en ciertos ideales, ¿Los abandonaría por el bien común?
10. ¿Cree Ud. que entre más estrictos son los padres mejor se forman los hijos? X

Las preguntas aparecen contestadas en la forma que se hipotetiza indicará Plasticidad en Areas 1-2.

TABLA II

PRECUNTAS TENTATIVAS DE LA CATEGORÍA 3. (Abilidad de ver proyectos de realización futura, "Principio de la realidad".)

	SI	NO
1. ¿Cree Ud. que México debe trabajar su propio futuro sin tomar en cuenta las demás naciones?.....		X
2. ¿Estaría Ud. dispuesto a dar el 1% de su entrada anual para aumentar el número de escuelas?.....	X	
3. ¿Si cree Ud. en ciertos ideales, ¿Los abandonaría por el bien común?	X	
4. ¿Cree Ud. que el que acepta una mordida es muy aguzado?..		X
5. ¿Cree Ud. que los políticos honrados son tontos?.....		X
6. ¿Cree Ud. que las criadas sólo deberían trabajar ocho horas al día?	X	

Las preguntas aparecen contestadas en la forma que se hipotetiza indicará Plasticidad en Area 3.

TABLA III

PRECUNTAS TENTATIVAS DE LA CATEGORÍA 4. (Síntomas mentales incapacitantes o molestos.)

	SI	NO
1. ¿Se divierte más solo que acompañado?.....		X
2. ¿Se enoja Ud. a menudo?.....		X
3. ¿Cree Ud. que esta vida vale la pena de ser vivida?.....	X	
4. ¿Es Ud. una persona nerviosa?.....		X
5. ¿Se siente Ud. fácilmente?.....		X

6.	¿Se siente Ud. muy triste a menudo?.....		X
7.	¿Le gusta a Ud. el tipo de trabajo con el que se gana la vida?	X	
	¿Si es Ud. ama de casa, ¿Le gusta el trabajo casero?.....	X	
8.	¿Se lleva Ud. mejor con amigos que con los de su casa?.....		X
9.	¿Cree Ud. que se puede confiar en la gente?.....	X	
10.	¿Encuentra Ud. difícil concentrar en lo que lee o estudia?....		X
11.	¿Sufre Ud. frecuentemente de la bilis?.....		X

Las preguntas aparecen contestadas en la forma que se hipotetiza indicará Plasticidad en Area 4.

TABLA IV

PREGUNTAS TENTATIVAS DE LA CATEGORÍA 5. (Grado de constricción de la conducta provocado por normas socio-culturales.)

	SI	NO
1. ¿Es para Ud. la madre el ser más querido que existe?.....		X
2. ¿Cree Ud. que el lugar de la mujer es en el hogar?.....		X
3. ¿Cree Ud. que los hombres son los que deben llevar los pantalones en el hogar?.....		X
4. ¿Cree Ud. que es decente que las mujeres salgan solas con sus novios?	X	
5. ¿Cree Ud. que entre más estrictos son los padres mejor se forman los hijos?.....		X
6. ¿Cree Ud. que las criadas deberían organizarse en sindicatos para mejorar sus condiciones?.....	X	

Las preguntas aparecen contestadas en la forma que se hipotetiza indicará Plasticidad en Area 5.

TABLA V

PREGUNTAS TENTATIVAS DE LA CATEGORÍA 6. (Grado de ignorancia y animismo.)

	SI	NO
1. ¿Cree Ud. que un regalo de cinco millones de pesos resolvería todos sus problemas?.....		X
2. ¿Cree Ud. que gatos negros, espejos rotos o ciertos números tienen buena o mala suerte?.....		X

3. ¿Cree Ud. que los hombres son más inteligentes que las mujeres? X
4. ¿Cree Ud. que una dictadura sería beneficiosa para México?... X
5. ¿Si cree Ud. en ciertos ideales, ¿Los abandonaría por el bien común? X
6. ¿Cree Ud. que la ciencia puede resolver la mayoría de los problemas humanos? X
7. ¿Cree Ud. que entre más estrictos son los padres mejor se forman los hijos?..... X

Las preguntas aparecen contestadas en la forma que se hipotetiza indicará Plasticidad en Area 6.

TABLA VI

POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN JULIO DE 1948. CLASIFICACIÓN POR OCUPACIÓN. HOMBRES Y MUJERES. (Población parcial: contiene solo individuos de 18 años o mayores.)

<i>Clasificación</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
1. Directores, gerentes.	1,848	.002
2. Empleados privados.	70,690	.067
3. Obreros.	186,332	.177
4. Individuos que ayudan a sus familiares.	2,503	.002
5. Comerciantes en pequeño.	136,089	.129
6. Servidumbre.	88,180	.084
7. Empleados públicos.	56,555	.054
8. Profesionistas liberales.	17,479	.017
9. Labores domésticas sin paga: Amas de casa, etc.	447,719	.424
10. Estudiantes.	46,846	.044
	<hr/> 1,054,241	<hr/> 1.000

TABLA VII

PORCENTAJE DE COOPERACIÓN POR ÁREAS EN ORDEN DE MAYOR A MENOR PORCENTAJE DE COOPERACIÓN.

Area	Entregados	Devueltos	% De Cooperación
Estudiantes. (U. N. A. de México.)	15	15	100%
San Angel Inn.	8	6	75%
Peralvillo.	62	45	73%
Balbuena.	39	27	69%
Guerrero.	29	20	69%
Del Valle.	53	35	66%
Centro.	43	27	63%
Moderna.	87	47	54%
Santa María.	26	14	54%
San Rafael.	68	29	43%
Polanco.	22	8	36%
Cuauhtémoc.	64	21	33%
	<hr/> 294	<hr/> 516	<hr/> 57%

TABLA VIII A

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LAS CATEGORÍAS 1-2 (Tolerancia objetivación del Yo)

	Grupo total		
	Rigidez %	Plasticidad %	No sé %
1. ¿Se molesta Ud. cuando le dicen como debe las cosas?	34	63	3
2. ¿Trata Ud. casi siempre de salirse con la suya?	44	53	3
3. ¿Si alguien le demostrase que su forma de vivir no es buena cambiaría?.....	24	64	12
4. ¿Cree Ud. que muchos de sus deseos están en contra de sus ideas morales y religiosas?	64	29	7
5. ¿Si es Ud. hombre, ¿Se siente Ud. más hombre que los demás?.....	23	67	10

6. ¿Cree Ud. que es natural que los hombres casados tengan queridas?.....	20	70	10
7. ¿Cree Ud. que los hombres son más inteligentes que las mujeres?.....	36	50	14
8. ¿Cree Ud. que una dictadura sería beneficiosa para México?.....	28	52	20
9. ¿Si cree Ud. en ciertos ideales, los abandonaría por el bien común?.....	30	48	22
10. ¿Cree Ud. que entre más estrictos son los padres mejor se forman los hijos?.....	41	52	7
	—	—	—
Media Arit.	34	55	11
	2.83	2.83	1.73

TABLA VIII B.

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LAS CATEGORÍAS 1-2 (Tolerancia y objetivación del Yo).

	Rig.	Pl.	N.S.	Rig.	Pl.	N.S.
	Hombres			Mujeres		
	%	%	%	%	%	%
1. ¿Se molesta Ud. cuando le dicen cómo debe hacer las cosas?	33	63	4	36	62	2
2. ¿Trata Ud. casi siempre de salirse con la suya?.....	36	60	4	55	40	5
3. ¿Si alguien le demostrase que su forma de vivir no es buena cambiaría?	23	32	14	26	64	10
4. ¿Cree Ud. que muchos de sus deseos están en contra de sus ideas morales y religiosas?	59	35	5	72	19	9
5. ¿Si es Ud. hombre, ¿Se siente Ud. más hombre que los demás?.....	16	74	10	35	54	11
6. ¿Cree Ud. que es natural que los hombres casados tengan queridas?	22	67	11	16	74	10

7. ¿Cree Ud. que los hombres son más inteligentes que las mujeres?	44	44	12	23	60	17
8. ¿Cree Ud. que una dictadura sería beneficiosa para México?	33	55	12	20	47	33
9. ¿Si cree Ud. en ciertos ideales, ¿Los abandonaría por el bien común?.....	31	50	19	28	45	27
10. ¿Cree Ud. que entre más estrictos son los padres mejor se forman los hijos?.....	41	44	15	40	55	5
	—	—	—	—	—	—
Media Arit.	34	56	11	35	52	13
	2.83	2.83	1.73	2.83	2.83	1.73

TABLA IX A

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LA CATEGORÍA 3. (Habilidad de ver proyectos de realización futura "Principio de la Realidad.")

	Grupo Total		
	Rigidez %	Plasticidad %	No sé %
1. ¿Cree Ud. que México debe trabajar su propio futuro sin tomar en cuenta las demás naciones?	39	50	4
2. ¿Estaría Ud. dispuesto a dar el 1% de su entrada anual para aumentar el número de escuelas?	15	78	7
3. ¿Si cree Ud. en ciertos ideales, ¿Los abandonaría por el bien común?.....	30	48	22
4. ¿Cree Ud. que los políticos honrados son tontos?	17	76	7
5. ¿Cree Ud. que el que acepta una mordida es muy aguzado?	19	72	9
6. ¿Cree Ud. que las criadas sólo deberían trabajar ocho horas al día?.....	21	65	14
	—	—	—
Media Arit.	24	65	10
	2.45	2.83	1.73

TABLA IX B

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LA CATEGORÍA 3. (Habilidad de ver proyectos de la realización futura "Principio de la Realidad".)

	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Rig.</i> %	<i>Pl.</i> %	<i>N.S.</i> %	<i>Rig.</i> %	<i>Pl.</i> %	<i>N.S.</i> %
1. ¿Cree Ud. que México debe trabajar su propio futuro sin tomar en cuenta las demás naciones?	52	41	7	34	49	17
2. ¿Estaría Ud. dispuesto a dar el 1% de su entrada anual para aumentar el número de escuelas?.....	17	76	7	9	80	11
3. Si cree Ud. en ciertos ideales, ¿Los abandonaría por el bien común?	31	50	19	28	45	27
4. ¿Cree Ud. que los políticos honrados son tontos?.....	24	73	3	6	81	13
5. ¿Cree Ud. que el que acepta una mordida es muy aguzado?	13	79	8	28	60	12
6. ¿Cree Ud. que las criadas sólo deberían trabajar ocho horas al día?.....	24	64	12	16	66	18
	—	—	—	—	—	—
Media Arit.	27	64	9	20	64	16
	2.65	2.83	1.73	2.24	2.83	2.24

TABLA X A.

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LA CATEGORÍA 4. (Síntomas mentales incapacitantes o molestos.)

	<i>Grupo Total</i>		
	<i>Rigidez</i> %	<i>Plasticidad</i> %	<i>No sé</i> %
I. ¿Se divierte más solo que acompañado?.....	21	76	3

2. ¿Se enoja Ud. a menudo?	50	48	2
3. ¿Cree Ud. que esta vida vale la pena de ser vivida?	14	74	12
4. ¿Es Ud. una persona nerviosa?.....	52	45	3
5. ¿Se siente Ud. fácilmente?.....	46	46	8
6. ¿Se siente Ud. muy triste a menudo?.....	44	53	3
7. ¿Le gusta a Ud. el tipo de trabajo con el que se gana la vida?.....	20	72	8
¿Si es Ud. ama de casa, ¿Le gusta el trabajo casero?			
8. ¿Se lleva Ud. mejor con amigos que los de su casa?	32	64	4
9. ¿Cree Ud. que se puede confiar en la gente?	68	22	10
10. ¿Encuentra Ud. difícil concentrar en lo que lee o estudia?	22	64	14
11. ¿Sufre Ud. frecuentemente de la bilis?.....	38	58	4
	—	—	—
Media Arit.	33	62	6
	2.65	2.83	1.41

TABLA X B

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LA CATEGORÍA 4. (Síntomas mentales Incapacitantes o molestos)

	Hombres			Mujeres		
	Rig. %	Pl. %	N.S. %	Rig. %	Pl. %	N.S. %
1. Se divierte más solo que acompañado?	12	82	0	26	66	8
2. ¿Se enoja Ud. a menudo? .	43	56	1	62	36	2
3. ¿Cree Ud. que esta vida vale la pena de ser vivida? ..	12	77	11	18	69	13
4. ¿Es Ud. una persona nerviosa?	43	52	5	66	33	1
5. ¿Se siente Ud. fácilmente?	43	51	6	51	40	9
6. ¿Se siente Ud. muy triste a menudo?	34	64	2	57	41	2

7. ¿Le gusta Ud. el tipo de trabajo con el que se gana la vida	27	68	5	9	80	11
8. ¿Se lleva Ud. mejor con amigos que con los de su casa?	29	66	5	37	59	4
9. ¿Cree Ud. que se puede confiar en la gente?	63	27	10	77	13	10
10. ¿Encuentra Ud. difícil concentrarse en lo que lee o estudia?	21	68	11	24	58	18
11. ¿Sufre Ud. frecuentemente de la bilis?	28	66	6	52	47	1
	—	—	—	—	—	—
Media Arit.	32	62	6	44	49	7
	2.65	2.83	1.41	2.83	3	7.41

TABLA XI A

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LA CATEGORÍA 5. (Grado de constricción de la conducta provocada por normas Socio Culturales).

	Grupo Total		
	Rigidez %	Plasticidad %	No sé %
1. ¿Es para Ud. la madre el ser más querido que existe?	92	6	2
2. ¿Cree Ud. que el lugar de la mujer es en el hogar?	90	6	4
3. ¿Cree Ud. que los hombres son los que deben llevar los pantalones en el hogar	83	13	4
4. ¿Cree Ud. que es decente que las mujeres salgan solas con los novios?	56	35	9
5. ¿Cree Ud. que entre más estrictos son los padres, mejor			
6. ¿Cree Ud. que las criadas deberían organizarse en sindicatos para mejorar sus condiciones?	60	28	12
	—	—	—
Media Arit.	70	23	7
	2.65	2.44	1.41

TABLA XI B

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LA CATEGORÍA 5. (Grado de constricción de la conducta provocada por normas Socio-Culturales)

	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>Rig.</i> %	<i>Pl.</i> %	<i>N.S.</i> %	<i>Rig.</i> %	<i>Pl.</i> %	<i>N.S.</i> %
1. ¿Es para Ud la madre el ser más querido?	95	3	2	86	10	4
2. ¿Cree Ud. que el lugar de la mujer es en el hogar? ...	91	6	3	90	7	3
3. ¿Cree Ud. que los hombres son los que deben llevar los pantalones en el hogar?....	85	11	4	78	15	7
4. ¿Cree Ud. que es decente que las mujeres salgan solas con sus novios?	56	35	9	55	34	11
5. ¿Cree Ud. que las criadas deberían organizarse en sindicatos para mejorar su condiciones?	59	27	14	64	28	8
	—	—	—	—	—	—
	71	21	8	69	25	6
	2.65	2.45	1.73	2.65	2.45	1.41

TABLA XII A

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LA CATEGORÍA 6. (Grado de ignorancia y animismo).

	<i>Grupo Total</i>		
	<i>Rigidez</i> %	<i>Plasticidad</i> %	<i>No sé</i> %
1. ¿Cree Ud. que un regalo de cinco millones de pesos resolvería todos sus problemas?	42	47	11
2. ¿Cree Ud. que gatos negros, espejos rotos o ciertos números tienen buena o mala suerte?	8	86	6

3. ¿Cree Ud. que los hombres son más inteligentes que las mujeres?	36	50	14
4. ¿Cree Ud. que una dictadura sería benéfica para México?	28	52	20
5. Si cree Ud. en ciertos ideales, ¿los abandonaría por el bien común?	30	40	22
6. ¿Cree Ud. que la ciencia puede resolver la mayoría de los problemas humanos?	39	55	8
7. ¿Cree Ud. que entre más estrictos son los padres mejor se forman los hijos?	41	52	7
	—	—	—
Media Arit.	32	56	12
	2.65	2.83	2

TABLA XII B

RESULTADOS (%) DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE PREGUNTAS QUE PRETENDE MEDIR LA CATEGORÍA 6. (Grado de constrictión de la conducta provocada por normas Socio-Culturales).

	Hombres			Mujeres		
	Rig. %	Pl. %	N.S. %	Rig. %	Pl. %	N.S. %
1. ¿Cree Ud. que un regalo de cinco millones de pesos resolvería todos sus problemas?	40	51	9	45	42	13
2. ¿Cree Ud. que gatos negros, espejos rotos o ciertos números tienen buena o mala suerte?	6	90	4	11	80	9
3. ¿Cree Ud. que los hombres son más inteligentes que las mujeres?	44	44	12	23	60	17
4. ¿Cree Ud. que una dictadura sería benéfica para México?	33	55	12	20	47	33
5. ¿Si cree Ud. en ciertos ideales los abandonaría por el bien común?	31	50	19	28	45	27

6. ¿Cree Ud. que la ciencia puede resolver la mayoría de los problemas humanos? ...	36	57	7	44	46	10
7. ¿Cree Ud. que entre más estrictos son los padres mejor se forman los hijos?	41	44	15	40	55	5
	—	—	—	—	—	—
Media Arit.	33	56	11	30	54	16
	2.65	2.83	1.73	1.73	2.83	2.24

APENDICE 1

Como se indicó en la parte principal del presente trabajo, se piensa que los conceptos utilizados son de valor dentro de la Higiene Mental, algunos como medida aproximada del grado de salud mental de individuos y grupos y otros, como factores que intervienen directamente en la producción o prevención de la enfermedad mental. En este apéndice se indicará brevemente el fundamento científico de cada concepto indicando de paso algunas de las fuentes de donde se deriva la afirmación.

CONCEPTO Nº 1

1. El grado de habilidad (%) que un individuo o grupo tienen de "ver" "entender" y "aceptar" los puntos de vista de otros individuos o grupos. (Concepto afín: Tolerancia).

El lector pudiera preguntar: ¿Hasta qué punto esa habilidad de que se habla correlaciona con la

salud mental del individuo que la practicada? Se piensa que un individuo capaz de "ver", etc., los puntos de vista de otros individuos estará casi necesariamente menos expuesto a conflicto con otros. Uno de los conceptos fundamentales de la psicopatología aceptado tanto por la psicología clínica como por la psicopatología experimental es el de que el "conflicto", es decir, la presencia de contradicciones, o impulsos o necesidades contrapuestos, son origen de desajuste, de enfermedad mental. La gran mayoría de los psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas estarán de acuerdo con este hecho elemental. A más, la psicopatología experimental ha demostrado con la "neurosis experimental" en hombre y animales (8), (9), (10), etc.; que situaciones de conflicto conducen a reacciones psicopatológicas y, claro, síntomas de sufrimiento mental. Otra poderosa fuente de evidencia al respecto de este concepto se encuentra en los trabajos de la Semántica General (11), (12). La "realidad" como concepto científi-

co está plenamente de acuerdo con la idea de tolerancia. Por otra parte la Semántica ha demostrado palpablemente que rara vez distintos "puntos de vista" sobre el mismo objeto o asunto se contradicen; es más, la Semántica, pensamos, se puede convertir en una de las más poderosas influencias de higiene mental pues facilita métodos sencillos por medio de los cuales esta habilidad de "ver", "entender" y "aceptar" los puntos de vista de otras personas o grupos se puede desarrollar en alto grado (13, (14), (15).

CONCEPTO N° 2

2. El grado de objetividad (%) o imparcialidad con que el individuo o el grupo "ven" su propio punto de vista o sus necesidades o sus acciones. (Conceptos afines: Objetivación del yo y evitación del uso inmoderado de los mecanismos de defensa).

Una vez más nos encontramos con el concepto de conflicto al fondo. Un individuo que escasamente conozca su propia fórmula motivacional, es decir, que no tenga manera o "capacidad" de diferenciar la realidad externa de sus propios deseos o más claramente que lleve dentro de sí mapas mentales que no corresponden al territorio externo, tendrá que entrar casi necesariamente en indebido conflicto y "frustración" (16), (17), (18); ambos conceptos de valor

científico indudable y de comprobada capacidad en la producción de síntomas psicopatológicos. Recordaremos de paso que la mayoría de los que practican la clínica; sea esta psiquiátrica, psicológica o psiconalítica aceptan que la "Objetivación del Yo", lo llamemos así o no, es una de las metas importantísimas de la psicoterapia.

CONCEPTO N° 3

3. El grado de habilidad (%) de "ver", "entender" y "aceptar" proyectos de realización futura que redunden finalmente en el mejoramiento material y "espiritual" del individuo y de la sociedad. (Conceptos Afines: Habilidad de retrasar la satisfacción de y motivos (Delay of reward), el principio de la realidad freudiano).

Este concepto es bien claro para los psicoanalistas. El principio de la realidad freudiano que rige los juicios del Yo es precisamente el que procura como diría Stagner, que "se posponga un placer inmediato a fin de obtener un placer mayor en el futuro o bien para evitar futuro dolor" (19). El concepto de "delay of reward" es afín y experimental. Se comprende que para vivir en sociedad, en la sociedad ideal en que cada persona desarrolle y goce "integralmente" su vivir sin interferir con el desarrollo y goce "integral" de los demás, el estimular "delay of reward"* , capacidad de posponer

la satisfacción de impulsos y motivos, es de primera importancia. El laboratorio nos da datos optimistas al respecto, hasta perros (20) y monos (21) y aún ratas blancas (22) pueden aprender a posponer satisfacciones. El que esto escribe piensa que métodos satisfactorios, *no basados en autoridad*, pueden desarrollarse como parte del programa de higiene mental del ser humano a fin de que el "delay of reward" no resulte difícil. Otro concepto que puede ayudar a resolver los problemas de la sociedad arriba anotada es el de "substitution of satisfaction"; Lewin, a través de su técnica experimental de interrupción de tareas, ha demostrado esta optimista posibilidad en el humano (24).

CONCEPTO N° 4

4. El grado de salud mental (%) medido por el número de síntomas incapacitantes o molestos, etc.

Hay poca contradicción en este respecto. Síntomas de incapacidad, de sufrimiento mental, de "infelicidad" han sido válidos signos de desajuste o enfermedad mental. Huelgan las referencias.

CONCEPTO N° 5

5. El grado de contricción de la conducta (%) (y de situacio-

* Con este concepto abarcamos los de "Avoidance conditioning" y "Secondary reinforcement" (23).

nes conflictivas y frustrativas) provocado por ideales y normas socio-culturales). (Concepto afín: la dinámica Yo-Super Yo).

Es de reconocerse que este concepto se refiere sobre todo a valores. Implica la dinámica Yo-Super Yo aceptada por la mayoría de los psicoterapeutas. Pero se colora necesariamente de la discusión de valores antro-po-socio-culturales que varios psiconalistas (25), (26), (27); psiquiatras (28), (29); y muchos psicólogos (30), (31), (32), (19) consideran de importancia. En el fondo de esta constricción de la conducta existen los conceptos de conflicto y frustración; son estos, nosotros pensamos, los fundamentales de la psicopatología. Ambos, ya se ha dicho, se han demostrado en clínica y laboratorio como capaces de provocar síntomas de sufrimiento mental. En nuestro México existen un gran número de "valores", es decir, ideales socio-culturales. Algunos de ellos parecen cooperar a la salubridad mental (el mecanismo compensatorio de la "fiesta" por ejemplo), otros sin embargo parecen interferir con la salud mental. Pongamos por ejemplo el de la respuesta a la pregunta: ¿"Es para Ud. la madre el ser más querido que existe"? Como la respuesta positiva la hemos considerado signo de rigidez debemos explicar. Debe reconocerse que el cuestionario es defectuoso al pedir respuestas de "Sí" o "No" ya

que en la realidad se trata mas de "hasta cierto punto" que de sí y de no. En todo caso se presupone que el individuo que contesta afirmativamente entrará "generalmente" en conflicto cuando haya de establecer nuevas relaciones amorosas con el novio o la novia, el esposo o la esposa, el hijo, etc. Desafortunadamente cada uno de estos individuos puede pedir, y así parece suceder, que se le considere a él o ella, el ser más querido que existe. Esto, claramente, provoca conflictos. Los semánticos nos indican que realmente cada afecto es distinto del siguiente y que no necesitaría haber conflicto si se siguieran a fondo sus enseñanzas. Sin embargo el presente estudio se fundamenta en las reacciones del mexicano al presente y al presente su conducta dista de ser regida por conceptos de Semántica General.

La contestación "sí" a tal pregunta nos indica además que los individuos y al parecer el grupo tienen una relación con la madre en México que bien puede producir el tipo de conflicto, o mejor, complejo* del que hablan los freudianos, o al menos aquel de que hablan los de la escuela de Chicago: excesiva dependencia e inmadurez emocional, etc. (33), (34).

Hubiéramos deseado indicar en

*Por complejo se entiende una constelación de conflictos alrededor de una idea; la de "madre" o la de "autoridad" por ej.

este apéndice el fundamento racional-científico detrás de cada una de las preguntas, pero puesto que reconocemos desde un principio que muchas de ellas son extraordinariamente tentativas dejaremos este esfuerzo para más tarde.

CONCEPTO N° 6

6. El grado (%) de ignorancia y animismo. (Concepto afín: La "identificación" korsybskiana).

Se considera que entere menos conozca un individuo los hechos acerca de la realidad, su realidad y la realidad externa, estará mayormente expuesto a conflicto y frustración y por ende a enfermedad mental. Aquí debemos indicar que por "ignorancia" nos referimos no a la ignorancia de las grandes obras de la cultura: poesía, literatura, filosofía, etc., sino a ignorancia simple de hechos de la "realidad" interna y externa, ambas entendidas en el marco de la Semántica (35). La literatura, poesía, filosofía (de tipo metafísico), la música, la pintura, etc., se consideran aquí como hermosas producciones de enorme valor subjetivo, pero su aplicación a la vida diaria, como si fueran mapas de la realidad en vez de bellas expresiones de valor individual y subjetivo puede llevar a grandes confusiones y catástrofes. Sería el caso de confundir "lo que tiene valor para mí" con lo que tiene valor en la realidad y para la mayoría. El caso ex-

tremo de esta confusión aparece cuando lo que un individuo, subjetivamente, considera de gran valor; se trata de imponer por la fuerza a los demás: el caso de los dictadores: infaustos productores de desgracia.

Así lo contrario de ignorancia es el conocimiento de hechos que conduzcan evidentemente a menor conflicto y frustración de los humanos. La Semántica de que se ha hablado produce técnicas que permitirán un avance serio en este sentido. El conocimiento de hechos al respecto de la personalidad humana, el estudio de la psicología y de las ciencias sociales científicas, es decir, las que usan con insistencia el método científico serían los siguientes e importantísimos pasos para combatir esta ignorancia de que hablamos y que conduce a la enfermedad mental a través de mapas que no siguen la realidad, provocando naturalmente, frustración y conflicto.

Hablábamos renglones arriba de los dictadores, debemos recordar que el dictador es solamente el caso extremo, la higiene mental de las naciones requiere que investiguemos los casos intermediarios que pueden producir las mismas catástrofes si no son previstos. Magníficos estudios sobre este problema se están llevando a cabo en E. U. (36). Sin embargo nos permitimos indicar algo sobre el asunto. Ojalá que aprendiésemos a no confundir nuestras valoracio-

nes de las cosas con el valor objetivo de las mismas, es este uno de los graves problemas del ser humano. No hay dificultad de comprender esto en ciertos niveles: el artístico por ejemplo. Allí Juan puede decir: ¡Este es el cuadro más bello que he visto!, y Pedro indicar ¡Bah, mera basura! Ambos con frecuencia se dan cuenta de que sus valoraciones son suyas y en nada modifican el cuadro. Pero donde sí hay y ha habido tremenda dificultad es en otros valores: el señor K., resultado final de un medio ambiente dado, con capacidades ingénitas X, con unos padres Z, con unos amigos Y, con estudios en escuelas M y N, con creencias religiosas R, etc.; llega a la conclusión de que sólo sus valores, esos que le han dado "circunstancialmente" sus contactos, son los únicos válidos; en su mente todos ellos, tal vez a fuerza de indoctrinación, tienen sentido y hasta aquí todo va bien, pero de repente decide que tales altos valores (para él altos valores y de hecho altos para él) son los que todo mundo debe seguir. Procura luego imponer en cuantas formas puede su propio, su íntimo mapa de la realidad y sin darse cuenta en estos niveles confunde lo que para él tiene valor con lo que en la "realidad" tiene valor: ¡piensa en verdad que sus afirmaciones sí cambian el cuadro! Si su confusión es aguda tratará por todos los medios, a veces lícitos, a veces

brutales, que todo mundo siga su "forma de pensar". Ojalá que estas palabras ilustren la necesidad de que los individuos no confundan sus valoraciones, que en sí mismas pueden ser estudiadas y analizadas para encontrar su por qué, con la realidad externa que es cambiante y cambia en varios aspectos de individuo a individuo dadas las diferentes fórmulas de valoración que cada quien ha adquirido. De aquí que la "realidad externa" la válida para las mayorías simplemente por ser comprobable, sólo pueda demostrarse a través de observaciones objetivas de los eventos, de la prueba y la contraprueba, de la confiabilidad

de la predicción, es decir, del método científico. Tal parece que para hacer mapas de la realidad externa que conduzcan a hechos comprobables y predescibles sólo el método científico basta. En cambio para producir el desarrollo integral de la individualidad, que, claro, no debe de tratar de imponerse a los demás, la cultura: arte, filosofía literatura, etc., es la que producirá los grandes valores que satisfacen y desarrollan la vida subjetiva de los individuos, pero que, repetimos finalmente, no son ni mapas adecuados de la realidad externa ni por lo tanto métodos a seguir al vivir si es que queremos vivir en la realidad.

"El amor es, compréndelo: dar,
Creer es: descansar en otros,
Alegría es: olvidarse de uno mismo
y hacer bien a los demás."

LILI KEMPIN.

Instituciones al servicio de la Salud Mental

LA NEUROPSIQUIATRIA EN EL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

Dr. Raúl González Enríquez

El concepto de protección que implica el Instituto Mexicano del Seguro Social de México tiene la singular tendencia a la totalidad. El espíritu de la ley, modificada recientemente, pretende resolver el problema del desamparo y luchar contra la explotación y fraude en el terreno médico mediante la seguridad de prestaciones que, efectivamente, garanticen el servicio que se presta a los derecho-habientes.

Partiendo de la atención socializada, como principio del régimen, el capítulo de la medicina es la columna vertebral del Instituto. Se reconoce el valor de la organización administrativa, el sistema de prestaciones en dinero se ha perfeccionado ostensiblemente, es importante la protección por desempleo y los seguros de vejez, pero resalta en su basa, aparece como fundamental, la función de proteger la salud, de curar la enfermedad, de evitar el accidente o

reducir médicamente sus consecuencias, el logro de una continuidad de trabajo mediante la adecuada aplicación de los preceptos de la práctica médico social, profiláctica y curativa.

Las características de la medicina en una institución como el Seguro Social de México, necesitan una revisión valorativa. Su doctrina, su ejercicio, su filosofía, descubren nuevos horizontes y prometen un rendimiento incalculable. Rendimiento que pide dos condiciones: comprensión por parte de los funcionarios dirigentes y educación médica para el ejercicio dentro del régimen de seguridad social.

Un fuerte caudal de trabajo especializado permitió, (recién iniciadas las tareas del Instituto), destacar la necesidad de conceder a la neuropsiquiatría un papel que pronto había de presentarse en un desarrollo actual. A principios de 1944, mezclados a esa confusión

inicial y heroica del nacimiento del Seguro, los doctores Elizondo y Barona fundaron el impulso que, a fines del mismo año constituía la primera Unidad de Trabajo Médico en el Instituto, la Unidad de Neuropsiquiatría. Adelateralizada a la desaparecida Clínica 11, auspiciada por el doctor Dávila, entonces Director de los Servicios Médicos y dirigida desde su nacimiento por el doctor González Enríquez, la pequeña Unidad empezó su historia que es, en realidad, la historia de la atención neuropsiquiátrica en el Régimen de Seguridad de México.

El problema es de tal magnitud que ocurrió un momento de principio en que no se le percibió. Concretamente, hace tres años se tuvieron pláticas con los dirigentes de planeación de hospitales quienes pidieron datos para incorporarlos a su proyecto, frenando nuestras ambiciones de entonces. Hace seis meses se presentaron nuevos datos a la misma comisión y convino en que no había otra resolución que construir un Centro Neuropsiquiátrico en lugar de una sección hospitalaria, como inicialmente se había pensado.

Esperamos que un nuevo informe incluya el proyecto del centro, sobre el cual ya estamos trabajando. Su edificación y funcionamiento podrá sumar a la medicina de México el conocimiento de los problemas de la relación humana y amplios campos a la investigación

neurológica. En esta época de grandes ambiciones, la fundación de un Instituto de trabajo, de servicio y de investigación, vale lo que fundar una ciudad. Ser punto de partida en el descubrimiento de métodos, de preparación de neurólogos y psiquiatras. Probablemente entonces se puede llegar a técnicas institucionales cuyos caracteres apenas se puede preveer, pero cuyos caracteres de protección social cumplirán los postulados esenciales del Seguro.

Un balance a fines de 1944 nos presentaba la siguiente situación: el personal estaba constituido por un Jefe de Unidad, dos Neuropsiquiatras, dos Practicantes y una Enfermera. Atención diaria de 10 enfermos. Las primeras fases de organización estaban limitadas por la dependencia administrativa a otra Clínica. Se insistía sobre los equipos ya pedidos con la ayuda del doctor Peimbert, entonces Director de la Clínica 11. Nuestras primeras reuniones clínicas eran absolutamente informales, en uno de los consultorios, con sillas prestadas de los otros, pero con una sensación de que sólo era el principio y una confianza absoluta en la calidad de las gentes que trabajaban con nosotros. Nuestra labor más importante consistió acaso en transformarnos de médicos de asistencia en Médicos del Seguro. No sé si estamos equivocados, pero juzgamos este paso como de carácter evolutivo. No por cam-

biar de pagador, sino por experimentar una nueva situación social para el médico y porque se medían diferentes responsabilidades. Hubo otras, nuevas condiciones, un tipo de trabajo diferente, un ofrecimiento ideológico y técnico, digno de aprovecharse. Para la neuropsiquiatría institucional se abrió el campo de la neurosis, de la medicina psicosomática, de los padecimientos neurológicos que no estaban en los tratados de neurología. Se abrió, además, un capítulo llave del progreso científico: el trabajo de grupo.

A fines de 1945 continuaba la dependencia administrativa siempre con una magnífica disposición de ayuda por parte de los directores de la Clínica 11, que no podían hacer más de lo que hacían. Conseguimos dos enfermeras más y una mecanógrafa archivista. Se nos agregó una psicóloga y una trabajadora social. Hicimos un pequeño Departamento de Fisioterapia y llegó un electroencefalógrafo Grass de 4 canales. En ese año, nuestro modesto material clínico sirvió para presentar un número de la Revista, Órgano de la Sociedad Médica del Seguro Social y presentamos seis trabajos en la Convención de Seguridad Social que se efectuó en la ciudad de México.

En el segundo semestre de 46 y mediante arreglos, cuyos detalles tienen la singularidad de la historia en México, se consiguió cam-

bio de local y la autonomía administrativa. El personal aumentó y porque la historia no es siempre elegante, podemos decir que se apartó un local que era al mismo tiempo dirección, sala de médicos y aula. La aparición del aula fue decisiva. Existía ya el lugar de reunión periódica, donde se iba a empezar el trabajo de instrucción, de unidad propiamente dicha. Consideramos que este paso fue tan importante como el de que, al fin, se nos hubieran concedido diez camas, un pequeño Sanatorio de Observación que, en el mismo local de la Unidad nos permitiría vigilar nuestros enfermos neurológicos. Los enfermos psiquiátricos habían sido encomendados a Sanatorios subrogados cuyo problema se trataría después.

Como un apunte queremos dejar dicho que el aula se amuebló con sillas que se destinaban a la Escuela de Enfermería. No creo que el Instituto nos lo pueda reprochar. Estas sillas sirvieron para que nuestro Servicio se vinculara a la Universidad, que es otra etapa de nuestra pequeña historia sin tropiezos.

A partir de 1948 el esfuerzo organizado de la Unidad de Neuropsiquiatría tendió a mejorar sus servicios y a lograr un prestigio a través del estudio continuado, de la aportación de nuevos elementos personales y de equipo. Había el deseo de que el Régimen de Seguridad fuera más allá de la prácti-

ca tradicional. Este tiempo sirvió para experiencia y para formar una doctrina que se iba formulando con las naturales vicisitudes y la inquietud propia de lo nuevo y prometedor.

Cuando hace unos meses la Unidad de Neuropsiquiatría ocupó su nuevo local en las calles de Naranjo y las Autoridades concedieron el presupuesto necesario para completar el personal y el equipo necesario, tuvimos oportunidad de comprobar que los años de lucha, no terminados todavía, habían dejado un saldo de conocimientos extraordinarios. Se apreciaron también las necesidades que paulatina e insensiblemente se habían cubierto. Hasta aquí rasgos históricos. Pero antes de continuar hacia condiciones actuales y hacia cifras que objetiven la situación en que está colocada la Unidad de Neuropsiquiatría, quiero llamar la atención sobre algunos hechos.

La evolución favorable que podemos exhibir, está ligada íntimamente a la circunstancia de que el personal médico se constituyó con elementos en los que se aunaba la juventud, el entusiasmo y el cariño por la especialidad. Si hace 4 años se hubiera establecido la Unidad con todo el equipo actual, se hubiera carecido de la experiencia necesaria para la organización en un régimen que, por su novedad, requería una adaptación muy peculiar del ejercicio médico. Dicho de otra manera, se hubiera carecido

de un espíritu y de una doctrina que necesitaba el ajuste necesario en las técnicas de trabajo para su adecuada solución. Independientemente de la capacidad profesional de los neuropsiquiatras, era menester su identificación con los modos y sentidos de la práctica en un régimen de seguridad. Actualmente estamos vinculados a la doctrina, al método, a la especial disciplina de trabajo y a una comprensión, exenta de dificultades en lo individual, para desempeñar eficazmente una labor delicada. Los años transcurridos nos adiestraron en el servicio y nos prepararon indudablemente para una nueva etapa en la que ya se añaden los trabajos de investigación, la tendencia profiláctica y el método de labor en grupo.

Las distintas etapas que mencionamos fueron observadas por diferentes visitantes. En la última contamos con personalidades que alentaron nuestro propósito y entre muchos podemos citar: Alexander, de Chicago; Rascovski, Escardó y Kdraft, de Argentina; Grace Baker, de Nueva York; Feijó y Arias Alvariño, de La Habana. Médicos de Costa Rica, de Guatemala y de Santo Domingo, estudiaron con nosotros.

En la actualidad nuestro personal nominal está constituido por 23 médicos, 2 psicólogos, 5 trabajadores sociales, 3 técnicas de fisioterapia, 15 enfermeras, el personal administrativo adecuado, in-

cluyendo el de archivo y estadística, más el que se ocupa de cocina y el de servidumbre.

Nuestros servicios actuales comprenden: Consulta Externa, Sección de Hospital con Departamento de Neuro-cirugía y servicio psiquiátrico subrogado, atenciones técnicas intermedias como Sección de Electrodiagnóstico y de Fisioterapia, de Psicología, de Trabajo Social y de Electroencefalografía.

La división de la atención médica comprende: Neurología con una subdivisión para enfermedades neurológicas periféricas: Psiquiatría, Neuropsiquiatría Infantil, Atención de Neurosífilis, Narcotráfico y Psicoterapias, Tratamientos ambulatorios de choque, exploraciones psicológicas, atención fisioterápica, desarrollo de trabajo social, trabajo de grupo para enfermedades convulsivantes, trabajo de electroencefalografía y de neuro-cirugía. Adjunto a estos tipos de labor está la elaboración de dictámenes sobre diferentes conceptos: accidentes y enfermedades profesionales, invalidez, término de prestaciones e información para otros servicios y Cajas Regionales. Finalmente podemos señalar la organización de actividades de Higiene Mental que se habrán de desarrollar, inmediatamente en los Centros Obreros.

Si nuestro trabajo tuviera limitaciones de servicio se hubiera terminado, por el momento, nuestra enumeración. Sin embargo y por

fortuna están presentes 2 capítulos más: el de instrucción y el comienzo de las investigaciones. La instrucción interna del grupo puede considerarse como intensiva en nuestro medio. Las reuniones clínicas y de seminario 3 veces por semana. El estudio de temas neurológicos y psiquiátricos por grupos alcanza varias horas por semana. El primer semestre de este año estudiamos Corteza Cerebral y ahora desarrollamos el estudio de Ganglios Basales y un Seminario sobre Análisis Factorial en la Etiología de los Trastornos Mentales. Esta disciplina de estudio es el propósito activo de alcanzar una categoría coherente, a través de un programa en el desarrollo del cual participa todo el elemento médico de la Unidad.

Hay varios procesos de investigación, el que continuamos clínicamente desde hace 2 años con la neurosífilis, el reciente con enfermedades convulsivantes y uno sobre electroencefalografía de niños normales. Otros, como el de Corea, han sido dejados abiertos para su continuación, pero día con día surge la preocupación de dar más tiempo a este capítulo de las investigaciones. El terreno científico se prepara. Los años que vienen podrán decirnos si se trataba sólo de un deseo personal o si es, realmente la proyección de un impulso del grupo.

Finalmente, consideramos útil

mostrar algunos datos numéricos de nuestro Servicio, por lo cual damos a conocer un fragmento estadístico constituido por el análisis de una revisión sobre 500 casos de los mil y tantos estudiados

en una quincena del mes de junio pasado. La presentación que en seguida se expone exhibe conceptos generales y parte de los análisis realizados; es propiamente una muestra de trabajo:

SEXO.

Hombres	62.6%
Mujeres	37.4%

MEDIA ARITMETICA DE LAS EDADES.

Hombres	35 años 9 meses.
Mujeres	31 años 1 mes.

ASEGURADOS O BENEFICIARIOS.

Asegurados	69%
Beneficiarios	31%

De los Beneficiarios se pudo observar:

Labores domésticas	67.10%
Escolares	14.20%
Sin ocupación	18.70%

De los Beneficiarios en edad escolar (53) concurren a la escuela el 41.5%

Las ocupaciones más frecuentes de los asegurados son:

Obreros	53.04%
Empleados	27.54%
Choferes	6.37%
Trabajadores de Restorán y cantina	3.19%
Tranviarios	2.90%
Servidumbre	2.90%
Otras	4.06%

PROMEDIO MENSUAL DE PRESTACIONES.

Número de consultas clínicas externas	3,592.
Número de consultas a hospitalizados	534.
Consultas en Fisioterapia	1,618.
Electroencefalogramas tomados	72.
Personas que fueron internadas	24.
Masajes terapéuticos	180.
Inyecciones	1,442.

De los enfermos atendidos en consulta externa, se obtuvieron los siguientes datos:

Recientes	30.20%
Crónicos	69.80%

Resultado del Tratamiento:

Remisión parcial	58.86%
Estacionario	26.68%
Remisión	14.46%

Los Padecimientos más frecuentes:

Neurolúes	30.57%
Neurosis	27.55%
Epilepsia	19.63%
Psicosis	2.83%
Cuadros neuropsiquiátricos por	
alcoholismo	2.63%
Parálisis facial	2.43%
Radiculitis	2.22%
Corea	1.82%
Hemiplejia	1.62%
Encefalopatías	1.43%
Polineuritis Toxi-infecciosas.....	1.01%
Síndromes medulares	89%
Otras	5.37%

PSIQUISONRIENDO

Realidades de actualidad, (antes de la huelga de electricidad).

Se encontraron dos distinguidos psiquiatras en la Secretaría de Educación Pública y se entabló el siguiente diálogo:

—¡Hola!... (y mirando de arriba a abajo al que llegaba.)

—¡Qué barriga, estás hidrópico?

—No, puedes tentar, —dijo el ofendido abriendo su saco— y tú que andas haciendo por aquí?

—Vengo a solucionar el conflicto de la Luz!

—¡Claro, con esos ojos, ya puedes darlo por arreglado!

Aclaración: el psiquiatra que dijo arreglar el conflicto tenía los ojos, rojos y lagañosos.

—Va una dama por la calle con un perrito en los brazos. Un hom-

bre otoñal se dirige a ella diciendo:

—¡Señorita, que ganas de ir donde va el perrito!

—Señor, el perrito va a que le corten el rabo, Ud. gusta?

Un fotógrafo negro, llega ansioso al sanatorio buscando a su bebé recién nacido, al verle la tez muy blanca exclama:

—¡Dios mío, demasiada exposición!

En la inauguración de un sanatorio para enfermos mentales, el psiquiatra, guiando a un grupo de visitantes, dice:

—He aquí el departamento de los pacíficos y allí... el de los atlánticos...

CLEMENTE JACQUES Y CIA.,

S. A.

FABRICANTES DE CONSERVAS

DE CALIDAD

Y DE LA SABROSA AVENA "3"

MINUTOS,

**RECOMENDADA
ESPECIALMENTE A LOS
NIÑOS, ENFERMOS Y
ANCIANOS**

F. C. CINTURA, NUM. 1

MEXICO, D. F.

SANATORIO "FLORESTA"

Moneda N° 1

ERIC. 08, Ext. 1-35. — MEX. 08, Ext. 4-36.

T L A L P A N , D . F .

PARA ENFERMOS:

NERVIOSOS,
MENTALES,
ALCOHOLICOS,
TOXICOMANOS.

Médico Director:

DR. ALFONSO MILLÁN

Internado "BINET"

CENTRO DE EDUCACION INFANTIL
TRATAMIENTO ENDOCRINO Y NEUROPSIQUIATRICO

Exclusivo para Niños y Niñas

Calzada Fresnos 388

Villa A. Obregón, D. F.

Diagnósticos Clínicos
Estudios Especiales
Mentales y Pedagógicos

:: :: ::

Todo el personal está especializado.

Director: Dr. FRANCISCO ELIZARRARÁS G.

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 1952.

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.

Pedidos y órdenes de suscripción a la

LIBRERIA UNIVERSITARIA

JUSTO SIERRA NUM. 16

Teléfono 35-70-51

MEXICO, D. F.

PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA

Por ARTHUR P. NOYES

UN LIBRO DE ACTUALIDAD

La versión castellana del libro de Psiquiatría del doctor Noyes viene a llenar una necesidad ampliamente sentida en los círculos médicos interesados por problemas psiquiátricos. Se trata de una obra, de lectura fácil y amena, en la que se resumen todos los conocimientos con los que se cuenta actualmente para reconocer y tratar las alteraciones mentales, mayores y menores.

PARA EL DIAGNOSTICO

Los cuadros clínicos están magistralmente diseñados. Para formular el diagnóstico el doctor Noyes guía al lector a través de todos los pasos que implica el examen del paciente: la historia, las pruebas, cómo reunir e interpretar los datos. Alrededor del cuadro nosológico se agrupan los síntomas que suelen acompañarlo, sin por eso caer nunca en clasificaciones rígidas.

EL TRATAMIENTO

Por lo que respecta a la terapéutica, el doctor Noyes no se limita a indicar o recomendar un tratamiento para cada tipo de alteración, sino que describe *todos los métodos* que en la actualidad están al alcance del médico, ya sean de índole medicamentosa, dietética, ocupacional, fisioterápica o psicológica.

Y LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La exposición de la psiconeurosis es especialmente amplia y completa. El doctor Noyes presenta las teorías psicopatológicas más generalmente aceptadas que nos permiten entender los móviles psicológicos de la conducta; hace especial hincapié en la relación entre las defensas neuróticas y las circunstancias diarias de la vida.

Edición de la Prensa Médica Mexicana

PRECIO \$65.00 M. N.