

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

Propiedad de la  
Academia N. de Medicina  
de México

## SUMARIO:

ALIENISTAS Y NEUROLOGOS CONTEMPORA-  
NEOS. — *Dr. Franz Alexander.—S. R. M.*

CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN LA INVESTI-  
GACION PSICOMATICA. - PSICOGENESIS,  
CONVERSION Y ESPECIALIDAD. — Por el  
*Dr. Franz Alexander.*

DIVORCIO Y MANEJO DE LOS BIENES DE LOS  
ALIENADOS. — Por el *Lic. Gustavo N. Serrano.*

LIBROS Y REVISTAS. — *Dr. R. de la F.*

BIBLIOTECA  
CENTRAL

VOL. XIII.

PUBLICACION BIMESTRAL

NUM. 80

JULIO - AGOSTO 1947.

MEXICO, D. F.

**SULFANA**  
Wander

UNGUENTO

**120**  
PARA MINOFENILSULFANIDA

REG. No. 22129 D. S. P.

**DR. A. WANDER, S. A. BERNA, SUIZA**

REPRESENTANTES:

CIA. PABLO HERZIG, S. A.

HAMBURGO 13

MEXICO, D. F.

# El tratamiento arsenical

de la **SIFILIS ADQUIRIDA**  
de la **HEREDO-SÍFILIS**  
de las **SÍFILIS ANTIGUAS**  
de algunas **DERMATOSIS**,  
debidas o asociadas a la **SIFILIS**

por:

# el **Acétylarsan**

*rigurosamente indoloro  
discreto, facil  
neurotónico y eutrótico*

●  
Compuesto arsenical de eliminación facil  
apropiado a todas las modalidades del tratamiento mixto

Regs. No. 3777 y No. 1323 D. S. P. ~ Prop. No. 6949.

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques **POULENC Frères** et **USINES DU RHONE**

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

BREVILL.

# VITAMINA

<b>B<sub>1</sub></b>	Simple .....	0.02 Gr.
	Fuerte .....	0.05 Gr.
	Extrafuerte .....	0.25 Gr.

"HORMONA"

a precios razonables

•

## Neumopiridina "Hormona"

20 Tabletas de 0.50 Gr. de Sulfopiridina

•

### Laboratorios Hormona, S. A.

Laguna de Mayrán 411

México, D. F.

# **BELLASEDOL** INYECTABLE

Asociación de AMINOXIDO DE ATROPINA y del FENOBARBITAL

Parasimpaticolítico y Sedante

DOS DOSIFICACIONES: 0.001 gr. de Aminóxido  
de Atropina.  
5 y 10 centigramos de  
Fenobarbital.

Este medicamento es de empleo delicado.

Reg. No. 28516 S. S. A. - Prop. No. H-1.

Hecho en México.

## **LABORATORIOS LAUZIER**

Av. Chapultepec No. 276

México, D. F.

# **PASIDOR**

SEDANTE NERVIOSO e HIPNOTICO LIGERO

Salix Alba

Passiflora

Valeriana

Crataegus

DOSIS: Como SEDANTE, 1 cucharadita cafetera 2 a 3  
veces al día.

Como HIPNOTICO, 2 cucharaditas cafeteras  
antes de acostarse, puras o con un poco de agua.

**Este medicamento es de empleo delicado.**

Reg. No. 27231 S. S. A. - Prop. No. H-1

Hecho en México

## **LABORATORIOS LAUZIER**

Av. Chapultepec No. 276

México, D. F.

# BETORMON

VITAMINA B<sub>1</sub> CRISTALIZADA (ANEURINA)  
Y EXTRACTO DE CEREBRO Y MEDULA

HIPAOVITAMINOSIS B<sub>1</sub>, NEURALGIAS  
POLINEURITIS, Etc.

FORMAS DE PREPARACION:

Injectables.

Para uso por vía oral (ampolletas bebibles).  
comprimidos.

FABRICADO EN LOS  
LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES No. 35.

MEXICO, D. F.

Registro No. 22047, D. S. P. Prop. No. 18754, D. S. P.

# HEPATO-VIT

REGISTRO No. 19483, S. S. A.

Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado  
y Vitamina C.

INYECTABLES  
(INDOLORO)

Caja de 5 amp. de 2 c. c.  
Extracto Hepático 2 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

(FUERTE)

Caja de 4 amp. de 5 c. c.  
Extracto Hepático 5 c. c.  
Vitamina C. 2,000 U. I.

DEBILES  
(NIÑOS)

Caja de 10 amp. de 2 c. c.  
Extracto Hepático 2 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

(ADULTOS)

Caja de 10 amp. de 5 c. c.  
Extracto Hepático 5 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES No. 35

MEXICO, D. F.

# ORARGOL

Complejo COLOIDAL de PLATA y ORO

## ANTI-INFECCIOSO GENERAL

ORARGOL INYECTABLE, ampolletas de 5 c.c.

### F O R M U L A :

PLATA COLOIDAL ELECTRICA .....	0.00225	Gr.
ORO COLOIDAL ELECTRICO .....	0.00025	„
Goma arábica purificada .....	0.05	„
Glucosa pura .....	0.2375	„
Agua destilada, c.b.p. ....	5 c. c.	

DOSIS Y MODO DE EMPLEO: Para los ADULTOS, una  
inyección de 5 a 10 c.c. intramuscular o endovenosa  
todos los días o de 2 en 2 días.

Para los NIÑOS, 1 c.c. por año de edad.

Reg. No. 4186 D. S. P.

Prop. 22051

Usese exclusivamente por prescripción y bajo  
la vigilancia médica.

Laboratorios de los PRODUCTOS AMICROS  
64 Blvd. V. Hugo, Clichy, pres París, Francia.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS:

**ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. de R. L.**

Av. Chapultepec, 276

Apartado 399

MEXICO, D. F.

## YODITREN COMPS. ADULTOS

Tubos de 20 comprimidos

### FORMULA:

Succinilsulfatiazol..... 0.40 grs.  
Yodo Cloro Hidroxiquinolina..... 0.10 "  
Excipiente c. b. p..... 0.60 "

INDICACIONES: Enteritis, Colitis agudas o crónicas. Amebicida.

POSOSOGIA: De seis a diez comprimidos al día

Reg. Núm. 27799 D. S. P.

## YODITREN COMPS. INFANTIL

Tubos de 20 comprimidos

### FORMULA:

Succinilsulfatiazol..... 0.20 grs.  
Yodo Cloro Hidroxiquinolina..... 0.05 "  
Excipiente c. b. p..... 0.30 "

INDICACIONES: Gastroenteritis, Colitis mucosanguinolentas. Amebicida.

POSOSOGIA: De tres a diez comprimidos al día, según el peso del niño.

Reg. Núm. 27799 D. S. P.

<p>INDICACIONES: Poderoso amebicida. Valioso auxiliar en colitis agudas y crónicas.</p>	<p><b>YODITREN</b> Ampolleta AMPOLLETAS DE 2 c. c. Caja de 6 amps. FORMULA: Yodo-oxi-quinolin Sulfato de sodio..... 0.06 grs. Agua bicarbonatada estéril c. b. p..... 2 c. c. Reg. No. 26482 S. S. A.</p>	<p>POSOSOGIA: Inyecciones intramusculares o endovenosas. Casos agudos: una ampolleta diaria, de preferencia endovenosa; sin trastornos de ninguna especie. Estados crónicos: una ampolleta cada tercer día.</p>
---	---	---

## NEUROTONINE

Registro No. 15314

### SEDANTE — HIPNOTICO — ANTIESPASMODICO

#### FORMULA:

Sal sódica de ácido dietilbarbiturico..... 3.00  
Extracto de raíz de valeriana fresca..... 97.00

Útilísimo en insomnios, agotamiento nervioso, espasmos estado de ansiedad etc., etc.

#### DOSIS:

SEDANTE: Media cucharadita cafetera por la mañana y una o dos por la noche

HIPNOTICA: Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse

## LABORATORIOS GAVRAS, S. DE R. L.

ANTONIO SOLA No 58

Apdo Postal 8771 - MEXICO, D. F. - Tel Eric 14-26-60



# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

FUNDADORES:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

y

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

---

DIRECTOR

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

SECRETARIOS DE REDACCION:

DR. LUIS G. MURILLO

DR. RAMON DE LA FUENTE

ADMINISTRADOR

LUIS A. HERRERA

---

PUBLICACION BIMESTRAL

VOLUMEN XIII. No. 82 y 83 JULIO y AGOSTO DE 1947 MEXICO, D. F.

Registrada como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos de México, D. F., con fecha 11 de marzo de 1939.

---

SE SOLICITA CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

Los profesionistas que no reciban esta Revista y se interesen por ella, pueden enviar su dirección para que se les remita. A los que cambien su domicilio se les suplica lo comuniquen a nuestras oficinas de Génova número 39, para que no sufran retardo en la entrega de la Revista.

La Redacción no se hace responsable de los conceptos vertidos por los autores. Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores. Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo, dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio de la neuropsiquiatría y ramas afines.

Toda correspondencia será enviada al Director.—

GENOVA No. 39.

MEXICO, D. F.



DR. FRANZ ALEXANDER



BIBLIOTECA  
CENTRAL

## Dr. FRANZ ALEXANDER

Con motivo de la publicación en este número, de un trabajo del Dr. Alexander, Director del Instituto de Psicoanálisis de Chicago, considero oportuno dar a conocer, especialmente a los colegas y público de habla española, los datos biográficos de este distinguido psicoanalista contemporáneo. Hijo de un eminente Profesor de Historia de la Filosofía de la Universidad de Budapest, ciudad ésta donde nació el 22 de enero de 1891, se distinguió por su talento desde muy joven, inclinándose hacia la carrera de Médico, la cual, después de haber terminado el Bachillerato en la capital de Hungría, prosiguió en las Universidades de Budapest, Gottingen y Cambridge, para obtener el título en su propio país el año de 1912. Empezó desde luego a trabajar y los tres primeros años los dedicó a la Patología Experimental al lado del Prof. Franz Tangle, habiendo publicado interesantes estudios sobre metabolismo del cerebro. En 1913 se le designó Agregado del Instituto de Higiene de la Universidad de Budapest con el Prof. Leo Liberman y desde agosto del 14 y durante todo el tiempo que duró la primera Guerra Mundial, prestó sus servicios en los frentes como Médico Militar; en 1918 era Jefe de los laboratorios que en Italia se ocupaban de estudiar y combatir el paludismo, lo cual le permitió escribir su trabajo "Epidemiología del Paludismo".

Terminada la guerra fué llamado por el Profesor Morevcsik para ser su Adjunto en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Budapest y continuar sus interrumpidos estudios sobre fisiología cerebral. En esta Clínica fué donde orientó su vida por el sendero del Psicoanálisis como él mismo nos explica: "Empecé a estar en íntimo contacto con enfermos mentales y mi interés fué cambiando gradualmente al tratar de comprender mejor desde el punto de vista psicológico las aberraciones de la mente. Conocí los trabajos de Sigmundo Freud y pronto llegué al convencimiento de que en el futuro de la Psiquiatría así como también el de la medicina en general, este nuevo punto de vista y nuevo método de acercamiento entre los procesos mentales y biológicos, sería de importancia decisiva. Volví a enfrascarme en el viejo problema que tanto me interesó al comienzo de mi carrera científica, o sea el de la relación entre las actividades mentales propiamente dichas y las funciones cerebrales, y estaba seguro que el eslabón siguiente para resolverlos sería sólo desde el lado psicológico y que el Psicoanálisis sería la ciencia que alcanzara los próximos eslabones. Estas reflexiones que me parecieron claras, me hicieron entregarme completamente al estudio del Psicoanálisis".



En 1919 fué a Berlín, donde acababa de abrirse el Instituto de Psicoanálisis por el Dr. Max Eitington quien permaneció como Director hasta hace pocos años. Allí Alexander trabajó y fué sometido a un análisis didáctico por el Dr. Sachs para así dedicarse a trabajar en la Clínica, empleando todo su tiempo en el estudio del Psicoanálisis, ya que consideraba que dentro de la Psiquiatría pura no tenía mucho más que aprender, pero cada día se impresionaba más por la riqueza y profundidad de los nuevos senderos que lo llevaban a la mejor comprensión de los procesos mentales. Hasta 1920 estuvo trabajando con enfermos pues en esta fecha se le nombró Residente del Instituto Psicoanalítico, por lo cual empezó a dedicarse casi exclusivamente a la investigación terapéutica y a la enseñanza.

Un año más tarde, en 1921, obtuvo el premio creado por el Profesor Freud para el mejor trabajo de investigación sobre Psicoanálisis, ya que el suyo titulado "Complejo de Castración y Carácter", fué el triunfador.

En 1924 se le designó Conferencista del Instituto y durante el tiempo que ocupó tal puesto dió dieciseis cursos para médicos y estudiantes de Medicina, parte de los cuales se publicaron en su libro "Psicoanálisis Total de la Personalidad".

A partir de 1925 manifestó especial interés en aplicar el Psicoanálisis en la Criminología, pues consideraba que de este modo se tendría mejor comprensión y diagnóstico de las personalidades criminales. Con tal motivo se asoció en sus estudios al Abogado Staub, también muy enterado de la doctrina psicoanalista y juntos publicaron importante obra de Criminología, además de que organizaron en el mismo año el Seminario Criminológico para Jueces, Abogados y Magistrados.

En el Instituto, fungió como Perito en Criminología y los Tribunales con frecuencia empleaban sus servicios. Sus estudios lo llevaron a los aspectos sociológicos del Psicoanálisis, en los que aún continúa trabajando sin apartarse del empleo médico de éste, como parte de su programa científico.

En 1930 fué invitado por la Universidad de Chicago para que con el cargo de Profesor Visitante diera cursos de Psicoanálisis por un año. Estos cursos fueron impartidos en la Escuela de Medicina, en el Departamento de Ciencias Sociales, en la Escuela de Leyes y en el Departamento del Servicio Social de dicha Universidad y en 1931 fué solicitado por la "Fundación Judge Baker" de Boston, para elaborar un proyecto de investigación acerca de Psicología Criminal en colaboración con el Dr. William Healy, el cual dió como consecuencia la publicación de la interesantísima obra "Senderos del Crimen".

En 1932 fué invitado para ocupar la Dirección del Instituto de Psicoanálisis de Chicago y en 1938 para ser Profesor Agregado de Psiquiatría de la Universidad de Illinois. Más tarde, en 1944, se le confirió el cargo de Profesor de Clínica de Psiquiatría de la misma Universidad.

En los últimos 10 años, ha empleado parte de su tiempo, para hacer investigaciones en ese campo de la medicina todavía en formación, que se llama Medicina Psicosomática y ha tenido particular interés en el estudio acerca de la influencia que ejercen los factores emocionales sobre diversos trastornos del organismo. Las investigaciones más importantes, que ha realizado, en compañía de sus colaboradores, han sido sobre la psicogénesis de la úlcera gástrica y de otras dolencias del aparato digestivo, de los síntomas del asma y de diversos trastornos endocrinológicos y cardiovasculares.

En los últimos tiempos, también se ha ocupado de cuestiones relacionadas con la psicología social, como lo demuestra su libro "Nuestra Edad de la Sinrazón", obra que estudia la historia del pensamiento político y la estructura emocional de los diferentes tipos de cultura, tales como el sistema totalitario, el democrático y particularmente el análisis psicológico del escenario americano. Es un bien logrado intento de aplicar los principios de la psicología dinámica contemporánea, a los fenómenos que se presentan en los grupos sociales. Pero su esfuerzo ha sido sobre todo encaminado a incrementar y difundir la eficacia de la terapéutica psicoanalítica, para lo cual ha contado con la colaboración de los médicos del Instituto. Alexander ha señalado con la mayor claridad los principios y normas del Psicoanálisis, los cuales aplica de acuerdo con un plan de tratamiento adaptado a las particularidades de cada caso, rompiendo de este modo las normas rígidas de la técnica ortodoxa. Además, con sus colaboradores ha conseguido curaciones en más corto tiempo, en ocasiones tratando a los enfermos a intervalos más largos y con mayor economía de tiempo para el alienista y de dinero para los enfermos, lo que le permite estudiar también mayor número de casos. Así es como esta terapéutica, ya de suyo costosa, está al alcance de más numerosos pacientes.

El empleo flexible de la terapéutica psicoanalítica, como Alexander denomina a su propia técnica, se encuentra admirablemente expuesta en la obra que escribió con French y los médicos del Instituto, que lleva precisamente por título "Terapéutica Psicoanalítica".

El psicoanálisis en su aspecto de tratamiento ha sido muy discutido y atacado, pero es innegable que el Principio de la Flexibilidad de Alexander, lo hace más humano y más médico.

# Conceptos Fundamentales en la Investigación Psicósomática. Psicogénesis, Conversión y Especificidad.

Por el Dr. FRANZ ALEXANDER, (\*)

Aunque la investigación psicósomática es de reciente origen, su tema es uno de los problemas más antiguos, si no el más antiguo, que se ha ofrecido a la especulación científica: el problema de la relación cuerpo-espíritu. Esto puede explicar el gran acúmulo de conceptos y suposiciones tradicionales que han restringido su desenvolvimiento. En primer término tomaré el concepto general de **psicogénesis**, a continuación, el de la **conversión histérica** en particular, y finalmente la cuestión de la especificidad de los factores emocionales relacionados a las disfunciones somáticas.

I.—Psicogénesis.—La psicogénesis está ligada a la dicotomización que los antiguos hacían de la mente opuesta al soma. Cuando la revista *Journal of Psychosomatic Medicine* fué iniciada, el cuerpo editorial creyó necesario que en el primer número se habría de hacer un comentario en relación con este confuso punto de vista filosófico para evitar que los autores se enfrascaran en interminables controversias en ese particular. Hago aquí referencia de este artículo introductorio de los editores:

"Se hace hincapié en la tesis de que no hay distinción lógica entre la 'mente y el cuerpo', entre lo mental y lo físico. Asumimos que la compleja neurofisiología del humor, el instinto y los procesos intelectuales difiere de otros procesos fisiológicos en cuanto a grado de complejidad, pero no en cualidad. También asumimos que la división de las disciplinas médicas en Fisiología, Neurología, Medicina Interna, Psiquiatría y Psicología tenga un objeto para su administración académica, pero que biológicamente y filosóficamente tal división carece de validez. Se acepta que los fenómenos psíquicos y somáticos se efectúan en un mismo sistema biológico y que probablemente son dos aspectos del mismo proceso, que los fenómenos psicológicos deben estudiarse en su causalidad psicológica por métodos intrínsecamente psicológicos y que los fenómenos fisiológicos, en su causalidad fisiológica por procedimientos físicos y químicos".

A pesar de esta aclaración, aún recibimos artículos en los que los autores se enredan desesperadamente en las mallas de este problema caduco. Por ejemplo, se hace una descripción excelente del efecto de factores psicológicos sobre un cuadro clínico, después se muestra apologetico y trata de esquivar por completo el asunto de psicogénesis manifestando que no se debe hablar de ella, sino de la coexistencia de algunos fenómenos psicológicos y de ciertas manifestaciones somáticas.

Es pues interesante que el concepto de psicogénesis sea aclarado, diciendo explícitamente cuál es su significado. Veamos un ejemplo: al hablar de hipertensión sanguínea de origen emotivo, la psicogénesis no significa que la contracción vascular se deba a algún mecanismo no somático. La ira se constituye de fenómenos fisiológicos que tienen su centro en algún sitio del sistema nervioso central; los efectos fisiológicos de la ira consisten en un encadenamiento de fenómenos, —uno de ellos la elevación de la presión sanguínea—, cuyos eslabones pueden describirse, al menos teóricamente, en términos fisiológicos. El carácter distintivo de los factores psicogénicos tales como las emociones, las ideas o las fantasías es que también pueden ser estudiados psicológicamente por un examen introspectivo o mediante la comunicación verbal hecha por quienes experimentan estos procedimientos. Un automóvil, al subir una pendiente, no experimenta la sensación de esfuerzo, de cansancio, ni tiene una meta que alcanzar; en contraste, el organismo humano, al subir una montaña, se percata de algunos fenómenos fisiológicos internos que se expresan en la forma de un esfuerzo, de cansancio, de desánimo, del esfuerzo renovado, etc. Más aún, el ser humano a diferencia de otros organismos inferiores está capacitado para comunicar estas sensaciones internas a otros por medio de la conversación. La comunicación verbal, es por esto uno de los más valiosos instrumentos psicológicos y, consecuentemente, de la investigación psicosomática.

Cuando hablamos de psicogénesis, nos referimos a procesos fisiológicos consistentes de estimulaciones centrales en el sistema nervioso que pueden ser estudiados conforme a métodos psicológicos, porque son percibidas subjetivamente en forma de emociones, de ideas o de deseos. La investigación psicosomática trata de aquellos procesos en los cuales ciertas etapas de la sucesión de fenómenos causales se prestan, de acuerdo con nuestros conocimientos actuales, mejor a un estudio por medio del método psicológico que por el método fisiológico, puesto que el estudio detallado de las emociones como un proceso fisiológico cerebral no está muy adelantado. Y espero que aún cuando la base fisiológica de los fenómenos actualmente considerados como psicológicos sea mejor conocida, no podremos abandonar su estudio desde el aspecto psicológico. Es muy difícil concebir que las jugadas de dos ajedrecistas puedan ser más fácilmente entendidas en un estudio bio-químico o

neurofisiológico que en un estudio psicológico o en términos de lógica

II.—Conversión.—El concepto de conversión histérica también se encuentra ligado con la cuestión filosófica del soma y la mente. El término en si lleva la connotación de que un proceso psicológico se transmuta en un síntoma orgánico. Freud formuló el concepto de conversión en la siguiente manera: "En la histeria, la idea nociva se hace inocua transmutando a una forma de expresión orgánica la carga excitante que la acompaña, un fenómeno para el cual propongo el nombre de conversión".

Esencialmente un síntoma histérico de conversión no es otra cosa que una enervación inusada; no difiere en principio de cualquier otra enervación voluntaria ni de acciones tan expresivas como el lenguaje, la risa o el llanto. Cuando queremos golpear a alguien nuestros brazos se ponen en movimiento; cuando hablamos, nuestras ideas se convierten en movimientos de los músculos laringeos, de los labios y de la lengua; en la risa y el llanto, nuestras emociones encuentran también un modo de expresión orgánica. Es una lástima que Freud dijera, hablando de la conversión histérica, que se trataba de una "transformación misteriosa" de lo psíquico a lo orgánico. En un síntoma conversivo como la contractura histérica, tal "transformación misteriosa de lo psíquico a lo somático" no tiene de misterioso sino lo mismo que existe en las acciones voluntarias o en los mecanismos expresivos del llanto o de la risa. El significado de síntoma conversivo era originalmente muy bien definido; un síntoma conversivo era una substitución simbólica de una emoción molesta. Se asumía que tal síntoma aliviaba hasta cierto grado la tensión afectiva producida por la represión de una emoción nociva, se le consideraba una especie de aberración física o el equivalente de una tensión emocional inconsciente. Desde un principio, Freud insistió que la emoción reprimida puede siempre seguirse hasta encontrar en última instancia que se trata de una tensión de origen psico-sexual. Ferenczi hace aun más explícito este concepto diciendo que un síntoma conversivo corresponde a una genitalización de una parte del cuerpo, donde está asentado el síntoma. No quiero entrar en la discusión de la validez del origen exclusivamente psico-sexual de los síntomas conversivos en este momento.

Intentos repetidos se han hecho con el propósito de extender el concepto original de la conversión histérica a todas las formas de perturbación de origen psicógeno en el organismo, incluyendo aún las de los órganos viscerales vegetativos. Se aduce que la esencia de los trastornos psicógenos es siempre el mismo: una emoción reprimida encuentra expresión mediante manifestaciones somáticas. Si su asiento se encuentra en órganos controlados por el sistema nervioso vegetativo o en los órganos dependientes de los sistemas neuromuscular o senso-pecreptorio, es cosa de importancia secundaria.



De acuerdo con esto, la hipertensión emotiva es un síntoma conversivo de ira o alguna otra emoción reprimida que se expresa en un síntoma físico —la elevación de la tensión arterial. Los partidarios de esta teoría fueron tan adelante que llegaron a presumir que la úlcera péptica debía considerarse como un síntoma conversivo: alguna emoción reprimida, digamos una fantasía con deseos de morder, encuentra expresión en la mucosa del estómago. En trabajos anteriores he tratado de demostrar el grave error inherente a tales generalizaciones poco profundas del concepto. Indiqué que el concepto original de conversión histérica es aún excelente y de validez si se restringe su uso para aquellos fenómenos en los cuales los basó Freud originalmente. Al mismo tiempo presenté el concepto de otro orden de procesos psicógenos que había encontrado en trastornos del sistema autónomo vegetativo tales como la hipertensión emotiva o en estados orgánicos psicógenos como la úlcera péptica. Desde que hice esas publicaciones he llegado a fórmulas aún más precisas que quisiera presentar en esta ocasión.

Aún sostengo mi sugestión para que restrinjamos el término de conversión histérica a los síntomas expresados en el sistema neuromuscular voluntario y en el sistema senso-perceptivo, diferenciándolos de los síntomas de origen psicógeno que ocurren en los órganos dependientes del sistema autónomo vegetativo. La lógica de esta distinción reside en lo siguiente: los síntomas conversivos son substitutos de expresión —ab-reacción— o tensiones afectivas que no pueden mostrarse en reacciones adecuadas, a través de mecanismos voluntarios. Por ejemplo, la excitación sexual, que normalmente se satisface por la cohabitación, si se reprime puede encontrar forma de expresión en otro tipo de enervación motora, tales como convulsiones que imiten los movimientos del orgasmo, o la cólera que no puede desahogarse gritando, acusando, golpeando, puede ocasionar síntomas conversivos en órganos que son utilizados en la expresión colérica legítimamente — la laringe o las extremidades en los casos de afasia o parálisis histérica. Como Freud repetía originalmente, estas enervaciones substitutivas nunca traen un alivio completo, son tan sólo intentos para mejorar; el síntoma expresa al mismo tiempo la emoción reprimida y su reyección (rechazamiento). Es precisamente porque no procuran alivio completo que constituyen una entidad patológica. Lo importante, sin embargo, es que la tensión emotiva se alivia al menos parcialmente con el síntoma en sí. Ahora, estamos en contacto con una situación psicodinámica y fisiológica diferente en el campo de las neurosis vegetativas, aun cuando existen algunas semejanzas con los síntomas conversivos. Aquí, los síntomas somáticos no son un substituto de expresión de las emociones reprimidas, sino que constituyen sus efectos fisiológicos concomitantes. Por ejemplo, los estados emocionales de cólera y de miedo se hallan conectados con un síndrome que consta de diversas manifestaciones vegetativas como la estimulación de las supra-renales, movilización del azúcar, elevación de la presión san-

guinea, cambios en la distribución del volumen sanguíneo en los capilares la sangre se aleja del área esplácnica y va a los músculos, los pulmones y el cerebro. Estos fenómenos fisiológicos son corolarios normales de los estados de cólera y de miedo, no sirven para aliviarlos sino que los acompañan. Son los mecanismos de equilibración que el organismo posee para hacer frente a una situación peligrosa, para huir o para pelear. Son fenómenos útiles a la preparación y adaptación del sistema autónomo vegetativo para efectuar una conducta que es requerida del organismo. La tensión sanguínea elevada o la movilización de azúcar no quitan al mínimo la cólera, estos síntomas no aparecen en lugar de emociones reprimidas, sino que acompañan al estado emocional cólera y son parte integrante del fenómeno que llamamos cólera. Son los cambios físicos que acompañan al estado de cólera; la cronicidad de un estado de tensión emocional es lo que hace a estos fenómenos mórbidos. El individuo no neurótico puede desahogar su cólera en alguna de las formas apropiadas, algunos psiconeuróticos pueden canalizar los sentimientos hostiles suprimidos en síntomas compulsivos. La patología del enfermo hipertenso consiste en el hecho de que se encuentra en constante, o al menos frecuente, pero no reprimida sino no expresada tensión emotiva la cual no deja canalizar por síntomas compulsivos o en una forma natural tales como el combate físico o verbal; no tiene el descenso que el hombre encolerizado experimenta al golpear a su adversario o al menos al decirle lo que de él piensa. Así es pues, es fácil ver cuál es la diferencia entre un síntoma conversivo histérico y un síntoma neurótico vegetativo: el síntoma conversivo es una expresión simbólica de un contenido emocional bien definido. Una neurosis vegetativa como la hipertensión emotiva no es un mecanismo para expresar una emoción sino el acompañante fisiológico de un constante o periódicamente recurrente estado emotivo.

Las mismas condiciones descritas en la hipertensión emotiva pueden ser aplicadas a todos los otros sistemas vegetativos. Similarmente, una neurosis gástrica consistente en un trastorno crónico de las funciones secretorias y motoras del estómago no expresan la canalización de una tensión emocional sino que son los acompañantes fisiológicas de la misma. Estos enfermos quieren ser amados, quieren que se les atienda con cariño, deseo al cual no pueden dar una expresión legítima a causa de un exagerado sentimiento de vergüenza o de culpabilidad, de aquí que se encuentren constantemente bajo la acción de estas tensiones emotivas. El deseo de ser amado está ligado con el deseo de ser alimentado, ya que la etapa del lactante es la primera en que el niño goza del cariño y cuidado de los padres. Debido a estas asociaciones con etapas tan tempranas, el deseo persistente de ser cuidado y amado puede ser un factor estimulante de las funciones estomacales. Los síntomas gástricos son

el corolario fisiológico de un estado pasivo y previo a la alimentación. Tales funciones, motoras y secretorias, no son el sustituto de un estado emotivo, sino los concomitantes fisiológicos de un estado emotivo, que es el deseo de ser amado; este deseo puede permanecer reprimido y ser transformado en el deseo de ser alimentado, no se trata de una conversión sino de la substitución de un deseo por otro. Corresponden a este deseo de ser alimentado algunas manifestaciones fisiológicas de tipo vegetativo que no son un sustituto del estado emotivo sino sus acompañantes fisiológicos. Ahora, si el deseo de ser atendido cariñosamente queda satisfecho mediante la atención sanatorial, la tensión ocasionada por este deseo puede suprimirse y con ello los síntomas gástricos desaparecen. Los síntomas neuróticos del estómago, sin embargo, no constituyen un síntoma conversivo de un deseo reprimido de ser atendido cariñosamente, no aparecen en lugar del estado emocional sino que lo acompañan, cuan larga haya sido la existencia de esta tensión emotiva.

En cambio, la bulimia, en contraposición con los síntomas neuróticos gástricos, puede ser considerado un síntoma conversivo. Aquí, el deseo de ser amado, de ser obsequiado o de tomar cosas se canaliza, es decir se satisface, al menos en parte, tomando alimento. Comer en exceso es entonces una satisfacción o un sustituto simbólico del deseo de ser amado, del deseo de ser fecundada o de un deseo de agredir a mordidas. La manifestación cumple todos los requisitos de un síntoma conversivo.

Los accesos asmáticos tienen también caracteres de un síntoma histérico de conversión ya que puede ser la expresión natural y un sustituto parcial de una emoción reprimida, tal como el deseo de llorar (o gritar). La respiración, aún cuando es una función automática, queda bajo el control también de un proceso de enervación voluntaria; la secreción de ácido gástrico no está supeditada a control voluntario. La respiración es utilizada en mecanismos de expresión como el lenguaje y el llanto; la secreción gástrica bien puede ser un concomitante de un estado emotivo pero no puede ser utilizada como una expresión substitutiva, tal como el lenguaje o el llanto.

Posiblemente hay estados mixtos en que ambos mecanismos coexisten. Los mecanismos psicodinámicos de fondo en la mayoría de las perturbaciones psicogénicas de la piel es aún muy obscuro, pero tal parece que pueden existir mecanismos de conversión y síntomas neuróticos vegetativos. La piel es en parte un órgano sensorio-perceptivo y a la vez un órgano vegetativo. La ruboración es sin duda un síntoma conversivo. Y es probable que el funcionalismo vegetativo de la urticaria de origen psicógeno siga el mecanismo de una neurosis vegetativa. Las perturbaciones psicósomáticas del funcionalismo esfinteriano, supeditado al control voluntario y a la vez de funcionalismo autonómico, tales como la constipación, la diarrea, la poliacquiuria, la retención urinaria, etc., representan una combinación de síntomas conversivos histéricos y de neurosis vegetativa.

Finalmente, la ulceración péptica no es ni una neurosis vegetativa ni un síntoma conversivo. En algunos casos es el resultado final de una disfunción neurótica gástrica, pero en sí no tiene ninguna relación con un estado emocional. No es la expresión simbólica de un deseo o de una reacción auto-punitiva. Es un resultado fisiológico secundario a una disfunción vegetativa prolongada, es una perturbación orgánica que en muchos casos es el resultado terminal de una neurosis vegetativa del estómago.

Para resumir: es aconsejable diferenciar entre una conversión histérica y una neurosis vegetativa. Sus semejanzas son superficiales: Ambas son manifestaciones de origen psicogénico, es decir, son causadas ya por un mecanismo regresivo crónico o por un estado de tensión emocional no remediado. Los mecanismos de producción son, sin embargo, fundamentalmente diferentes tanto psicodinámica como fisiológicamente; el síntoma conversivo es el resultado de remediar un estado emotivo mediante una simbolización; es una expresión simbólica de un contenido emocional definido. Su aparición está restringida a los órganos del sistema neuro-muscular o del sistema senso-perceptivo cuya función es voluntaria y que expresa o permite el desahogo de los estados emocionales. Una sintomatología vegetativa no es un mecanismo sustituto de una emoción sino su concomitante fisiológico. Creemos que corresponde a todo estado emocional cierto número de enervaciones autovegetativas. Cuando hemos de pelear o de someternos a un ejercicio físico los órganos digestivos se encuentran en reposo en tanto que el sistema muscular y el aparato pulmonar se encuentran en actividad. La actitud afectiva precediendo y acompañando a la toma de alimentos y a la digestión se acompaña de una distribución diferente del tono vegetativo: aquí, los órganos viscerales se congestionan en tanto que los músculos esqueléticos disminuyen de tono y la sensación de somnolencia concomitante indica una disminución de aflujo sanguíneo a los centros cerebrales.

Si estos estados emotivos se mantienen crónicamente, la fenomenología vegetativa correspondiente también persiste, el sistema circulatorio en el hipertenso se comporta como si este individuo estuviera preparado para pelear en todo momento. En tanto, cuando el neurótico con manifestaciones gástricas se siente anonadado por el acumulo de responsabilidad, se exime de su habitual sobreactividad y asume el estado de quien se encuentra digiriendo sus alimentos con la fenomenología vegetativa que acompaña a la digestión, y su aparato digestivo se encuentra continuamente en hiperactividad. Este fenómeno de eximirse de una exagerada actividad y esfuerzo externos bien puede llamarse "retirada vegetativa". Es un fenómeno de reciprocidad psicológica, algo como un período de agotamiento consecutivo a un esfuerzo prolongado.

De acuerdo con lo indicado un estado de agresividad activa está en conexión con una hipertonia sostenida del sistema simpático-

adrenal, del cual, cuando el enfermo se agota, puede retirarse figurativamente a la condición opuesta en la cual el tono vago-pancreático aumenta. Este aumento del tono del parasimpático relacionado a una disminución del tono simpático-suprarrenal es a lo que hago referencia en lo que llamo "retirada vegetativa", la cual puede afectar diversas formas consistentes en la hiperactividad de los órganos cuando existe una excitación parasimpática: hipersecreción e hipermotilidad gástrica, diarrea, hiperinsulinismo psicogénico (hipoglicemia psicogénica), posiblemente el cuadro descrito por Gowers como crisis vagas que él considera en relación con un ataque epiléptico sea el ejemplo de retirada vegetativa que llega a mayores extremos.

III.—Especificidad.—Esto nos trae al último de los problemas principales en la investigación psicosomática, aquel referente a la especificidad, el cual sólo expondré en forma breve. De acuerdo con una corriente de pensamiento no existe una correlación específica; cual sea el tipo de tensión emocional puede afectar cualquiera de los funcionalismos vegetativos. La 'elección' de síntomas depende de la historia y de la constitución del paciente: si tiene un estómago susceptible, tendrá dificultad en el estómago cuando se encoleriza, si su sistema vaso-motor es labil puede llegar a ser un hipertenso debido a las repetidas agresiones en su esfera psíquica. Tal vez un padecimiento respiratorio anterior haya sensibilizado su aparato pulmonar, entonces reaccionará con un acceso asmático a todo desequilibrio emocional. La otra concepción heurística, que ha guiado nuestras investigaciones en el Instituto Psicoanalítico de Chicago, es que las constelaciones fisiológicas de las diferentes tensiones emotivas son diferentes, es decir, que las disfunciones vegetativas resultan de cuadros emocionales específicos. Como ya he enfatizado, sabemos de nuestros experimentos en material animal y humano que estados emotivos diferentes tienen su respuesta vegetativa específica. El síndrome vegetativo que corresponde a la cólera o al miedo es diferente de la relajación que acompaña a la digestión, un estado de impaciencia o de intensa concentración tiene concomitantes orgánicos en la esfera vegetativa y en la del sistema nervioso central que difieren de un estado paralítico debido a pánico. Los concomitantes vegetativos a variados estados de emoción son tan diferentes unos de otros como lo son la risa y el llanto, expresiones de la alegría y del pesar. Es por lo tanto de esperarse que así como la naturaleza de un estado de emoción crónica no aliviada puede ser variada, también los trastornos vegetativos acompañantes son varios. El resultado de todas las investigaciones actuales se muestran favorables a la teoría de la especificidad. Los síntomas neuróticos gástricos tienen una psicología diferente de las de constipación o diarrea psicógenas, las disfunciones cardíacas, tienen como fondo emocional algo distinto de lo que corresponde a las crisis asmáticas. El componente emotivo en la glicosuria funcional tiene sus propias peculiaridades y hay evidencia de que el factor emotivo en el glau-

coma tiene también sus rasgos particulares. Esta especificidad emotiva puede tan sólo ser acertada por una cuidadosa y detallada observación para lo cual la mejor técnica aprovechable es el método psicoanalítico de duración prolongada. Sin embargo, una anamnesis psiquiátrica breve y cuidadosa hecha por un observador bien apto frecuentemente revelan los factores específicos personalísticos en los diferentes tipos de casos. Hasta qué punto los factores constitucionales intervienen en el cuadro y hasta qué grado los fenómenos patológicos o sensibilizantes previos pueden ser condicionantes del tipo de sintomatología son asunto que podrán ser descifrados por estudios clínicos cuidadosos más adelante.

## RESUMEN

1.—Se hace un intento para esclarecer el concepto PSICOGENESIS.

2.—Las diferencias psicológicas y fisiológicas entre CONVERSION HISTERICA y NEUROSIS VEGETATIVA, y las PERTURBACIONES ORGANICAS PSICOGENICAS se desarrollan.

3.—Se discute el problema de la especificidad del factor emocional en las diferentes neurosis vegetativas. Se ofrece una evidencia de la especificidad de los factores emotivos.



# "Divorcio y Manejo de Bienes de Alienados"

Por el **Lic. Gustavo N. Serrano** (1)

No sería posible tratar un tema de extensión tan amplia en unos cuantos renglones, sin precisar someramente y bosquejar primero, un método sintético para su desarrollo, y por eso creo de imperiosa necesidad, clasificar nuestro problema en dos diferentes esferas; siendo la primera de ellas puramente legista, atendiendo a las disposiciones relativas de mayor importancia del Código Civil Vigente, para enseguida formular el correspondiente estudio crítico; y, por eso, tomamos como punto de partida, sino la definición, cuando menos el concepto que da el Código Civil sobre "Las incapacidades" entre las cuales, se encuentra comprendida la situación en general del enajenado; y, encontramos el artículo 23 del mismo ordenamiento que al efecto dice:

ART. 23.—La menor edad, el estado de interdicción y las demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la personalidad jurídica; pero los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

(Cód. Civ. de 84, Arts. 247 y 240 refs.)

y su efecto inmediato, como es atento el sistema de nuestro código, para probar y determinar el estado civil de las personas es hacer la correspondiente inscripción en los Libros del Registro Civil según determina el artículo 131 que dice:

ART. 131.—Las autoridades judiciales que declaren perdida la capacidad legal de alguna persona para administrar bienes, la ausencia o la presunción de su muerte, dentro del término de ocho días, remitirán al Oficial del Registro Civil que corresponda, copia certificada de la ejecutoria respectiva

Este artículo es nuevo.

A continuación y una vez que la Ley ha dado jurídicamente los términos de la incapacidad del enajenado, debemos agrupar nues-

---

(1) Miembro Fundador del Seminario de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal.

tro tema en dos capítulos diversos como son "EL DIVORCIO Y EL MANEJO DE BIENES" y haciendo una pequeña salvedad en el orden de su enunciado, vamos a tratar primero el problema del manejo de bienes para referirnos después al "Divorcio" como caso especial, pues en el primer capítulo o sea en el manejo de bienes, entran también los problemas relativos al patrimonio del cónyuge, cuyo divorcio ha sido solicitado, por causa de enajenación mental, para después tratar en concreto, el problema mismo de la disolución del vínculo matrimonial, con apoyo en esa misma causa.

Por lo que se refiere al manejo de bienes de los alienados, tenemos que nuestro Código plantea para el enajenado la INSTITUCION LEGAL DE LA TUTELA SEGUN ESTABLECE AL EFECTO EL ARTICULO 449 que a la letra expresa:

ART. 449.—El objeto de la tutela es la guarda de la persona y bienes de los que no estando sujetos a patria potestad tienen incapacidad natural y legal, o solamente la segunda, para gobernarse por sí mismos. La tutela puede también tener por objeto la representación interina del incapaz en los casos especiales que señale la ley.

Ley Rel. Fam. Art. 289 ref.; el párrafo 2o. es nuevo.

Pero el problema según veremos a continuación se plantea para nuestra legislación precisamente en el artículo siguiente, pues una vez que la ley establece, para los incapacitados, la tutela como institución legal, para el manejo de sus bienes, se enfrenta de lleno con el serio problema de precisar quienes tienen incapacidad por enajenación mental y al efecto dice:

ART. 450.—Tienen incapacidad natural y legal:

- I.—Los menores de edad;
- II.—Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad, aún cuando tengan intervalos lúcidos;
- III.—Los sordo-mudos que no saben leer ni escribir;
- IV.—Los ebrios consuetudinarios y los que habitualmente hacen uso inmoderado de drogas enervantes.

Ley Rel. Fam. Art. 299.

Una vez que la Ley ha pretendido establecer y precisar este tipo de incapacidades, establece en el capítulo de la tutela legítima, de los dementes, idiotas, sordo-mudos, y de los que habitualmente abusan de las drogas enervantes, un SISTEMA LEGALISTA para el nombramiento de tutores diciendo en sus artículos siguientes:

ART. 486.—El marido es tutor legítimo y forzoso de su mujer y ésta lo es de su marido.

Ley Rel. Fam., Art 337.



ART. 487.—Los hijos mayores de edad son tutores de su padre o madre viudos.

Ley Rel. Fam., Art. 338 ref.

ART. 488.—Cuando haya dos o más hijos, será preferido el que viva en compañía del padre o de la madre y siendo varios los que estén en el mismo caso, el juez eligirá al que le parezca más apto.

Ley Rel. Fam., Art. 339.

ART. 489.—El padre, y por muerte o incapacidad de éste, la madre, son de derecho tutores de sus hijos, solteros o viudos.

Ley Rel. Fam. Art. 340 Ref.

ART. 490.—A falta de tutor testamentario y de persona que con arreglo a los artículos anteriores deba desempeñar la tutela, serán llamados a ella sucesivamente: el abuelo paterno, el materno, los hermanos del incapacitado y los demás colaterales a su caso, lo que dispone el artículo 484.

Ley Rel. Fam., Art. 341 Ref.

ART. 491.—El tutor del incapacitado que tenga hijos menores bajo su patria potestad, será también tutor de ellos, si no hay otro ascendiente a quien la ley llame al ejercicio de aquel derecho.

Ley Rel. Fam., Art. 342.

En esta forma, la ley quiere dejar resuelto el problema de la tutela legítima, para los enajenados, y a reserva de hacer una crítica general sobre el sistema, formulamos por lo pronto la objeción de que la ley no plantea ni previene los casos de excepción, en los cuales, los bienes del enajenado estarían mejor custodiados por un tutor nombrado por el consejo de tutelas, con mejor solvencia económica y moral que las que pudiera tener un familiar muchas veces incapacitado para el manejo de bienes ajenos.

Anotado el principio general que la ley pone a los enajenados bajo la institución de la tutela, debemos mencionar la forma o procedimiento para obtener una declaración expresa sobre enajenación, así vemos:

ART. 904.—La declaración de incapacidad por causa de demencia, que no resulte declarada en sentencia firme, se acreditará en juicio sumario que se seguirá entre el peticionario y un tutor interino que para tal objeto designe el Juez, reservando a las partes el derecho que puede asistirles en el juicio correspondiente.

El nombramiento de tutor interino deberá recaer por su orden en las personas siguientes si tuvieran la aptitud necesaria para des-

empeñarlo: padre, mujer, hijos, madre, abuelos, y hermanos del incapacitado. Si hubiere varios hijos o hermanos serán preferidos los mayores de edad. Si hubiere abuelos maternos y paternos se preferirá a los varones, y en caso de ser del mismo sexo, los que lo sean por parte del padre a los que lo fueren por parte de la madre.

En caso de no haber ninguna de las personas indicadas o no siendo aptas para la tutela, el juez con todo escrúpulo debe nombrar como tutor interino a persona de reconocida honorabilidad, prefiriendo a la que sea pariente o amiga del incapacitado o de sus padres y que no tenga ninguna relación de amistad o comunidad de intereses o dependencia con el solicitante de la declaración.

ART. 905.—En el juicio a que se refiere el artículo anterior se observarán las siguientes reglas:

I.—Mientras no se pronuncie la sentencia irrevocable, la tutela interina debe limitarse a los actos de mera protección a la persona y conservación de los bienes del incapacitado. Si ocurriere urgente necesidad de otros actos, el tutor interino podrá obrar prudentemente, previa autorización judicial.

II.—El estado de demencia puede probarse por testigos o documentos, pero en todo caso se requiere la certificación de tres médicos por lo menos, preferentemente alienistas, que en la ciudad de México serán del servicio médico legal y en el resto del Distrito Federal y el Territorio los que atienden manicomios oficiales.

El tutor puede nombrar un médico para que tome parte en la audiencia y se oiga su dictamen;

III.—Si la sentencia de primera instancia fuere declaratoria de estado, proveerá el juez, aunque fuere apelada o antes si hubiere necesidad urgente, a la patria potestad o tutela de las personas que estuvieren bajo la guarda del presunto incapacitado y a nombrar curador que vigile los actos del tutor interino en la administración de los bienes y cuidado de la persona;

IV.—El que promueva dolosamente el juicio de interdicción incurrirá en las penas que la ley impone por falsedad y calumnia y, sin perjuicio de la responsabilidad civil en que incurra, deberá pagar una multa de cincuenta a mil pesos, que se distribuirá por mitad entre el supuesto incapacitado y el tutor interino;

V.—Luego que cause ejecutoria la sentencia de interdicción se proveerá a discernir el cargo al tutor propietario en los términos de ley.

Los preceptos citados ponen en manos de un tutor, el manejo de bienes durante la vida del enajenado y ahora debe estudiarse el problema sobre la disposición testamentaria de los mismos bienes; aún cuando la lógica indica que un incapaz está privado de la fa-

cultad testamentaria y como el hacer testamento es un hecho de carácter personal, la voluntad del tutor no puede ser suficiente para determinar y suplir los deseos del enajenado para la disposición de los bienes en esta forma testamentaria, entonces cabe admitir que todos los enajenados dejan una sucesión intestada; pero la ley ha querido suplir o mejor dicho prevenir hechos excepcionales, o sea, el caso en que el enfermo mental pretenda hacer testamento en un momento de lucidez y en ese caso, le otorga esa facultad a efecto de que pueda libremente manifestar sus disposiciones testamentarias, sobre ese particular, encontramos las reglas en los artículos siguientes:

ART. 1305.—Pueden testar todos aquellos a quienes la ley no prohíba expresamente el ejercicio de ese derecho.

Cód. Civ. de 84 Art. 3275 ref.

ART. 1306.—Estarán incapacitados para testar:

I.—Los menores que no han cumplido dieciseis años de edad, ya sean hombres o mujeres;

II.—Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio.

Cód. Civ. de 84, Art. 3276 Ref.

ART. 1307.—Es válido el testamento hecho por un demente en un intervalo de lucidez, con tal de que al efecto se observe las prescripciones siguientes:

Cód. Civ. de 84 Art. 3278.

ART. 1308.—Siempre que un demente pretenda hacer testamento en un intervalo de lucidez, el tutor y en defecto de éste, la familia de aquel, presentará por escrito una solicitud al Juez que corresponda. El Juez nombrará dos médicos, de preferencia especialistas en la materia, para que examinen al enfermo y dictaminen acerca de su estado mental. El Juez tiene obligación de asistir al examen del enfermo, y podrá hacerle cuantas preguntas estime convenientes, a fin de cerciorarse de su capacidad para testar.

Cód. Civ. de 84, Arts. 3279 y 3280 refs.

ART. 1309.—Se hará constar en acta formal el resultado del reconocimiento.

Cód. Civ. de 84, Art. 3281.

ART. 1310.—Si este fuera favorable, se procederá desde luego a la formación de testamento ante Notario Público, con todas las solemnidades que se requieren para los testamentos públicos abiertos.

Cód. Civ. de 84, Art. 3282.

ART. 1311.—Firmarán el acta, además del Notario y de los testigos, el Juez y los médicos que intervinieron para el reconocimiento, poniéndose al pie del testamento, razón expresa de que durante todo el acto conservó el paciente perfecta lucidez de juicio, y sin este requisito y su constancia será nulo el testamento.

Cód. Civ. de 84 Art. 3283 adicionado.

ART. 1312.—Para juzgar de la capacidad del testador se atenderá especialmente al estado en que se halle al hacer el testamento.

Cód. Civ. de 84, Art. 3287.

El principio sustentado por la ley es justo teóricamente hablando, el problema radica fundamentalmente en el hecho del método empleado para determinar que el enfermo mental como dice el Código se encuentra en momento de lucidez.

Esta última frase "este momento de lucidez" tiene en derecho una antigüedad desde las Siete Partidas y todas las codificaciones posteriores y arranca de la antigua creencia de tomar a los enfermos mentales, sobre todo aquellos que dan muestras de agitación, como posesos, endemoniados o furiosos, los cuales muchas veces por alguna circunstancia especial, al atravesar por un momento de tranquilidad se les consideraba en plena lucidez, transitoria o momentánea, y en ese caso al no haber ningún vicio del consentimiento, su facultad era siempre absoluta al poder manifestar libre y válidamente su voluntad.

Como vemos, por los casos citados anteriormente, el derecho civil siempre da soluciones precisas y normas fijas para resolver todos los problemas sobre manejo de bienes de alienados; pero el problema verdaderamente agudo, está en la dificultad que tiene el juez, por la rigidez de las normas para encontrar el hecho condicionante a la aplicación de las mismas, en otras palabras, la institución de la tutela será aceptable para el manejo de los bienes de los alienados pero, cómo va a encontrar el derecho un criterio rígido e infalible para determinar quienes son enajenados e igualmente de qué medios pueden valerse estos mismos elementos jurídicos con posiciones abstractas para determinar en el caso testamentario antes citado cuándo el enajenado efectivamente pasa por un momento de lucidez; y si estos problemas son graves y la técnica del derecho aparece inadecuada al aplicarse a la determinación de casos de enajenación para el manejo de bienes de los enfermos, el problema se agudiza cuando se trata de las relaciones matrimoniales y entonces el derecho se encuentra con un caso que trata no solamente de intereses económicos, sino de valores trascendentales como es el vínculo matrimonial y entonces las normas jurídicas, han dividido el problema también en abstracto y se han dicho "debe concederse o debe negarse la causal de divorcio por enfermedad mental" en lugar de

estimar mejor el hecho concreto como sería en qué caso de una enajenación o en qué tipo de enfermedad mental debe concederse o negarse el divorcio.

Nuestra ley se manifiesta dentro del grupo de legislaciones que admiten esta causal según se desprende de los artículos:

ART. 267.—Son causas de divorcio:

Frac. VII.—Padecer enajenación mental incurable;

ART. 271.—Para que pueda pedirse el divorcio por causa de enajenación mental que se considere incurable, es necesario que hayan transcurrido dos años desde que comenzó a padecerse la enfermedad.

Este artículo es nuevo.

ART. 277.—El cónyuge que no quiera pedir el divorcio fundado en las causas enumeradas en las fracciones VI y VII del artículo 267 podrá sin embargo, solicitar que se suspenda su obligación de cohabitar con el otro cónyuge, y el juez, con conocimiento de causa, podrá decretar esa suspensión; quedando subsistente las demás obligaciones creadas por el matrimonio.

Ley Rel. Fam. Art. 87 ref.

Encontramos otra vez normas fijas, muchas veces inaplicables al caso concreto como son las de pretender diagnosticar como enajenación mental incurable aquella que hubiere durado dos años desde que comenzó a padecerse.

En otras palabras, la rigidez de las normas dejarían sin resolver una serie de problemas concretos, cuya estimación no puede ser prevista por una norma abstracta, sino más bien dictaminada por un estudio concreto.

Hasta este momento hemos visto los preceptos formales de la ley, y al estudiarlos en un aspecto crítico y tomando como antecedente lógico en que apoyarnos, y sin pretensiones de formular en dos palabras un concepto del "derecho", éste siempre en cualquiera de sus manifestaciones es un producto social, por determinar constantemente reglas de conducta, indispensables y necesarias para hacer posible la convivencia humana, y precisamente por esa característica de ser un fenómeno social, reviste su esencia, la complejidad y variaciones de aspecto que son inherentes a toda expresión humana. Resulta por lo anterior, que "el derecho puede ser considerado bajo diversos aspectos" y la causa de esta pluralidad de esferas de apreciación, se debe sin lugar a duda a las leyes de continua evolución cultural de la sociedad en general (evolución lógica y natural en el sentido de "progreso" que marca la filosofía de la historia y de ciencia cultural como la estima Wundt con su

escuela evolucionista); de ahí que lo jurídico ha cambiado de matices en su apreciación al compás del transcurso de los años. El derecho penal, tanto como ciencia pura como en su sentido de arte práctico (aspecto dinámico) no podía escapar a esta serie escalonada de concepciones y es cosa sabida que los autores al expresarlo lo han agrupado en "escuelas", sin embargo, debemos recordar para explicar el fenómeno de aparición de las tendencias modernas en el campo de las doctrinas jurídicas, la manera como se hallaban en discusión la escuela clásica frente a la positiva acabada de nacer.

La escuela clásica desde Beccaria hasta Carrera pasando por Kant y por Bentham, sostuvo siempre (salvo modificaciones formales) como principales puntos de vista, la pena retributiva intimidatoria, la consideración abstracta del libre arbitrio y el estudio absoluto y descentralizado del delito.

En abierta oposición con los postulados de la escuela clásica y partiendo de la notable intromisión de las ciencias naturales (del humanismo) en los estudios filosóficos, aparece la escuela positiva queriendo estudiar al delincuente más que al delito, viendo a la pena no como castigo sino como corrección y expresando al libre arbitrio desde ligeras cortapisas a la voluntad hasta el sostenimiento de su total desaparición. Lombroso, Ferri, y Garófalo que partiendo de diversos puntos de vista llegan a conclusiones gemelas, son los más sólidos pilares en que asegura su existencia teórica la escuela de referencia.

Pero frente a esta evolución en general de la cultura y en el caso concreto del derecho penal vemos que el derecho civil se ha conservado en lo clásico y ha guardado sus formulismos, por tratarse de un derecho privado donde siempre existen intereses particulares, personales, patrimoniales de los cuales casi siempre puede brotar una contienda entre partes antagónicas y por eso no vemos todavía la fuerza de un arbitrio judicial como existe en el derecho penal.

Estas normas tradicionales surgen cuando todavía las ciencias médicas y en particular los problemas sobre psiquiatría no había alcanzado su actual desarrollo, y por eso encontramos ahora un positivo conflicto entre la rigidez de dichas normas cuando se trata de aplicarlas a problemas que tienen una base esencialmente humana, es decir que presuponen la necesidad de concebir al individuo como unidad, aunque sea parte de un conjunto social, aunque esté sometido a las fluctuaciones y a las sanciones e influencias del medio social y forme parte del conglomerado, constituye en su personalidad cada individuo un sistema autónomo, según lo explica con claridad meridiana Pierre Mabile en "La Arquitectura del Hombre" y lo afirma en estudios especiales Jean Perret en su obra "La Orientación Profesional" y por eso surge

este conflicto, con fuerza, en la legislación civil, la cual no puede, con la rigidez de una norma, imponer órdenes a la ciencia del espíritu y a la psiquiatría en particular, para hacerle dictaminar por ejemplo, como incurable, una enfermedad que ha durado dos años y demandar también un dictamen, después de un breve estudio, para determinar que se trata de que un enfermo mental, tiene la lucidez necesaria para hacer testamento.

En verdad el problema radica en el hecho de que no sea la rigidez de las normas del derecho civil la que resuelva problemas de psiquiatría, sino más bien tomar de esta ciencia la solución del caso humano concreto y particular para determinar entonces la solución legal aplicable a ese mismo caso.

Ya encontramos en nuestra legislación civil, un adelanto sobre todo en materia de procedimientos, cuando el artículo 419 del Código de Procedimientos Civiles permite al Juez valorar a su arbitrio la prueba pericial, precepto apacible a estos problemas, pero de alcances limitados porque en realidad el problema está no en la valoración de la prueba, sino en otorgar al perito la amplitud necesaria para acondicionar la aplicación de la norma, en otras palabras y enfocando nuestra crítica en el problema fundamental del dictamen para determinar un caso de enajenación según el artículo 450 que hemos visto, para que el perito determinara dicha enajenación, debía de tratarse de una locura, de un idiotismo, de una imbecilidad, de un ebrio consuetudinario o de una persona que hiciera uso inmoderado de drogas enervantes, en otras palabras, el perito se encontraría con una serie de figuras abstractas creadas de antemano por el derecho, en lugar de permitir al mismo perito verdadero técnico sobre la materia el estudio del problema, salvando formulismos sobre términos en tiempo fijo para sus dictámenes, pues muchas veces una solicitud de interdicción médicamente aceptable, puede ser erróneamente tramitado o puede surgir también el caso contrario de cualquiera de las anomalías mencionadas en la ley a las cuales un dictamen contestaría afirmativamente y se cometería entonces un verdadero atentado contra la persona humana.

Y de la misma forma que mencionamos estos problemas de interdicción con la disminución de la capacidad legal y natural del individuo para la administración de su patrimonio aparecen los problemas antes dichos del divorcio en caso de enfermos mentales.

Hemos visto que se necesita para pedir el divorcio por enajenación mental, el transcurso de dos años para su procedencia y ese plazo caprichoso no creo que pueda tener alguna realidad médica, pues muchas veces en un plazo menor puede determinarse la incapacidad absoluta y en otros casos es contra la naturaleza obligar a un cónyuge a sopotar ese término de dos años

según menciona el artículo 277 para que se suspenda la obligación de cohabitar muchas veces con peligro mismo de la vida y otras muchas con graves problemas sobre la herencia.

En otra de sus fracciones, y con posible aplicación a nuestro tema, dice el artículo 267 que establece las causales de divorcio, que son causas del mismo, padecer sífilis, tuberculosis, o cualquier enfermedad crónica o incurable que sea además contagiosa o hereditaria y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio.

En estos casos la ley vuelve a formular figuras abstractas que pueden dar lugar a soluciones injustas y con resultados desastrosos, pues si se trata de proteger no solamente el valor subjetivo para el posible enfermo de la subsistencia del vínculo matrimonial, sino esferas de mayor amplitud como son la familia y la procreación, si nuestra legislación tiene admitido el principio jurídico de la procedencia del divorcio por causa de enfermedad mental, que deje toda esa amplitud sin plazo y sin términos, sin condiciones fijas al resultado del dictamen pericial que es el único que puede señalar concretamente el hecho médico para la aplicación abstracta de la norma.

A medida que se perfecciona en la cultura y en el derecho esa evolución progresista, el hombre debe manifestar una mayor confianza en las instituciones sociales; lo rígido de una norma que la escuela clásica del derecho toma como una garantía no implica otra cosa sino una positiva desconfianza en el órgano jurisdiccional encargado de aplicarla y en cambio esa amplitud que buscamos no para preveer de antemano sino para dictaminar a posteriori el caso concreto, puede obtenerse elevando esas instituciones sociales, creando un verdadero cuerpo de peritos psiquiatras de absoluta imparcialidad y grandes conocimientos para emitir verdaderos dictámenes.

Bien estaba en otras épocas sentir miedo de los hombres y acogerse a lo rígido de un ordenamiento como defensa del individuo contra el mismo individuo; pero en la época actual, nos preciamos o buscamos un mayor conocimiento del hombre como individuo, como unidad; si admitimos en nuestro siglo las palabras de Albert Einstein, enterradas en la Cápsula de la Posteridad de la Feria Mundial de Nueva York en 1940 al decir que "... la inteligencia y el carácter de las masas son completamente inferiores a la inteligencia y al carácter de los que producen algo para la humanidad", entonces no debemos detenernos en este camino de acercamiento, no debemos olvidar según cita de MARIE BEY NON RAY en su obra que sirve de puente al profano y al técnico, llamada "Revelaciones de la Psiquiatría" que esta misma ciencia es decir, la psiquiatría busca siempre arrojar luz sobre la naturaleza humana, tratando de sublimar viejos objetivos de posesión y agresión para trocarlos por mejores horizontes.



Este paso de la norma rígida en derecho Civil a un criterio amplio y técnico fácilmente individualizador no debe hacernos sentir temor de provocar un verdadero derrumbe sobre el orden jurídico, sino más bien es preciso que nos aliente para alcanzar un futuro mejor. Emilio Mira y López en su Manual de Psicoterapia, habla, no sé si con razón o sin ella sobre alguna de las formas más corrientes de la proyección que consiste en transformar un deseo en temor; como el anhelo de ser santo se puede transformar en el mismo de ser pecador" y no estimo que el proponer estas soluciones se pueda sentir algún temor de crear el desorden dentro del orden y normativismo jurídico, antes bien, ante las normas que otorguen amplias facultades no crearían ningún trastorno en el orden legal, sino buscarían crear en los Juzgadores, antes que aplicadores de normas, verdaderos juzgadores, con un gran contenido de responsabilidad humana.

Este miedo, este temor no surge ni se despierta en el técnico en psiquiatría, quien siempre podrá formular mejor un dictamen de un individuo en particular que determinar en abstracto una condición que la Ley le impone.

Por eso, sobre el mismo tema planteado del divorcio de los enajenados, después de un brillante estudio histórico, en la obra Psiquiatría Forense de Nerio Rojas, edición de 1932, llega a formular una teoría de abstención jurídica en la norma al decir "...que la solución más justa es la de no hacer de la locura una causa de divorcio" y repetimos que la base de este mismo temor descansa en perjuicios legales antes que en estudios médicos

Sobre este mismo tema, sobre este aparente conflicto de la psiquiatría jurídica, con la ciencia nueva, pujante, arrolladora en nuevos métodos y descubrimientos por una parte y por la otra la rigidez de las normas; plantea el problema el doctor Luis Maya al hablar de psiquiatría jurídica en su obra "PSIQUIATRIA PENAL Y CIVIL" diciendo y buscando que el avance continuo del psiquiatra no se detenga ante los muros de los Códigos y propone justamente que el perito en psiquiatría tenga no solo un valer como perito en los casos concretos que se presenten sino que procure desde antes, desde la creación del ordenamiento con su ideología científica inspirar las normas de los mismos códigos, y en efecto parece que esta opinión autorizada debe admitirse para el futuro como una ayuda eficaz para tratar de encontrar un mayor acoplamiento al derecho y a la psiquiatría.

Es de presentirse que si todas las futuras comisiones redactoras de nuevos proyectos estuvieran asesoradas por consejos técnicos; la psiquiatría buscaría siempre en los límites estrechos de las normas, un horizonte de mayor amplitud, donde pudieran forjarse con una mayor confianza en el hombre como hombre que como juzgador legalista una aplicación más humana del derecho.

No es posible resumir todos los problemas que se derivan del manejo de bienes de los alienados y del divorcio por enfermedad mental en un grupo concreto de conclusiones, pero sí podemos señalar como algunos elementos indispensables, necesarios a la resolución de estos problemas como son:

PRIMERO.—Depurar en el Código Civil, para los casos de interdicción la terminología dispersa en incapacidad (congénita, enajenación (posterior) y degeneración (frac. ext.).

SEGUNDO.—Siempre que para estos problemas la Ley mencione DICTAMENES PERICIALES, obtenerlos de VERDADEROS ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRIA.

TERCERO.—Salvar a los dictaminadores de los formularios y términos de prueba, para que los estudios se realicen en el tiempo y condiciones necesarias para un verdadero diagnóstico; y no con la urgencia de presentar pruebas en términos perentorios.

CUARTO.—En los casos de la facultad testamentaria concedida a los enfermos mentales, en momentos de lucidez; desplazar el problema de formulismos legales a un verdadero diagnóstico, no debe preocupar solamente QUE EL ENFERMO CONSERVE SU LUCIDEZ durante el acto testamentario, para estimar que realmente ha manifestado su voluntad, es preciso investigar el funcionamiento mismo de su voluntad (los elementos de sugestión y resentimiento en calidades anormales, llevan a cometer verdaderos atentados en la trasmisión del patrimonio) aun cuando en realidad el testador tenga elementos para expresar su voluntad.

QUINTA.—En los casos de divorcio por enfermedad mental incurable y de suspensión de la obligación de cohabitación, suprimir los términos abstractos de incurable y el plazo de espera forzosa de dos años pues si se trata solamente de la separación de cuerpos sin disolución del vínculo, es fácil diagnosticar aún sin el estudio de que se trate, de una enajenación incurable, sino únicamente transitoria y pasajera si los efectos momentáneos de dicha enajenación, resultan perjudiciales a los intereses conyugales o familiares y en estos casos un estudio pericial puede resolver en términos amplios el problema de separación momentánea o mejor dicho transitoria.

Por otra parte, el caso de la disolución definitiva no es susceptible de ceñirse en todos los casos, tampoco a las condiciones de forzosa incurabilidad y de un término fijo y preciso de dos años, pues clínicamente puede ser diagnosticado un caso de enajenación como no incurable y sin embargo sus efectos sobre las relaciones conyugales pueden ser destructores de la indispensable unidad real y humana que debe existir en todo vínculo matrimonial; efectos que, por otra parte no son posibles de proyectarse en un tiempo fijo de dos años.

Posiblemente se sienta algún temor al suprimir el calificativo de incurable, al pensar que podría bastar un simple trastorno pasajero y accidental para conceder injusta y fácilmente un divorcio contra las leyes de la naturaleza; pero preguntamos ahora: Si ya la ley exige que se trate de un "caso de enajenación" el dictamen pericial que compruebe este elemento, este hecho condicionante de la norma; debe ser tomado con la necesaria amplitud, y aplicación al caso concreto a estudio, pues un verdadero especialista sobre la materia al formular sus dictámenes, sí podría precisar siempre que no se trate de una perturbación transitoria; sino que se encuentra frente a un ENAJENADO.

Como un argumento final para robustecer esta conclusión, debemos recordar que si el código Civil en su exposición de motivos rompiendo normas que ya eran clásicas habla de conceder con facilidad la disolución del vínculo matrimonial, por mutuo consentimiento, algunas veces hasta sin la intervención de la autoridad judicial, sino simplemente ante el Oficial del Registro Civil diciendo que si bien hay interés social en que los matrimonios no se disuelvan fácilmente, también está interesada la sociedad en que los hogares no sean focos constantes de disgusto cuando los cónyuges manifiestan su decidida voluntad en no permanecer unidos; es decir que se autoriza el divorcio por el mutuo consentimiento; y en cambio para conceder esa misma separación con un verdadero motivo como es la enajenación mental; se necesita entonces la presencia en ese estado de caracteres precisos y fijos para poder diagnosticarse el caso de incurable, cuando ese mismo término de enajenado implica ya la presencia permanente de una positiva alteración en la personalidad e integridad de uno de los cónyuges.

Para terminar debemos añadir que las medidas propuestas al ser aplicadas con la honestidad proverbial que se necesita en todo Juzgador, en lugar de suprimir la clásica garantía de aplicación de la ley al caso concreto, permitirían con la ayuda de verdaderos técnicos periciales, resolver las controversias con menos formulismos abstractos y con un mayor contenido de verdadero sentir y valor de humanidad.

México, D. F., Noviembre de 1946.

## LIBROS Y REVISTAS

Dr. R. de la F.

**Language and Thought in Schizophrenia.** Editado por J. S. Kasanin M. D. University of California Press.

Desde la hoy clásica monografía de Storch publicada hace más de 20 años, ninguna publicación sobre el tema reviste la importancia de este Simposium editado por J. S. Kasanin en el que se presentan reunidas las opiniones de los más destacados investigadores del tema en los E.E. U.U.

En este pequeño libro, se encuentran compendiadas muchos años de pacientes investigaciones que desvirtúan muchos aspectos importantes del concepto clásico de los desórdenes del pensamiento y del lenguaje en los esquizofrénicos.

Las opiniones expresadas por los distintos colaboradores, difieren en algunos aspectos importantes, pero esto no hace sino aumentar el interés de la obra, pues como expresa Nolan D. C. Lewis en el prólogo, la divergencia de opiniones es un requisito casi esencial para el progreso científico.

El Dr. Harry Stack Sullivan en su artículo "Lenguaje en la Esquizofrenia", primero de los que consta la obra expresa la idea de que el esquizofrénico usa el lenguaje, a diferencia del individuo normal, únicamente para contrarrestar sus sentimientos de inseguridad entre la gente y las peculiaridades del mismo no son sino el resultado de alteraciones profundas y recurrentes de sus relaciones con el ambiente; algunas de dichas peculiaridades se encuentran regresivamente relacionadas con el lenguaje de los niños.

Una colaboración de lo más importante es la de Kurt Goldstein en su artículo "Punto de Vista Metodológico en el Estudio de los Trastornos del Pensamiento en la Esquizofrenia". El estudio de enfermos con lesiones orgánicas del cerebro por medio de las pruebas elaboradas por el mismo, lo lleva a distinguir entre dos clases de conducta humana: la concreta y la abstracta, que son niveles de funcionamiento de la personalidad total con referencia a la situación ambiente. En ambas categorías de enfermos; orgánicos y esquizofrénicos es evidente una limitación de la capacidad para la conducta abstracta. Una gran concretización es característica de la conducta esquizofrénica. El carácter fisiognómico del lenguaje esquizofrénico

y la utilización de simbolismos, da la falsa apariencia de que las abstracciones y generalizaciones son características de su pensamiento. Aunque el esquizofrénico usa símbolos, no los entiende como tales, es decir como generalizaciones, pues el pensamiento simbólico corresponde a las formas más altas del pensamiento, que sin lugar a dudas se encuentra disminuída y trastornada en él. Del mismo modo, también que en los enfermos orgánicos, en el esquizofrénico se encuentra trastornada la percepción de la figura y del fondo en sus relaciones normales; las barreras entre la una y el otro se encuentran perdidas, lo que da por resultado la fusión del Ego con el mundo exterior. A diferencia de los enfermos orgánicos, los esquizofrénicos proyectan sus emociones y sus pensamientos en su interpretación del mundo exterior, lo que da por resultado que sus errores sean menos consistentes y más individuales.

En su artículo "Trastornos del Pensamiento Conceptual en la Esquizofrenia", J. S. Kasanin expresa el punto de vista genético. En el desarrollo del lenguaje, el autor distingue tres etapas: 1) pensamiento fisiognómico o sincrético 2) pensamiento concreto y 3) pensamiento categórico o conceptual. Los estudios de Kasanin han sido realizados utilizando las pruebas del psicólogo ruso Vigotsky. Sus resultados ponen de manifiesto que en el esquizofrénico existe una reducción definitiva en la capacidad para el pensamiento categórico. Esta alteración es más manifiesta en los casos que pueden clasificarse como "trastornos primarios del pensamiento".

Norman Cameron, colabora con un artículo titulado "Análisis Experimental del Pensamiento Esquizofrénico". Utilizó en sus experiencias su propia prueba y la de formación de conceptos de Hanfmann-Kasanin. Sus resultados le llevan a concluir que el trastorno esencial de la Esquizofrenia radica en la desarticulación del enfermo con su medio social, lo que trae por consecuencia la alteración de la función primordial del lenguaje; la comunicación. El esquizofrénico ha perdido la capacidad de ponerse en el papel del que lo escucha. Las alteraciones características del lenguaje esquizofrénico son: la inconsistencia de su organización, la incapacidad del enfermo para seleccionar y eliminar, y la inclusión de detalles personales en la conversación común, a lo que Cameron denomina interpenetración. Por último Cameron hace notar lo incorrecto de los términos regresión y deterioración tan frecuentemente usados.

John D. Benjamin es el autor del siguiente capítulo titulado "Método para Distinguir y Evaluar los Desórdenes Formales del Pensamiento en la Esquizofrenia". Los instrumentos de estudio que ha utilizado el autor son la complejión e interpretación de proverbios y la prueba de Rorschach. Sus resultados coinciden con los obtenidos con la prueba de la formación conceptual. Benjamin enfatiza la utilidad diagnóstica y pronóstica de la prueba de Rorschach.

Una colaboración muy importante es la de S. J. Beck. Su artículo, "Errores en la Percepción y Fantasía en la Esquizofrenia" aporta

datos nuevos a la discusión del tema. El estudio de cientos de esquizofrénicos por medio de la prueba de Rorschach en la cual es Beck máxima autoridad, lo conduce a afirmar que en el esquizofrénico existe un trastorno profundo en la integración de los datos sensoriales, es decir en el mecanismo de la percepción. Por otra parte es enteramente injustificado el suponer que la fantasía del esquizofrénico es particularmente rica. No se trata de fantasía la que implica actividad creadora del pensamiento, sino de distorsiones y desviaciones de la misma, basados en una comprensión deficiente del mundo real.

E. Von Domarus, es el autor de otro de los capítulos de la obra "Las Leyes Específicas de la Lógica en la Esquizofrenia". Su punto de vista es el clásico. El pensamiento del esquizofrénico es paralogico, a semejanza del hombre primitivo. Sus pensamientos no obedecen al modo de Barbara o sus modificaciones válidas. Mientras en el pensamiento lógico se acepta la identidad únicamente sobre la base de sujetos idénticos, en el pensamiento paralogico la identidad se acepta sobre la identidad de los predicados.

El último capítulo se titula "Trastornos del Pensamiento en la Esquizofrenia" y su autor es Andras Angyal, quien hace notar que el esquizofrénico sufre no tanto de una incapacidad para establecer relaciones, sino de ver las conexiones en un sistema unitario, en términos del cual, la gente normal piensa y habla, lo que da por resultado la confusión de lo real con lo fantástico, de la figura y el fondo. Angyal hace notar que el trastorno primario, es el de la personalidad total y que los trastornos del pensamiento y del lenguaje son secundarios.

En las últimas páginas Kasamin trata de conciliar y estructurar unitariamente los conceptos aportados por los distintos colaboradores, distinguiendo entre alteraciones del pensamiento y alteraciones del lenguaje, señalando por último las direcciones en que deben orientarse las investigaciones futuras.

---

#### **Tratamiento de Niños con Problemas de Conducta y Electroencefalogramas Anormales por Medio del Epamin.**

(Dilantin Treatment for Behavior Problem children with Abnormal Electroencephalograms). Charlotte F. Walker. Barbara B. Kirkpatrick. Am. Jour. Psych. 103. 484-492 Jan. 1947.

Los autores describen el uso del Epamin en 9 casos. Ninguno de ellos presentó historia familiar de epilepsia o de afecciones neurológicas. Sus exámenes físicos generales y neurológicos fueron negativos.

Las dosis usadas fluctuaron entre .03 y .1 m. tres veces al día, sin usar otras drogas. El estudio se hizo por un período de 9 a 18 meses. Independientemente de factores ambientales y situaciones psicológicas que en algunos casos permanecieron desfavorables, los 9 demostraron mejoría clínica durante el tratamiento. Sus síntomas consistían en desajustes neuróticos, retardo en el desarrollo o conducta impulsiva, agresividad y retraimiento, es decir síntomas no comúnmente presentados por personalidades epilépticas. Es el parecer de los autores que algunos problemas de conducta tienen una base común que radica en una disfunción del sistema nervioso central y no son primitivamente psicógenos o ambientales.

---

**Un Método Objetivo para Distinguir el Sueño del Trance Hipnótico.** (Objective Method for Distinguishing Sleep from the Hipnotic Trance). John B. Dynes M. D. Boston, Arch. of Neur. and Psych. 84-93 Jan. 1947.

El autor presenta 5 casos en los cuales se tomaron trazos electroencefalográficos estando los sujetos en estado de vigilia y después en trance hipnótico, utilizando como criterio de éste la anestesia, la amnesia y la ejecución posthipnótica de las órdenes dadas durante el trance. Los electroencefalogramas demuestran que no hay diferencia en los trazos de la actividad cortical estando el sujeto despierto y estando en estado hipnótico. Las gráficas son distintas a las del sujeto dormido. De aquí se concluye que la hipnosis no es una variedad del sueño, sino fenómeno de distinta naturaleza.

---

**Diagnóstico Temprano de la Hipertensión Intracraneal.** José Pe-reyra Kafer. Buenos Aires. Revista Neurológica de Buenos Aires. 11: 95-104, Mayo-Agosto 1946.

El autor señala la necesidad del diagnóstico temprano de la hipertensión intracraneal y las limitaciones de los medios de que dispone la clínica para su diagnóstico. En su opinión un medio muy valioso es el señalado por él mismo, desde 1938; la ausencia de cambios retinianos que se observan normalmente con la compresión y la descompresión de la yugular. Esta maniobra produce un obstáculo a la circulación cerebral que se manifiesta al examen oftalmoscópico por un aumento en el calibre y coloración de los vasos retinianos y la desaparición de la pulsación si ésta era visible y la vuelta a la normalidad al cesar la compresión. La compresión debe hacerse gradualmente y la descompresión con brusquedad. La ausencia de los cambios anotados constituye un signo positivo de hipertensión intracraneal que es más precoz que otros signos objetivos y subjetivos.

**Resultado del Tratamiento de la Esclerosis Múltiple con el Dicoumarin.** (Results of Treatment of Multiple Sclerosis with Dicoumarin). Tracy J. Putnam. Ludwig V. Chiavacci. Hans Foff. Hyman G. Weitzen Arch. of Neur. and Psych. 1-14, Jan 1947.

Los autores revisan las pruebas existentes en favor de la hipótesis de que la trombosis venular es un eslabón en la cadena etiopatogénica de la Esclerosis múltiple y las Encefalomielitides. Fundados en ellas, decidieron el uso de los anticoagulantes, seleccionando el Dicoumarin, como un medio posible de detener el progreso de la enfermedad, no sin señalar sus peligros y sus inconvenientes como tratamiento crónico. En la técnica seguida por los autores, el control periódico del tiempo de Protrombina es un requisito indispensable. Las dosis usadas son las siguientes: dosis inicial de 150 mgrs. seguidos de 50 mgrs. diarios y posteriormente 50 Mgrs. cada tercer día para estabilizar el tiempo de Protrombina alrededor de 30 segundos. Estas son las dosis promedio convenientes, pero existen desde luego amplias variaciones individuales. A continuación se presentan los resultados obtenidos en 43 enfermos de Esclerosis múltiple tratados durante un período de 6 meses a 4 años. Del número señalado solo 25 se consideraron tratados adecuadamente, y en ellos no se presentaron recurrencias. En 16 enfermos presentando la forma crónica, la enfermedad continuó su curso a pesar del tratamiento. 2 enfermos que permanecieron libres de síntomas bajo el tratamiento, presentaron recurrencias cuando éste se interrumpió. 2 enfermos en los cuales no se logró disminuir la coagulabilidad de la sangre a pesar de haberse usado dosis altas de la droga presentaron también recaídas.



# LABORATORIO MEDICO

DEL

DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS

DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES  
DE LABORATORIO

Bacteriología - Serología - Hematología - Química -  
Pruebas Funcionales - Metabolismo Basal

Eric.: 15-41-51

Pieza de la República No. 52

Mex.: 55-76-16

MEXICO, D. F.

## VALERIANATO PIERLOT



VALERIANATO DE AMONIACO Y EXTRACTO DE  
VALERIANA EN SOLUCION HIDROGLICERICA

Restablece el equilibrio del sistema nervioso

INSOMNIOS, EXCITACION NERVIOSA,  
HISTERIA, EPILEPSIA Y SINDROMES EPI-  
LEPTICOS, COREA, NEUROSIS CARDIO-  
VASCULARES, TRASTORNOS

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION Y BAJO LA VIGI-  
LANCIA MEDICA. Reg. Núm. 5453 D. S. P. Prop. Núm. 31913

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.

MEXICO, D. F.

RHIN NUM. 37

# B - E N D O - V I T

VITAMINA B<sub>1</sub>

Para uso intravenoso e intrarraquídeo

(También se pueden emplear las  
vías usuales de inyección)

5,000 U. I. DE VITAMINA B<sub>1</sub> POR C.C.

Reg. D. S. P. 23402

LABORATORIOS Dr. ZAPATA, S. A

AV. INSURGENTES No.35.

MEXICO, D. F.

## SINERGIA TERAPEUTICA

- realizando la auto-defensa del organismo en un tratamiento asociado atóxico de :



1º CINAMEINA  
(Cinamela Total)

2º CANFOLINA  
(Canforato de Colina)

**AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO  
PRETUBERCULOSIS**

**TRATAMIENTO ADYUVANTE de las  
TUBERCULOSIS  
- MEDICAS Y QUIRURGICAS -**

Usese por prescripción Médica

Reg. No. 16396, D.S.P.

Prop. No. 8510

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS SCIENTIFIQUES LOGEALS. 24, rue de Silly, BOULOGNE-s/Seine  
(Francia)

# INTERNADO BINET

## CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

Tratamiento Endócrino y Neuro-Psiquiátrico

EXCLUSIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Av. Madero 15

Eric. Local, 140

Mex. Local, 44

Tlalpan, D.F.

DIAGNOSTICOS CLINICOS — ESTUDIOS ESPECIALES MENTALES  
Y PEDAGOGICOS — TRATAMIENTO MEDICO PSICO-PEDAGOGICO

Todo el personal técnico está especializado

Director: DR. FRANCISCO ELIZARRARAS G.

Secretaria: Señorita profesora Lilia Alfaro Vega.

### PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: Dr. Francisco Núñez Chávez.

Neurología: Dr. Francisco Elizarraras G.

Oto-Rino-Laringología: Dr. Fernando Meléndez.

Oftalmología: Dr. José Carlos Fernández McGregor.

Odontología: Dr. Enrique Encinas Vélez.

Pediatría: Dr. Jorge Muñoz Turnbull

Cirugía niños: Dr. Roberto Portillo Gómez.

Laboratorio: Dr. Alberto Lezama.

Laboratorio Psicotecnia: Profa. Soledad Crail Reyes.

PERSONAL PEDAGOGICO: Jefe: Profesor Miguel Huerta Maldonado.

Profesoras: Carmen Romo, Lilia Alfaro, Josefina Saloma.  
Laura Alva Iniesta, María Cristina Lechuga y Elisa Catzin Besserer.

## LABORATORIOS KOCH

INDICACIONES Y POSOLOGIA DEL

## SULFO - MAGNESIO KÖCH

Poderoso auxiliar en algunos padecimientos del sistema nervioso. (Esclerosis nerviosas, especialmente medulares, esclerosis en placas, mielitis crónicas, poliomielitis, corea, tétanos, meningitis cerebro-espinal, eclampsia, etc.) El ion magnesio es uno de los mejores excitantes de la neurona (Dres. Vignon y Peirre Delbet). Estos autores consideran que el ion magnesio obra como catali-

zador en estos padecimientos, no debiendo descuidar el tratamiento de fondo, en algunos de ellos. (Bismuto Koch, Reg. No. 17284 D. S. P., en los casos de origen luético). Posología: Por vía intrarraquídea o intracereñeana. Una ampolleta cada 15 días. (Dr. Vignon). También se puede inyectar cada diez días, cinco días o diariamente, según la tolerancia del enfermo.

Reg. No. 18800 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

• DR. MANUEL F. CASTILLO

Manuel María Contreras número 106.

Eric. 16-16-24

MEXICO, D. F.

LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL - FRANCE

# SINCORTYL

Hormona cortico-suprarrenal

Atenias • Convalecencias • Estados de choque

Tratamiento específico de la enfermedad de Addison y de las afecciones cortico-suprarrenales.

Ampolletas intramusculares de 2, 5 o 10 mgrs.

Reg. No. 22587 S. S. A.

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia No. 19

Apartado 7514

MEXICO, D. F.

## OPOSTENOL

Registro No. 9325, D. S. P.

Moderno tratamiento de la ASTENIA en los casos de trastornos del recambio lipoideo o electrolítico de los centros nerviosos. Disfunciones endocrinas. Hiperexcitabilidad o labilidad constitucional del sistema nervioso.

### FORMULA :

Cada grajea contiene:

Lipoides cerebrales .....	0.025	Glicerofosfato de sodio ..	0.05
Suprarrenal cortical .....	0.025	Glicerofosfato de magnesio	0.05
Substancia testicular .....	0.025	Lactato de cal .....	0.05
Extrato de levadura vitamínica .....	0.025	Haba de San Ignacio .....	0.001
		Pasionaria .....	0.025

Frascos de 80 grajeas.

Dosis: de 6 a 10 grajeas al día.

CARLO ERBA DE MEXICO, S. A.\*

Barcelona No. 26

MEXICO, D. F.

Apartado 1837

# Clínica Neuropsiquiátrica

«Dr. Samuel Ramírez Moreno»

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Genova No. 39      Tels.: 14-20-62 y L-72-30      México, D. F.

DIAGNOSTICOS CLINICOS - ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO  
TRATAMIENTOS ESPECIALES

---

## SANATORIO:

Eric. 23-59-59      Av. México Núm. 10      Mex. 32-06-50  
Axotla, Villa Obregón, D. F.

Director:

**DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO**

---

## ESPECIALIDADES:

Laboratorio.—Dr. Alberto Lezama.

Neurobiología.—Dr. Teodoro Flores Covarrubias.

Neurocirugía.—Dr. Manuel Velasco Suárez.

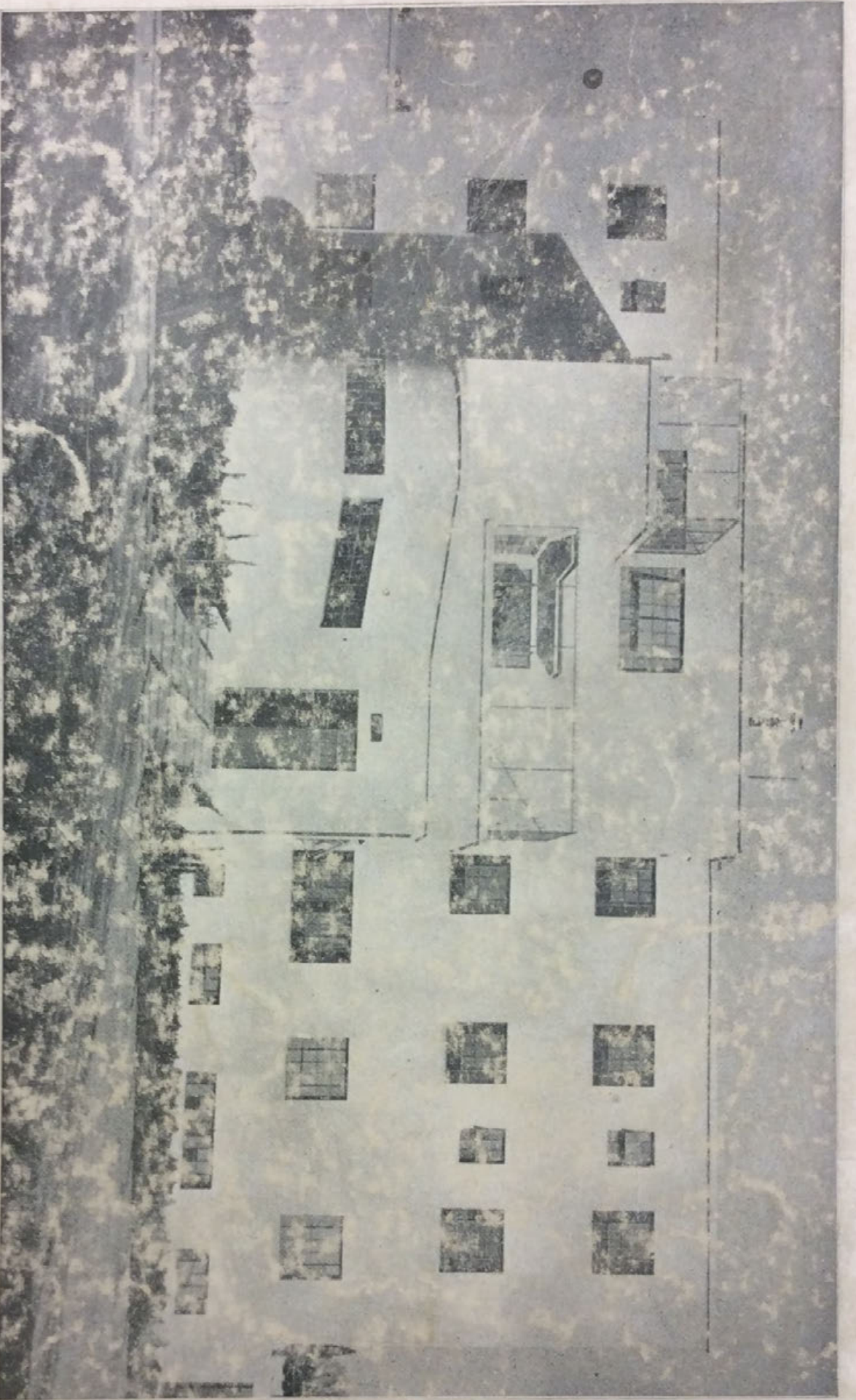
Hematología y transfusiones.—Dr. Roberto F. Cejudo.

Oftalmología.—Dr. Luis Sánchez Bulnes.

Odontología.—Dr. Manuel Villalpando Moreno.

Metabolismo basal.—Dr. Luis Gaitán G.

Masoterapia.—Prof. Heliodoro Maldonado F.



SANATORIO NEUROPSIQUIATRICO  
Dr. Samuel Ramírez Morano