

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 5 — MEDELLIN, FEBRERO DE 1955 — NUMERO 1

Continuación de "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"
Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.
Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTORES:

Dr. Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad

Dr. Rafael J. Mejía
Presidente de la
Academia

REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M.D.
Secretario de la Academia
Prof. Alfredo Correa Henao, M.D.
Prof. de Anatomía Patológica

REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía
Dr. Marcos Barrientos
Dr. Antonio Ramírez
Sr. William Rojas M.

ADMINISTRACION:

Dora Echeverri
Directora de Biblioteca Médica
Margarita Hernández B.

"ANTIOQUIA MEDICA" solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

"ANTIOQUIA MEDICA" publica 10 números anualmente.

Dirección:

"ANTIOQUIA MEDICA"

Facultad de Medicina de la U. de A.
Medellín — Colombia, S. A.
Apartado 20-38

SUMARIO:

EDITORIAL

	Pág.
Actos sociales	3
Lista de los Delegados que asistieron al Congreso	5
Resumen de actas	7
Discurso pronunciado por el Dr. Alfonso Uribe Misas	19
Palabras pronunciadas por el Dr. Guillermo Uribe Cualla	20
Palabras pronunciadas por el Dr. Jorge Vergara	21
Palabras pronunciadas por el Dr. Bernardo Uribe Londoño	22
Palabras del Dr. Eduardo Vasco	22
Discurso pronunciado por el Dr. Enrique Rodríguez Diago	27
Sanciones y estímulos en el niño.—Dr. Alberto Morales T.	30
Planteo Psicosomático de la Alimentación Infantil.—Dr. Luis Gabriel Jaramillo E.	35
Es conveniente el internado para los niños?—Dr. Eduardo Vasco	39
Etiología y Patogenia de la Epilepsia.—Dr. Rodrigo Londoño	48
Psiquiatría y Educación Médica.—Dr. Pablo Pérez U.	56
Círculo Epiléptico.—Dr. Jorge Gómez Jaramillo	62
Modificaciones al Código Civil y al Código Judicial Colombianos en su aspecto Psiquiátrico.—Dr. Guillermo Uribe Cualla	73
Etiología Social de la Delincuencia Infantil y su profilaxis.—Dr. Pío Gomez Moreno	86
Aspecto Médico-Legal de la Epilepsia.—Dr. Gerardo Paz Otero	97
La Cianhidricohemoglobina.—Dr. José García Gómez	112
Experiencias con Híbicón en las crisis convulsivas de gran mal.—Dr. Luis Carlos Posada	116
Orientaciones y desorientaciones de la Psiquiatría en Colombia.—Dr. Luis Jaime Sánchez	120
Aporte al Estudio Psicosomático de la Obesidad.—Dres. Hernán Quijada y L. M. Manzanilla	129
Thematic Aperception Test.—Dra. Lucía Márquez V.	138
Resultados del empleo de la Clorpromazina en el tratamiento sintomático de los estados de agitación.—Dr. Arturo Morillo	145
Organización Psiquiátrica e Higiene Mental.—Dr. M. Pianeta Muñoz	148
Un Método de control del Narcoanálisis.—Prof. Jean Delay, Dr. Pierre Pichot y Dr. Eduardo Martínez Gómez	154
Informe sobre las condiciones de los establecimientos para reclusión de enfermos mentales en Barranquilla.—Dr. Antonio Reales Orozco	159
Algunas aportaciones psicoanalíticas a la comprensión de la Esquizofrenia Pseudo-neurótica.—Dr. Arturo Lizarazo B.	166
Leucotomía pre-frontal bilateral.—Drs. Luis Carlos Posada, Jesús Mora, Alberto Morales y Hugo Campillo	180
Estudio de la Colinesterasa raquídea en diversos grupos psiquiátricos.—Dr. J. Andrés Didier R.	184
Votos y proposiciones, aprobados por el II Congreso Nal. de Neuro-psiquiatría y Medicina Forense	189
Calendario para 1955 de la Facultad de Medicina	196

DOCUMENTOS RELACIONADOS

CON EL

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL

DE

**NEUROPSIQUIATRIA Y MEDICINA
FORENSE**



ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

VOLUMEN 5 — MEDELLIN, FEBRERO DE 1955 — NUMERO 1

EDITORIAL

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE NEUROPSIQUIATRIA

Y MEDICINA FORENSE

El Segundo Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Forense, fue celebrado en Medellín durante los días 29, 30 y 31 de Octubre y 1º de Noviembre de 1954, según lo acordado en la Sesión de clausura del Primer Congreso, reunido en Bogotá en Febrero de 1952. Fue organizado por la Sociedad Antioqueña de Neuropsiquiatría y Medicina Forense y patrocinado por la Universidad de Antioquia y la Facultad de Medicina. Las sesiones se llevaron a cabo en el Auditorium de la Facultad de Medicina y en el Instituto de Anatomía Patológica. Actuó como presidente Honorario el Dr. Lázaro Uribe Cálad y se acordó que cada Sesión fuese presidida en forma rotatoria por representantes de las distintas Delegaciones. Como Presidente coordinador, actuó el Dr. Eduardo Vasco, presidente de la Sociedad Antioqueña de Neuropsiquiatría y Medicina Forense y como Secretario, el Dr. Alberto Morales T.

ACTOS SOCIALES

El primer día del Congreso, la Sociedad Antioqueña de Neuropsiquiatría y Medicina Forense, ofreció a los Delegados una comida de Compañeros en el Club de Profesionales.

El 30 de Octubre, fue ofrecida por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, una suntuosa comida en el Club Unión; hizo ofreci-

miento del acto el Dr. Alberto Gómez Montoya y dio los agradecimientos a nombre de los Delegados, el Dr. Eduardo Vasco.

El 31 de Octubre, los Delegados visitaron el Hospital Mental en Construcción y allí les fue ofrecido un Lunch, por el Dr. Bernardo Uribe Londoño, Secretario de Higiene Departamental, una vez concluido el cual, los Delegados visitaron en grupos, el Manicomio Departamental, la Clínica Sta. Elena y la Clínica de Los Angeles, en donde fueron gentilmente atendidos.

Los Dres. Luis Carlos Posada y Luis Gabriel Jaramillo, obsequiaron a los Delegados con sendos agasajos sociales en sus residencias.

Los organizadores del Congreso, con el ánimo de facilitar la asistencia a las sesiones académicas y de cumplir en forma rigurosa el programa elaborado, organizaron, dentro de la Facultad de Medicina, y en colaboración con la Escuela de Enfermeras, un servicio de Lunch para los Delegados.

LISTA DE LOS DELEGADOS QUE ASISTIERON A LAS DISTINTAS

SESIONES DEL CONGRESO

Invitados de Honor

- Dr. Bernardo Uribe Londoño, Secretario de Higiene Departamental.
- Dr. Jorge Vergara, Rector de la Universidad Nacional.
- Dr. Alfonso Uribe Misas, Rector de la Universidad de Antioquia.
- Dr. Ignacio Vélez Escobar, Decano de la Facultad de Medicina.
- Dr. Lázaro Uribe Cálad.
- Dr. Emilio Robledo.
- Dr. Luis Germán Arbeláez.

De Antioquia.

- Dr. Eduardo Vasco.
- Dr. Ernesto Bustamante.
- Dr. Jorge Gómez Jaramillo.
- Dr. Salvador Jaramillo Berrío.
- Dr. Luis Gabriel Jaramillo.
- Dr. Augusto Díez Estrada.
- Dr. Germán Díaz López.
- Dr. Julio Ortiz Velásquez.
- Dr. Jesús Mora Correa.
- Dr. Alberto Morales T.
- Dr. Pablo Pérez U.
- Dr. Luis Carlos Posada.
- Dr. Raúl Piedrahita.
- Dr. Gonzalo Restrepo O.
- Dr. Jorge Gómez Giraldo.
- Dr. Rodrigo Londoño.
- Dr. Hugo Campillo.
- Dra. Lucía Márquez.

De Cundinamarca.

- Dr. Guillermo Uribe Cualla.
- Dr. Tufik Meluk Aluma.
- Dr. Arturo Morillo.
- Dr. Carlos Bueno Picón.

Dr. Luis Jaime Sánchez.
Dr. Pío Gómez Moreno.
Dr. Hernando León Espinal.
Dr. Aldo R. Stella.
Dr. José Francisco Socarrás.
Dr. Alvaro Villar Gaviria.
Dr. Carlos Castaño C.
Sr. Jaime Zabala.
Sta. Raquel Camero.
Dr. José García Gómez.
Dr. Arturo Lizarazo.
Dr. Julio Asuad.
Dr. Andrés Didier.
Dr. Alfonso Yamhure.
Dr. Alfonso Martínez Rueda.
Dr. Hernán Quijada.
Dr. Alejandro Jiménez Arango.
Dr. Humberto Rosselli.

Del Atlántico.

Dr. Enrique Rodríguez Diago.
Dr. Antonio Reales Orozco.

De Caldas

Dr. Alfonso Giraldo Rivera.

Del Cauca.

Dr. Gerardo Paz Otero.

De Santander del Norte.

Dr. Mario Díaz Rueda.
Dr. Rolando Gandica R.

Del Valle.

Dr. Rómulo Mejía.
Dr. Arcesio Zúñiga.

RESUMEN DE ACTAS

SESION INAUGURAL

El 29 de Octubre de 1954, a las 9 y 40 a.m., tuvo lugar la Sesión Inaugural del 2º Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Forense, en el Auditorium de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia bajo la Presidencia del Sr. Secretario de Higiene Departamental, del Rector de la Universidad de Antioquia y del Decano de la Facultad de Medicina. Asistieron como invitados de Honor los Dres. Lázaro Uribe Cálad y Luis Germán Arbeláez.

En cumplimiento del orden del día, el Dr. Eduardo Vasco, presidente de la Sociedad Antioqueña de Neuropsiquiatría y Medicina Forense, dio el saludo de bienvenida a los Delegados, congratulándose por su grata presencia en esta Ciudad e instándolos a sacar del Congreso el máximo rendimiento científico.

Acto seguido, se procedió a la elección de Mesa Directiva, la cual quedó constituida así: Presidente Honorario, Dr. Lázaro Uribe Cálad, por aclamación; Presidente activo, Dr. Eduardo Vasco, a petición del Dr. Julio Asuad y por aclamación. Se convino en que los Presidentes de cada Sesión elegirían el Vicepresidente entre los miembros de su delegación.

Cumplido lo anterior, el Dr. Bernardo Uribe Londoño, Secretario de Higiene Departamental, presentó a nombre del Gobierno el saludo a los Delegados y declaró abiertas las sesiones del Congreso.

El Dr. Alfonso Uribe Misas, Rector de la Universidad de Antioquia, tomó la palabra y se dirigió a los Delegados, haciendo resaltar la trascendencia que tiene la proyectada reforma del Bachillerato con base en la Higiene mental. Terminó pidiendo al Congreso preocuparse por tan importante tema y se asoció al saludo presentado por quienes lo antecedieron en el uso de la palabra. El Dr. Eduardo Vasco, prometió, a nombre de los Delegados, acceder a la petición del Dr. Uribe Misas.

Para cumplir con el siguiente ordinal en el programa, se acordó que la comisión de Votos quedaría integrada por los Presidentes de las distintas Delegaciones y en la de Bogotá por los Dres. Guillermo Uribe Cualla y Arturo Lizarazo.

Concluido lo anterior, se leyeron y aprobaron proposiciones de saludo, felicitación y condolencia, de las cuales quedará constancia adicional.

PRIMERA SESION ACADEMICA

Siendo las 10 y 45 a.m., tuvo lugar la primera Sesión Académica, bajo la Presidencia del Dr. Guillermo Uribe Cualla y la Vicepresidencia del Dr. Luis Jaime Sánchez. Como Presidente Honorario actuó el Dr. Lázaro Uribe Cálad.

Se leyó primero una proposición formulada por los Dres. Luis Jaime Sánchez y Pío Gómez Moreno, de la cual hay constancia adicional.

A continuación hizo uso de la palabra el Dr. Rodrigo Londoño para exponer en forma brillante su trabajo sobre "Patogenia e Histopatología de la Epilepsia". El Sr. Presidente felicitó al Ponente e hizo un breve comentario de su trabajo.

El Dr. Gerardo Paz Otero, preguntó si se conocía una predisposición convulsivante, a lo cual el Dr. Londoño respondió diciendo que en el Electroencefalograma se encuentran disritmias cerebrales, las cuales activadas en forma enérgica, podrían llegar a desencadenar una crisis convulsiva; añadió que los niños que presentan convulsiones, tienen una labilidad familiar. Citó las investigaciones de Kopeloff, quien inyectó Hidróxido de Aluminio a unas ratas, de las cuales algunas hicieron convulsiones y otras no, a pesar de presentar las mismas cicatrices. Estudiando el fenómeno, encontró anómalas condiciones de vida en las ratas que hicieron convulsiones.

El Dr. José Quintero Salazar, hizo uso de la palabra para formular las siguientes preguntas: 1º Es posible afirmar científicamente que toda persona está predispuesta a la Epilepsia?. 2º. Una persona que cometa un acto ant social durante una crisis epiléptica, es conocedora del hecho o mejor, tiene capacidad para apreciar la bondad o maldad de ese hecho?. El Dr. Luis Carlos Posada, respondió en los siguientes términos a la primera pregunta: Todo cerebro humano es capaz de desarrollar bajo un impulso adecuado, una descarga convulsivante. La segunda pregunta fue motivo de una polémica, la cual fue suspendida a petición del Dr. José Francisco Socarrás, quien adujo que no era de incumbencia de este Congreso intervenir en materia de legislación. El Dr. Germán Díaz López pidió que en el acta quedara una constancia de desacuerdo con el concepto del Dr. Luis Carlos Posada, al decir que toda persona es un Epiléptico en potencia, pues dicha aseveración daría pie a muchas transgresiones de la Ley.

En cumplimiento del orden del día, hizo uso de la palabra el Dr. Gerardo Paz Otero para leer un documentado estudio sobre el tema "Aspecto Médico Legal de la Epilepsia". Abierta la discusión sobre el te-

ma, el Dr. Quintero Salazar repitió las preguntas anteriores y añadió: Por qué una persona que comete un acto antisocial durante un ataque epiléptico no se considera como en estado de "Sugestión patológica", mas bien que como una "grave anomalía psíquica"?

El Dr. Uribe Cualla pidió la palabra y expuso que desde el punto de vista penal, no se podía aceptar que todo individuo es un Epiléptico en potencia. Al referirse a la segunda pregunta, dijo que los individuos que se consideran como verdaderamente peligrosos no son propiamente los que sufren ataques epilépticos, sino aquellos que sufren sus equivalentes, como son: Fugas, Ausencias, Crisis de Furor, etc., y añadió: Es evidente que el acto antisocial, cometido durante un Equivalente epiléptico (impulsión motora, autómata e inconsciente), es desconocido para quien lo comete y no tiene en consecuencia, responsabilidad; en estos casos, se trata de grave anomalía psíquica transitoria y según el artículo 29 del Código Penal, deben aplicarse medidas de seguridad, tales como: Colonia agrícola o manicomio criminal.

Acto seguido, el Dr. Alejandro Jiménez Arango, leyó un resumen del trabajo "Epilepsia Psicomotora", remitido por la Dra. Angela de Angel Villegas, y el Dr. Arturo Morillo expuso ante el Congreso su trabajo "Resultados del empleo de la Clorpromazina en el tratamiento sintomático de los estados de agitación". El Dr. Luis Jaime Sánchez, felicitó al Ponente por el Trabajo que según él, reunía la mayor casuística del País, hasta el momento, a lo cual observó el Dr. Luis Carlos Posada, que en una Sesión posterior, presentaría un Trabajo sobre Narcosis, efectuado en el Manicomio de Antioquia, en un total de 74 enfermos. Preguntado el Dr. Morillo, por el Dr. Eduardo Vasco, sobre la dosis máxima de Largactyl, aplicada en tratamiento ambulatorio, respondió que 75 mgms por vía intramuscular.

Siendo las 12 y 50 p.m., la Presidencia levantó la Sesión.

SEGUNDA SESION ACADEMICA

Siendo las 2 y 40 p. m., del mismo día, se llevó a cabo la segunda Sesión Académica, presidida por el Dr. Rómulo Mejía de la Delegación del Valle; actuó como Vicepresidente el Dr. Arcesio Zúñiga.

Para iniciar el orden del día, el Dr. Ernesto Bustamante, expuso su tema "Clínica y Tratamiento médico de la Epilepsia". Interpelado por el Dr. Eduardo Vasco sobre la forma cómo debía controlarse la Epilepsia motivada por hipoglicemia, respondió: Buscando las causas y quitándolas. Preguntado nuevamente si existía otra terapéutica para controlarla, respondió lacónicamente: No la conozco.

El Dr. José Francisco Socarrás, tomó luego la palabra y expuso: Sería difícil sostener que la Amnesia es síntoma propio de la Epilepsia, pues hay Epilepsia sin amnesia y añadió: No existe una personalidad epiléptica demostrable; ni siquiera la exaltación de la agresividad es síntoma exclusivo de la Epilepsia. El término Epileptoide, tiende a desaparecer por su imprecisión, quedando ya reducido a trastornos del comportamiento.

A la pregunta formulada por el Dr. Tufik Meluk, sobre si había seguido algún método psicoterapéutico en el tratamiento de la Epilepsia, respondió: No.

En prosecución del orden del día, el Dr. Jorge Gómez Jaramillo, leyó su ponencia intitulada "Aspecto Psiquiátrico de la Epilepsia". El Presidente comentó elogiosamente el Trabajo y felicitó al Ponente.

A continuación, hizo uso de la palabra el Dr. Luis Carlos Posada para exponer su tema sobre "Electroencefalografía", terminado el cual, el Dr. Meluk, preguntó si tenía experiencia sobre récords anormales en personas normales, a lo cual el Dr. Posada respondió que esta eventualidad suele presentarse entre un 10 y un 14% y añadió que un Electroencefalograma normal no descartaba la presencia de trastornos orgánicos. Continuó diciendo: La Electroencefalografía representa un 65% en el diagnóstico, la clínica, un 90%, y juntas un 95%. El Dr. Alfonso Martínez, anotó que en las Jaquecas y en las Psiconeurosis, había encontrado alteraciones en el trazado electroencefalográfico, planteando el interrogante de si sería útil combinar a la Psicoterapia, una Terapéutica farmacológica.

El Dr. José Francisco Socarrás, después de felicitar al Dr. Luis Carlos Posada por su sólida exposición, adhirió su concepto a los ya expuestos y añadió a la lista de enfermedades mentales que pueden dar trazado electroencefalográfico anormal, la "Esquizofrenia, concluyendo que la Epilepsia suele tener más problemas psíquicos de lo que se piensa comúnmente, recordando cómo ciertas reacciones pseudomaníacas, pseudodepresivas y pseudoesquizofrénicas, no son más que manifestaciones disfrazadas de una auténtica Epilepsia.

Acto seguido el Dr. Alejandro Jiménez Arango, leyó su trabajo titulado "Tratamiento Quirúrgico de la Epilepsia", el cual fue comentado por el Presidente, quien lo felicitó por la forma ordenada y brillante como había sido presentado.

El Dr. Hernando León leyó luego un trabajo sobre "Neuroencefalografía en Psicosis Crónicas". Interrogado por el Dr. Pablo Pérez por la forma en que actúa la Neuroencefaloterapia, respondió: 1º por

baja de la presión endocraneana. 2º por estimulación del parenquima cerebral y 3º por shock mesencefálico.

Concluido lo anterior, la Dra. Lucía Márquez, expuso su tema sobre "Thematic Apperception Test", el cual fue justamente elogiado por el Dr. Eduardo Vasco.

Hizo luego uso de la palabra el Dr. Antonio Reales Orozco, para hablar sobre "El estado actual del Asilo para reclusión de enfermos mentales en Barranquilla". La claridad con que fueron expuestos los gravísimos problemas que afronta la asistencia de enfermedades mentales en la Costa Atlántica, hizo levantar una voz unánime de protesta por el abandono del Estado, a la vez que de apoyo al Colega, para clamar ante los Poderes Públicos, por su pronta solución.

Para concluir el orden del día, el Dr. Alfonso Yamhure, expuso en forma brillante su Ponencia sobre: Entrenamiento autógeno.

En forma simultánea con la Sesión anterior, los Médicos Legistas verificaron una Sesión Académica a las 3 y 30 en el Salón de Autopsias de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina.

Asistieron los delegados Drs. Guillermo Uribe Cualla, José García Gómez, Químico Toxicológico, Gerardo Paz Otero, Enrique Rodríguez Diago, Germán Díaz López y Julio Ortiz Velásquez, quien presidió la Sesión. También estuvo presente el Dr. Emilio Bojanini, profesor de Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de Medellín.

El Dr. Uribe Cualla, leyó su trabajo titulado "La Muerte Súbita en los Niños por lesiones del Timo. — Su Patogenia e importancia Médico Legal".

Su lectura se relaciona con 93 casos de muerte súbitas, por crecimiento del Timo, ocurridas en la Ciudad de Bogotá en un lapso de 4 años, con exámenes bacteriológicos, por medio de los cuales se logró aislar gérmenes de los diferentes cultivos a que fueron sometidas las sustancias coloides extraídas del Timo.

Como conclusiones dedujo las siguientes:

Primera.—Queda demostrada la relativa frecuencia de la muerte súbita en los niños pequeños (en lo general de pocos meses de edad), en los cuales se demuestra como causa, alguna lesión del timo, sea ella una hipertrofia, una congestión o infarto, ya que en el curso de unos cuatro años se presentaron en Bogotá 93 casos, y en todos aquellos se comprobaron las lesiones macroscópicamente, y luego en formas demostrativas por el examen anatómo-patológico en el Laboratorio del Instituto de Medicina Legal.

Segunda.—Con las 24 microfotografías que ilustran varias de las observaciones, se demuestra la importancia del Laboratorio de Anato-

nía patológica, ya que en dichas microfotografías se comprueban histológicamente, marcadas lesiones del timo.

Tercera.—Se comprobaron 19 casos de congestión del timo, 28 casos de infarto, y 40 casos de hipertrofia del timo.

Cuarta.—En relación con el peso del timo en las 93 observaciones, se tiene lo siguiente: 33 casos con peso de 20 gramos, 21 casos con peso de 30 gramos, 22 casos con peso del timo de 40 gramos; 5 casos con peso de 50 gramos, un caso con peso de 56, y un caso con peso de 60 gramos; un caso con peso del timo de 14 gramos y uno con peso de 10 gramos.

Quinta.—En relación con la edad de los niños fallecidos por lesiones del timo, se encontró lo siguiente en los 93 casos observados: desde 10 días de nacidos hasta 2 años en 91 caso; un joven de 15 años de edad y un joven de 25 años de edad.

Sexta.—En relación con el sexo, de las noventa y tres observaciones presentadas, 52 corresponden a niños y 41 a niñas.

Septima.—Aunque la mayor parte de los autores que han estudiado esta forma de muerte, afirman que es difícil precisar cual es el peso del timo que caracteriza su hipertrofia, de acuerdo con nuestras observaciones la hipertrofia del timo oscila entre 20 y 60 gramos de pesos.

Octava.—En cuanto al mecanismo de la muerte, es claro que en muchos casos la notable hipertrofia del timo explica la asfixia aguda, por compresión de la tráquea, y en estos casos se encontraron a la autopsia múltiples placas de Tardieu, que son características de las asfixias. Pero hay otros casos, en los cuales los signos de asfixia no son muy claros, y entonces es posible que existan fenómenos tóxicos o inhibitorios, producidos por alteraciones hormonales desconocidas, ya que existe una relación interna entre el funcionamiento del timo, las cápsulas suprarrenales y el cuerpo tiroideo; y los desequilibrios del sistema neuro-vegetativo, en estas circunstancias, son evidentes.

Novena.—Algunos autores, y entre ellos el Profesor Marfán, insinúan la hipótesis de que las infecciones crónicas como la tuberculosis y la sífilis, determinan una hiperplasia tímica que a su vez coincide con alteraciones raquílicas.

Como en muchos casos de hipertrofia del timo se encuentran a la autopsia lesiones de carácter inflamatorio, y la presencia de una secreción de color amarillo y aparentemente de aspecto purulento, dispuse que se hicieran algunas investigaciones bacteriológicas en la sección de microbiología del Instituto de Medicina Legal, y hoy adjunto algunos de los resultados en relación con organismos aislados, entre los

cuales hasta ahora predominan el *Micrococcus epidermis* beta-hemolítico, *micrococcus piógenos*, etc. (1).

Terminada la exposición del Profesor Dr. Uribe Cualla, el Delegado Julio Ortiz Velásquez lo felicitó por su importante trabajo, y a la vez le preguntó si contemplaba en su trabajo la muerte súbita en los niños por otras causas distintas a la compresión ejercida por el timo sobre la tráquea y los bronquios, ya que, según Anderson, a la luz de los conceptos modernos, no se acepta que la muerte súbita sea causada únicamente por la hipertrofia de éste órgano que comprime la tráquea y los grandes bronquios. Así, sabemos que en niños y jóvenes puede producir la hiperplasia del timo, disnea, o dificultad de la circulación de retorno, cianosis de la cara por compresión del cuello, salvo en casos de tumores malignos (timomas) que son muy raros, se viene a producir éstos síntomas. El concepto de estado timolinfático es una anomalía constitucional, caracterizada por hiperplasia del tejido linfóide general, timo, hipoplasia de la aorta, atrofia de las cápsulas suprarrenales, y falta de desarrollo completo de testículos o de ovarios. Los niños y jóvenes que presentan todo esto, están expuestos a muertes súbitas como resultados de estímulos triviales tales como sustos, traumatismos leves, anestésias, etc. En este estado, lo más aceptable es que el timo no juegue ningún papel diferente al que le corresponde como miembro del sistema linfóide, y por esta razón se tiene la tendencia a aceptar esta muerte súbita, como parte integrante del denominado Síndrome de adaptación, ya que en algunos de los casos de muerte súbita en los niños, la hipertrofia del timo se suma a los hallazgos de lesiones orgánicas como las ya mencionadas, sin que haya necesidad de admitir la compresión de la tráquea y de los bronquios, como causa determinante de la muerte.

En respuesta a estas anotaciones, el Profesor Dr. Uribe Cualla contesta que en su trabajo no se había estudiado ningún otro órgano diferente al timo; pero que sí expresa en dicho trabajo que, en algunos casos es necesario invocar algo distinto a la simple hipertrofia del timo para explicar la muerte, y agrega que hay en efecto una serie de muertes súbitas en recién nacidos, que no pueden explicarse por una compresión mecánica, aunque la glándula timo sea en estos casos más grande que de ordinario. En muchos de estos casos se encuentra además de esta hipertrofia, un conjunto de signos que realizan el cuadro

(1) Este trabajo será publicado íntegramente en la Revista de Neuro-psiquiatría y Medicina Legal de Bogotá.

anatómico de la diatesis linfática, lo que Paltauf designa con el nombre de estado linfático.

El Delegado Dr. Gerardo Paz Otero, pregunta al Profesor Dr. Uribe Cualla por el tiempo transcurrido entre la toma de muestra en el timo para cultivo bacteriológico y la muerte, ya que ésto hay que tenerlo en cuenta, porque es natural que con dicho tiempo, dos o cuatro horas, se alteran los tejidos por la descomposición cadavérica.

A ésto responde el Profesor Dr. Uribe Cualla, que no lo podía precisar, porque ellos, los médicos, ignoraban por lo general el tiempo transcurrido entre la muerte de dichos niños, y el momento de la autopsia.

El Dr. Emilio Bojanini, Profesor de Anatomía Patológica, tomando parte en el tema tratado, anota que en los casos de muerte súbita en los niños, en los cuales se presume que fue ocasionada por compresión del timo sobre la tráquea, si se echa parafina líquida en el árbol traqueo-bronquial y luego, una vez solidificada aquella se extrae, se comprueba que no hay alteraciones en el calibre de la tráquea ni de los bronquios, lo cual niega todo valor del timo como agente mecánico de compresión en dichas muertes.

A continuación se le concede la palabra al Dr. José García Gómez, el cual lee su trabajo titulado "La Cianhidricohemoglobina", y una vez terminada su lectura y las explicaciones que el autor hace a tan importante tema, la Presidencia lo felicita por su trabajo. No existiendo otro asunto para tratar, se levanta la sesión.

Julio Ortiz Velásquez

TERCERA SESION ACADEMICA

El día 30 de Octubre de 1954, se llevó a cabo la tercera Sesión Académica, presidida por el Dr. Alfonso Giraldo; actuó como Vice-presidente la Dra. Lucía Márquez.

La Presidencia concedió el uso de la palabra al Dr. José Francisco Socarrás, quien hizo un erudito estudio estadístico sobre la criminalidad en Colombia, haciendo resaltar el aumento alarmante y progresivo en el índice de criminalidad en nuestro País, durante los últimos años. Anotó como causas principales no sólo el alcoholismo y demás vicios, sino, y en forma primordial, la ignorancia y el olvido lamentable de la doctrina preconizada por Cristo para regir las interrelaciones humanas y la pérdida de la noción de respeto al derecho ajeno. En forma discriminada analizó la incidencia delictiva en las distintas regiones del

País, encontrando, en forma aparentemente paradójica, cómo aquellos Departamentos en donde se consume en mayor proporción las bebidas alcohólicas, no son precisamente los que acusan cifras mayores en los coeficientes de criminalidad.

Esta magnífica exposición no fue publicada por razones ajenas en absoluto a los organizadores del Congreso.

Acto seguido el Dr. Fernando Santiago de Irazábal, leyó su trabajo sobre "Narcosis Prolongada en el Hospital Mental de Medellín" y el Dr. Luis Carlos Posada disertó sobre el tema "Lobotomías en el Manicomio de Medellín", elaborado en asocio de los Dres. Jesús Mora y Alberto Morales, ambos trabajos merecieron el elogio unánime de los asistentes por la estructura científica y la abundante casuística.

La Presidencia invitó al Dr. Arturo Lizarazo, a que expusiera su tema titulado "Algunas Aportaciones Psicoanalíticas a la comprensión de la Esquizofrenia Pseudoneurótica". Terminada la disertación, tomó la palabra el Dr. Hernán Vergara para felicitar al Ponente y para objetarle al mismo tiempo el diagnóstico dictaminado en el caso expuesto, pues opinaba que correspondía con más propiedad a una Neurosis, ya que los rasgos de Esquizofrenia, no aparecían claros en la Historia de la enferma, agregó, que en el caso de tratarse de una Esquizofrenia Pseudoneurótica, estaría contraindicado el Psicoanálisis. Hizo uso de la palabra el Dr. Francisco Socarrás para defender el diagnóstico cimentado por el Dr. Lizarazo y la terapéutica llevada a cabo en forma brillante. Finalmente el Ponente manifestó que en un trabajo resumido no podían incertarse todos los pormenores del Historial Clínico y que por este motivo el diagnóstico no aparecería lo suficientemente claro; añadió que la enferma había presentado reacciones francamente paranoides. Interrogado por el Dr. Julio Asuad, acerca de si había empleado en el caso expuesto otra terapéutica distinta al Psicoanálisis, manifestó que hubo de acudir a los Electrochoques y a los Comas Insulínicos para vencer etapas inabordables en la paciente.

CUARTA SESION ACADEMICA

El mismo día tuvo lugar en las horas de la tarde la cuarta Sesión Académica, presidida por la Dra. Lucía Márquez.

En cumplimiento del Symposium de Higiene Mental programado para dicha Sesión, hicieron uso de la palabra los Dres. Luis Gabriel Jaramillo, Alberto Morales, Eduardo Vasco y Pío Gómez Moreno, para exponer en su orden respectivo los temas: "Alimentación Psíquica", "Castigos y Estímulos en el niño", "El Problema del Internado; el niño

ante la madre y la niñera" y "Etiología Social de la Delicuencia Infantil y su Profilaxis". A continuación, el Dr. Uribe Cualla, hizo un comentario elogioso sobre el trabajo del Dr. Pío Gómez Moreno, poniendo de manifiesto la influencia que en el aumento de la criminalidad, tiene la publicidad incontrolada del vicio y del crimen.

Concluido lo anterior, el Dr. Julio Asuad inició su exposición sobre el tema "Mentalidad Mágica del Pueblo Colombiano", pero ésta hubo de suspenderse por falla en la energía eléctrica. Siendo las 6 y 45 p.m., se levantó la Sesión.

QUINTA SESION ACADEMICA

El día 31 de Octubre se efectuó la quinta Sesión Académica, presidida por el Dr. Enrique Rodríguez D'ago y destinada al estudio de los problemas Médico Legales.

En primer término el Dr. Rodríguez Diago en breve exordio, felicitó efusivamente al Comité Organizador del Congreso y pidió que fuesen aceptadas las conclusiones del Dr. Serpa Flórez, expuestas en su trabajo.

Acto seguido, el Dr. Uribe Cualla presentó su ponencia titulada "Reformas al Código Civil desde el punto de vista Psiquiátrico Forense. El Dr. José Quintero Salazar pidió cambiar la expresión "Personalidad Civil" por la de "Capacidad Civil", a lo cual accedió el Dr. Uribe Cualla.

Hizo luego uso de la palabra el Dr. Julio Asuad para exponer en forma original el problema de la "Psicosis Colectiva" que ha venido sufriendo nuestro Pueblo y de las consecuencias funestas a que lo condujo, poniendo de manifiesto que es precisamente a los Psiquiatras a quienes corresponde afrontar este magno problema. El Presidente de la Sesión felicitó al Ponente y concedió el uso de la palabra al Dr. Germán Díaz López, quien leyó ante la Corporación su ponencia "Contribución a la reforma de algunos artículos del Código Penal" y terminó formulando un Voto, el cual fue entregado a la respectiva comisión.

Acto seguido, el Dr. Jorge Vergara, Rector de la Universidad Nacional, se dirigió a los asistentes para expresarles su interés por resolver el problema del servicio militar para los bachilleres y por incrementar el estudio de la Psicología en las Facultades de Medicina. El Dr. Uribe Cualla se dirigió al Señor Rector para expresarle la necesidad que tiene el País de una Institución para preparar Médicos Legistas. Hizo uso de la palabra también el Dr. Julio Ortiz Velásquez para manifestar su inconformidad por la mala remuneración de los Mé-

dicos Legistas. El Dr. Uribe Cualla se hizo eco de lo expuesto por el Dr. Ortiz Velásquez.

Siendo las 12 y 50 p.m., se levantó la Sesión.

SEXTA SESION ACADEMICA

El día primero de Noviembre se llevó a cabo la sexta Sesión Académica presidida por el Dr. Arturo Lizarazo de la Delegación de Cundinamarca.

En cumplimiento del orden del día, el Dr. Luis Jaime Sánchez en brillantes frases expuso su tema "Orientaciones y Desorientaciones de la Psiquiatría en Colombia". El Dr. Lizarazo felicitó al Ponente e hizo recalcar el hecho de que Psicoanálisis y Religión no son términos que se excluyen.

A continuación el Dr. Humberto Rosselli, esbozó su ponencia sobre "Apuntes para la Historia de la Psiquiatría en Colombia"; dicho trabajo mereció un elogioso comentario del Dr. Emilio Robledo, quien asistía como invitado de Honor.

Para continuar con el orden del día, el Dr. Hernán Quijada, leyó un interesante trabajo titulado "Aporte al Estudio Psicossomático de la Obesidad", elaborado en colaboración del Dr. Luis Manuel Manzani-lla, trabajo que fue elogiosamente comentado.

ACTA DE LA SEGUNDA SESION ACADEMICA EFECTUADA POR LOS MEDICOS LEGISTAS

En la Sala del Anfiteatro Municipal, a primero de Noviembre de 1954, con asistencia de los Delegados, Dres. Guillermo Uribe Cualla, Enrique Rodríguez Diago, José García Gómez, Julio Asuad, Jorge Gómez Giraldo, Germán Díaz López y Salvador Castro en su carácter de Médico Ayudante en la autopsia. Presidió la Sesión el Dr. Julio Ortiz Velásquez, con el fin de hacer una demostración de cómo se practican actualmente las necropsias en el Anfiteatro Municipal de Medellín, advirtiendo que la técnica que va a exponer en lo referente al tronco, fue introducida en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina por el Dr. Alfredo Correa Henao y que las incisiones y cortes en el cráneo son usados por el Dr. Julio Ortiz Velásquez desde el año de 1938, de acuerdo con el método que vio en la Capital de la República Argentina, en el Anfiteatro, a cargo en ese entonces del Profesor Nerio Rojas.

Se procedió pues a practicar la necropsia y al mismo tiempo se comentó el método seguido, así como también ventajas y desventajas.

El derrotero de la técnica a grandes rasgos fue:

1o.—Examen exterior del cadáver.

2o.—Exploración de las cavidades del tórax y del abdomen, utilizando como vía de acceso una incisión que se extiende desde la cavidad axilar a la otra, pasando por debajo de las glándulas mamarias, y de la parte media de la anterior, otra que se extiende hasta la sínfisis del pubis. Una vez separados los tejidos blandos hacia los lados, se retira el plastrón esternocostal, cortando los cartílagos costales en su unión con las costillas y las articulaciones esterno-claviculares.

3o.—Extracción de las vísceras en un solo bloque desde la lengua, hasta la parte inferior del colon sigmoides.

4o.—Exploración del sistema nervioso central, utilizando como vía de acceso una incisión que se extiende de una apofisis mastoidea a la otra; luego se disecciona el cuero cabelludo hacia atrás y hacia adelante, y en este tiempo se explora la bóveda craneana; luego se procede a abrir la cavidad craneana, haciendo un corte de la calota en sentido horizontal desde la parte posterior de la escama del temporal de un lado a otro lado, pasando por la región frontal; luego se completa el corte del casquete, en forma de cuña, uniendo las extremidades del corte anterior a nivel de la parte superior y media del occipital.

5o.—Extracción del encéfalo en un solo bloque.

6o.—Estudio macroscópico de las vísceras.

7o.—Sutura de las diferentes incisiones practicadas en el cadáver.

Julio Ortiz Velásquez . .

SESION DE CLAUSURA

1o. Se leen y aprueban los Votos, previamente elaborados por la Comisión respectiva.

2o. Se fija la Ciudad de Barranquilla como sede para el Tercer Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Forense, que deberá reunirse durante el año de 1956. El Dr. Enrique Rodríguez Diago, acepta la sede y agradece el honor que tal designación representa para su Ciudad.

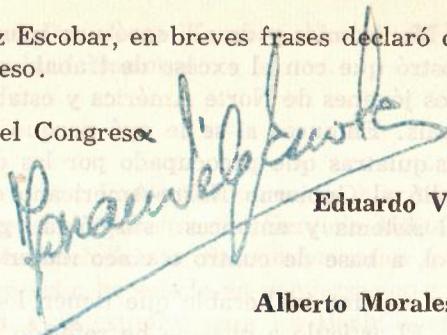
3o. El Dr. Pablo Pérez U., plantea el problema de la Higiene Mental, el cual quedó cristalizado con el establecimiento de un Secretariado con sede en Bogotá.

4o. El Dr. Uribe Cualla, habla en nombre de los Delegados para felicitar a los organizadores del Congreso por el éxito obtenido y agradecer las atenciones que les fueron prodigadas.

5o. El Dr. Ignacio Vélez Escobar, en breves frases declaró clausuradas las Sesiones del Congreso.

El Presidente General del Congreso

El Secretario General:



Eduardo Vasco

Alberto Morales T.

Discurso pronunciado por el Dr. Alfonso Uribe Misas, Rector de la Universidad de Antioquia, en la sesión Inaugural

Señor Secretario de Higiene
Señor Decano de la Facultad de Medicina
Honorables delegados:

Desde mi ángulo educativo y en mi calidad de Rector de la Universidad de Antioquia, me siento obligado en conciencia a trataros de un asunto que es hoy de actualidad más que nunca, y es lo relativo a la reforma del Bachillerato sobre la base de la Higiene Mental. Hace pocos días tuve la ocasión de publicar en la Revista de la Universidad y también en la Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación, un artículo intitulado "La Crisis del Bachillerato" y en ese artículo declaro que la principal causa de la impreparación del estudiantado está en el exceso de materias de los pénsumes excesivamente inflados, en el enciclopedismo escolar, en lo que se llama la Pansoffia en el Campo de la Educación. Hemos llegado a extremos hasta de 17 materias por año, 9-11-15 y 17 materias por año, y estamos acabando con la niñez y con la juventud. En ese estudio me fundé yo desde el punto de vista Médico en lo que hizo en los E.E.U.U., el gran Pedagogo Nicolás Morris Botler, Rector que fue de una de las grandes Universidades de Norte América. Hace unos 30 años también se hizo un ensayo enciclopédico en aquella gran nación, hasta el punto de llegar a crear 20 materias por año. Surgió entonces este hombre eminentísimo a defender a las generaciones a defender a la niñez y a la juventud; sentó Cátedra por todas partes, publicó resonantes artículos en los periódicos y las Revistas Científicas, dictó conferencias y no se le escuchó; entonces acudió a un medio que ese sí era convincente. Se fue a los Hospitales y

a los Manicomios y de allí sacó una maravillosa Estadística con la cual demostró que con el exceso de trabajo estaban enfermando a los niños y a los jóvenes de Norte América y estaban acabando con la cultura en ese país. Entonces si se le oyó porque fue precisamente un Congreso de Psiquiatras que preocupado por las declaraciones de Morris Botler, le pidió al Gobierno Norte-Americano que reformara sustancialmente aquel sistema y entonces surgió la grandiosa reforma de la High School, a base de cuatro o cinco materias máximo por año que es el mismo sistema inalterable que tienen los Pedagogos de Inglaterra.

El artículo a que me he referido ha tenido la suerte de ser prohibido por el Ministerio de Educación, en su totalidad como una de las bases de la iniciada reforma del Bachillerato, pero yo quiero acudir a vosotros que entre todos los Colombianos sois los más llamados a ser los guardianes de la Higiene Mental en nuestro pueblo para que os preocupéis por este asunto que es un asunto muy serio. Aquí por falta de Estadísticas no ha surgido un Morris Botler que denuncie el caso, pero yo estoy seguro y yo conozco casos de niños y de jóvenes enfermos, mentalmente enfermos por el recargo de estudios en el Bachillerato y no solo en esos estudios sino en la primera enseñanza que es más grave todavía con los niños y en la enseñanza Universitaria. Os ruego pues que os preocupéis de este asunto; sería muy interesante que de este Congreso surgiera una voz en ese sentido, en el sentido de defender a la niñez y a la juventud y en el sentido de promover la reforma a fondo del Bachillerato desde el punto de vista de la Higiene Mental.

Me asocio de corazón al saludo de bienvenida que os ha dado el Dr. Vasco Gutiérrez, formulo los más fervientes votos por vuestra grata permanencia en esta ciudad y por el éxito de este Congreso.

Palabras pronunciadas por el Dr. Guillermo Uribe Cualla durante la Primera Sesión Académica

Agradezco sinceramente el insigne honor que se me ha concedido al elegirme inmerecidamente para presidir esta primera sesión Académica. He querido nombrar como vicepresidente de la Delegación de Cundinamarca durante esta sesión al Dr. Luis Jaime Sánchez a quien considero como uno de los más altos exponentes de la Psiquiatría en Bogotá. Aprovecho la ocasión también para adherirme muy sinceramente a los Homenajes unánimes que ha rendido el Congreso al Dr. Uribe Cálad por sus altos servicios prestados; siempre lo hemos considerado como un hombre meritorio en alto grado.

Palabras pronunciadas por el Dr. Jorge Vergara, Rector de la Universidad Nacional

Señores Delegados:

Por lo que me informa el Dr. Vasco Gutiérrez, se han tratado aquí asuntos de gran interés, como el problema del Servicio Militar Obligatorio para los estudiantes de Bachillerato; debo informarles que la Universidad está preocupada con ésto; he estado en conversaciones tendientes a evitar la discontinuidad de estudios para los Bachilleres como base general, ya tenemos el proyecto de decreto estructural y según la impresión que tengo hay muy buen ambiente por parte de las autoridades para resolver en forma satisfactoria este problema. Tengo que informarles también que respecto a la docencia Médica, me ha preocupado que en la Facultad de Medicina no estuviera incorporada la clase de Psicología, pero que se va a incorporar desde el año entrante; realmente una Facultad de Medicina que no tiene clase de Psicología es prácticamente una Facultad de Veterinaria Especializada. También estoy en el proyecto de fundar dentro de la Universidad, el Instituto de Psicología Aplicada, convirtiendo el actual Instituto en Facultad; Psicología Aplicada en tres puntos fundamentales: Psicopedagogía de la Moral y Psicología Jurídica, pero para hacer investigaciones. De manera que el Instituto va a ser de investigación en conexión con un interés que tiene el Ministerio de Educación y que los trabajos de tesis de los alumnos sean hechos en ese Instituto. Estoy poniéndome en contacto con autoridades eminentes para poner los diversos ramos del Instituto, las partes de investigación y los Laboratorios necesarios en manos de personas de gran experiencia en ésto, combinado con el envío de estudiantes a centros idóneos para éstas ramas importantes. Encontré que la Facultad, a la cual le doy una grande importancia, estaba detenida en la Psicología General pero no está haciendo investigación sobre problemas concretos escolares ni laborales ni de otro género, no por culpa de los estudiantes ni de los profesores sino por falta de una última etapa que será lo que yo pienso llamar Instituto. Estos son los puntos en que quiero detenerme para no molestar la atención de ustedes, saludarlos en nombre de la Universidad y ofrecerles mi colaboración personal para ayudarles, acompañarlos, en fin batallar al lado de ustedes en estas necesarias campañas por el bienestar de la colectividad y de los individuos.

Discurso pronunciado por el Dr. Bernardo Uribe Londoño Secretario Departamental de Higiene, durante la sesión inaugural.

Señor Rector de la Universidad de Antioquia,
Señor Decano de la Facultad de Medicina,
Señores Presidentes,
Honorables Colegas:

Grande e inmerecido honor me corresponde al inaugurar el 2º Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Forense. Vive la Patria una era magnífica de progreso; con gran satisfacción podemos decir que la Medicina Nacional no va a la Saga sino que ella puede equipararse a la que existe en los países más civilizados del mundo. Prueba de ello es este Congreso al que llegáis llenos de inquietudes científicas y cargados con el fruto de vuestros trabajos asiduos, silenciosos, intensos y fecundos. Vuestras exposiciones serán de enseñanza para el acertado programa que debe seguir el Gobierno al legislar sobre cuestiones de asistencia pública. En nombre del Señor Gobernador os presento cálida, cordial y acogedora bienvenida. Hago votos por el éxito completo de vuestro empeño y declaro abierta las sesiones del 2º Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Forense.

Palabras del Dr. Eduardo Vasco en la Sesión Inaugural del Segundo Congreso Nal. de Neuropsiquiatría y Medicina Forense.

Señor Secretario de Higiene Departamental, señor Rector de la Universidad, señor Decano de la Facultad de Medicina, señoras, señores:

Es con una indecible satisfacción y un gran contentamiento como yo os doy la bienvenida a esta tierra nuestra que se siente orgullosa y agradecida de vuestra visita.

Porque no habeis venido en afanes de lucro ni en curiosidades de turismo, sino que habéis dejado de mano, sin duda, laboriosas tareas profesionales y naturales esparcimientos hogareños, para venir a sentaros a nuestro lado, a cambiar mensajes de esperanza en torno a estas nobles disciplinas científicas que tienen como objeto, no solo aliviar las tremendas torturas de la personalidad atormentada, sino también mejorarla, o al menos conservar su integridad y procurar su adaptación al duro forcejeo de los días que vivimos.

A medida que la humanidad avanza y que la cultura va agu-

dizando la sensibilidad de los pueblos, resulta más ardua y más recia la lucha por la vida; el hombre primitivo y aún el hombre de los campos desconocían este rudo pugilato de los diarios afanes, estas crisis de angustia de que es víctima el hombre de estos tiempos en la lucha feroz por la conquista del pan, de la supremacía y de la dominación. Y en la continua tensión del pensamiento y de las actividades corporales, es el sistema nervioso uno de los más severamente castigados por el choque de las emociones violentas; y si este sistema está ya maltrato por la herencia o por la enfermedad, o desequilibrado por el desorden y la intemperancia, entonces basta un empujón, una de esas terribles zancadillas que a menudo presenta la vida, para que el cordaje misterioso reviente sus amarras y la nave de la conciencia naufrague en mares de locura.

Porque es preciso reconocer que llevamos bajo el cráneo y disperso a todo lo largo y ancho de nuestro organismo, un instrumento complicado y fágil, de gran precisión y de suma delicadeza, que recibe todas las vibraciones del universo, las adapta, las elabora y las devuelve formadas en una u otra forma sobre el ambiente, instrumento que está intensamente influenciado por el flujo y reflujo de las hormonas. A lo largo de sus microscópicos cables y en la intrincada red de sus neuronas se exteriorizan las más altas funciones de la vida mental. Hay cerebros de finos cordajes que pudiéramos llamar de alta tensión, a través de los cuales pueden pasar las más intensas y prolongadas emociones sin desequilibrarlos ni romperlos; pero que pocos son, comparados con los de baja tensión, morbosamente hiperestensados o flojos, y verdaderas cajas de resonancia en las cuales los choques de fuera se multiplican, hasta llevarlos a la desadaptación o a la ruptura definitiva.

Y es de la herencia, recia o frágil, de la manera como nos hayan defendido en la infancia el sistema nervioso y de la higiene mental que consciente o inconscientemente practiquemos, de lo que depende humanamente hablando, la integridad, el control y la capacidad inhibitoria, de nuestros actos superiores.

Dijérase que el recién llegado a la palestra del mundo, trae en su sistema nervioso y en su estructura toda, una página escrita pero confusa e inteligible, y que va a ser el universo sensible que lo baña y que lo penetra a través de las ventanas de los órganos de los sentidos, el que va a dar un sentido preciso, una interpretación adecuada a aquellos signos cabalísticos que la herencia bosquejó con mano temblorosa, a modo de interrogaciones, en el substratum mismo de la especie.

Y qué se hace entre nosotros por defender el aparato más perfecto y más evolucionado y por lo tanto más propenso a desintegrarse?

No sólo no se hace nada, sino que se procura todo lo posible por averiarlo y destruirlo: los progenitores ignoran en su gran mayoría las leyes de la herencia, y los principios más elementales de eugenesia: durante el tiempo de elaboración en el cláustro materno, a las dolencias y preocupaciones naturales, se unen en muchos casos el maltrato, la incomprensión y la fatiga; la infancia carece de orientación y sus nervios están superexcitados por el ruido y el desorden, cuando no por el cine y el alcohol tempranamente consentidos; la escuela es, para los que tienen algún desequilibrio intelectual o afectivo, generatriz de psicopatías y de oscuras aberraciones: el trabajo profesional, debido a la inexistencia de una apropiada selección que tuviera en cuenta las aptitudes personales y la resistencia biológica, es casi siempre un factor de surmenage y desadaptación; parte de los obreros y empleados pasan su vida entre la oficina o el taller y la taberna o el café a la espera de la francachela sabatina que termina en el prostíbulo; los jóvenes son abandonados a sus propias tendencias, a los peores hábitos de trabajo y de vida, sin consejos apropiados y sin orientación ni ayuda en sus actividades sociales, todo lo cual va haciendo del conglomerado un conjunto de seres hostiles, intolerantes, prevenidos, intransigentes, amargados, tristes, fatigados, quejosos, angustiados e inquietos.

La Conciencia Moral: Todos los días surgen comentaristas autorizados que llaman la atención sobre la importancia que tendrá en el futuro del mundo la formación de generaciones robustas y sanas.

El problema de la nutrición se estudia con amplitud y profundidad no sospechadas hasta ahora, y se le considera como la piedra angular en el advenimiento de un tipo racial dotado de las mejores reservas biológicas.

La eugenesia en el sentido aceptable de la palabra, ha salido ya del terreno de las elucubraciones para entrar en una fase de experimentación con resultados sencillamente admirables, en mira hacia la obtención de productos relativamente perfectos, para lo cual toma en cuenta hasta donde es posible, los factores hereditarios que puedan controlarse abonando luego el terreno en donde la semilla seleccionada ha de prender y de donde ha de tomar su estructura energética.

La puericultura en consonancia con la eugenesia toma al niño desde antes de nacer, hace menos penosas las condiciones del nacimiento orienta la nutrición y vigila el advenimiento de cada período fisio-

lógico con el objeto de estimular o moderar, dirigir o corregir sus diversas manifestaciones.

Todas estas encumbradas iniciativas disponen ya de grandes inteligencias directivas, de complejos laboratorios de investigación, de académicos concilios y cenáculos en donde la más rigurosa técnica científica fundamenta y respalda toda conclusión.

Es decir, que la humanidad encontró ya su camino en cuanto al problema biológico y es sólo cuestión de tiempo y de propaganda que aquellas determinaciones cristalicen en la conciencia colectiva y entren de lleno a hacer parte integrante de los conocimientos elementales.

Pero desgraciadamente este aspecto no es todo en la persecución de la felicidad humana ni de la inmortalidad de nuestro destino. Hay otro semiolvidado y quizás más trascendental y es el que hace relación a la higiene y a la salud mentales.

Podemos llegar a crear sin duda el tipo de líneas perfectas que aunadas logren constituir la armonía de las formas que es la belleza y de las funciones fisiológicas que es la salud; podemos aspirar con bases firmes, a que las oscilaciones de esa ondulada que representa la salud somática se reduzca al mínimun; estamos en camino de multiplicar y aún de generalizar bellos ejemplares de vigor y lozanía en los cuales como sostiene COURMOUNT guarda la especie sus mejores reservas.

Pero el bienestar colectivo, la humana y sencilla felicidad, habrán ganado muy poco con estas resonantes adquisiciones.

Ni siquiera podemos contentarnos tampoco con forjar el animal sano, alegre y feliz que alimentó el subconsciente de Federico Nietzsche.

Porque todas estas fuerzas vitales, estas energías biológicas tienen un solo valor relativo frente a las energías que iluminan la vida superior del hombre y que forman la espuma de la verdadera cultura. La incertidumbre que gravita sobre el mundo y la inestabilidad de todas las cosas nos están mostrando con caracteres de tragedia hasta dónde puede llegar el hombre-máquina que no tiene más aspiraciones que el placer ni más ley que el derecho de conquista.

El magno error de estos tiempos ha sido sin duda el estímulo de una civilización que olvidó los factores espirituales, y que pasó por alto el cultivo de las necesidades de orden moral que son las únicas capaces de contrarrestar la natural elación del egoísmo humano.

Es urgente, pues, de toda necesidad, crear otra conciencia que complemente la biológica, una conciencia integrada por esos imponderables que son la abnegación, el espíritu de sacrificio y el de renuncia-ción: una conciencia que tenga como norma servir, suavizar y aliviar; una conciencia que comience por crear en el individuo mecanismos de-

fenivos contra sí mismo; amortiguadores de la sed de placeres aún de los permitidos: moderadores de la propia ambición que es a menudo fuente de dolor y melancolía; frenadores del amor propio tan indispensable en el surgir de la personalidad, pero tan peligroso cuando desemboca en la soberbia y en la dureza de corazón: una conciencia en la cual la generosidad ilumine la ceguera de los instintos y los transforme en palancas constructivas y en fuerzas de superación.

Espero que no consideréis fuera de lugar este bosquejo un poco desolado del ambiente que nos circunda, en el cual se mueven nuestros pacientes y el cual está influyendo sin duda, en forma desastrosa, sobre los frágiles mentales y los predispuestos. Hay tanto dolor inútil proyectando sobre los hogares y villorrios y en las entrañas mismas de las metrópolis debido en gran parte a la violencia con que las personalidades agresivas descargan sus instintos ignorando por completo la bondad, la tolerancia y la clemencia, y hay tanta zozobra y tanta angustia en millares de seres maltratados por la herencia y por el ambiente, que requieren el terciopelo de la ayuda comprensiva y cariñosa o de la psicoterapia profunda —no de esa orgullosa que pretende curar todos los padecimientos emocionales— sino aquella más humana y más humilde que orienta Otto Rank cuando afirma que lo único que la terapéutica psicoanalítica puede ofrecer a sus pacientes, es la adaptación de sus incertidumbres y complejos a las necesidades del vivir y el aprendizaje de poder “convivir con sus escisiones, con sus conflictos, con sus ambivalencias”.

En la agenda de nuestro congreso figuran primero los trabajos de investigación sobre la histo-patología del sistema nervioso, sobre la función eléctrica de las neuronas, sobre los sorprendentes progresos de la clínica y de la neuro-cirugía todos los cuales tienen por objeto tratar de penetrar en ese continente incógnito que ha sido el aparato neuro-glandular, a nivel del cual emergen los destellos de la razón que constituyen la huella inconfundible de aquel soplo taumatúrgico con que el Supremo Hacedor animó la arcilla elemental.

Vienen en seguida eruditas exposiciones no ya sobre la estructura somática, sino sobre las funciones normales y patológicas de la persona humana y el estudio de los métodos más apropiados para conocer la integridad mental y para mejorarla y por último, se registran los avances de la psiquiatría en el campo de la medicina legal, la cual se ha convertido en un auxiliar imprescindible en la investigación de los delitos y en el análisis fecundo de la personalidad del delincuente.

No quiero terminar esta cordial invitación al estudio sin hacer resaltar que es la primera vez en la historia científica del país, que mu-

jeros colombianas tomen parte activa en esta clase de congresos. Dos nombres figuran con ponencias de primera importancia en las sesiones que van a comenzar; La Dra. Angela de Angel Villegas de la delegación de Cundinamarca y la Dra. Lucía Márquez de la Universidad de Antioquia. Loor a ellas que entran con sus propios méritos en estas palestras del pensamiento que son en el fondo la mejor manera de apreciar la educación y la cultura de un pueblo.

Palabras pronunciadas por el Dr. Enrique Rodríguez
Diago en una de las sesiones del Congreso.

Señor

PRESIDENTE DEL II CONGRESO DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL.

Distinguidos Colegas:

Mis primeras palabras son para presentar mi más cordial saludo a todos los miembros de esta Docta Corporación y consignar mi voto de aplauso y felicitación al comité organizador por la manera eficaz y activa como ha sido organizado el Congreso; sin descuidar el más pequeño detalle, hasta el punto que veo ocupando sus puestos de honor a todos los hombres de ciencia de las distintas ciudades de Colombia; dispuestos a contribuir con sus luces, conocimientos y sabiduría a resolver los intrincados problemas que ofrece la Psiaquiatria en todas sus múltiples faces y matices. Brillante fue la idea del Profesor Guillermo Uribe Cualla, cuando en Febrero del año pasado, realizó la reunión del Primer Congreso de Psicopatología—Neurología y Medicina Legal en Bogotá, en colaboración con los Doctores Edmundo Rico, José J. Calderón Reyes, Hernán Vergara, José Francisco Socarrás; patrocinado y auxiliado por el Ministerio de Higiene, actuando como Ministro el Dr. Alejandro Jiménez Arango; así como todos los demás miembros de la Sociedad de Psicopatología y Medicina Legal de Colombia.

A ese Congreso, recuerdo muy bien, asistió una lujosa delegación de la Universidad de Antioquia, y presentó luminosos trabajos sobre distintos e interesantes tópicos, a saber: Estado actual del conocimiento textural de la Sinapsis; La significación funcional de la Neuroglia; el Círculo Epiléptico, y otros más, de igual importancia; que fueron escuchados con suma atención por todos los congresistas.

El temario de este Congreso presenta problemas de psiquiatría de palpitante interés; y como resultado de su consideración y estudio se formularán soluciones adecuadas en cada caso.

Quiero señores congresistas antes de proseguir mi breve exposi-

ción, dedicar un sentido recuerdo a aquellos varones ejemplares, altos representantes de la medicina en Colombia, Doctores Montoya y Flórez, Gil J. Gil, Zea Uribe, Braulio Mejía, Alfonso Castro, Gabriel Toro Villa y Juan Bautista Londoño y otros, todos ya desaparecidos; dilectos hijos de Antioquia, quienes contribuyeron a elevar el nivel de la medicina y dejaron huellas imborrables de sus brillantes actuaciones en los anales de la medicina Patria. Inclinémonos reverentes ante su memoria...!!

Señores Congresistas:

En mi carácter de Médico Jefe de la Oficina Central de Medicina Legal del Atlántico y Presidente de la Sociedad de Psicopatología-Neurología y Medicina del Departamento, me toca hacer, seguidamente, algunas consideraciones sobre el problema de los enfermos mentales en el Atlántico, especialmente el de Barranquilla. Problema que está esperando una solución satisfactoria; que podría decirse está en pañales.

Es de justicia reconocer que las autoridades del Departamento del Atlántico, se han empeñado en mejorar la asistencia de los alienados; y debo mencionar que los últimos Gobernadores, Doctores Eduardo Carbonell Insignares, Próspero Carbonell, Coronel Marco A. Villamizar y el actual Gobernador Mayor Jacinto E. Márquez, han tomado medidas importantes para solucionar este grave problema asistencial; pero aun queda mucho por hacer. El Frenocomio de Varones, cuenta solo con 26 Celdas, y carece de todos los medios modernos para el tratamiento y cuidado de los enfermos.

Hace pocos años el Club Rotario de Barranquilla, del cual soy miembro, teniendo en cuenta que en esa época los dementes estaban a la intemperie, y algunos encadenados a unos árboles que había en el patio del Manicomio, nombró un comité para solucionar este macabro estado de cosas; y recuerdo que uno de sus miembros, fue el compañero Rotario Ingeniero Antioqueño, Dr. Emilio Montoya Gaviria, quien con su eficaz ayuda y la de otros ingenieros rotarios, edificaron unas Celdas en el Manicomio, y se mejoró las condiciones sanitarias del establecimiento. Mas tarde el Sr. Secretario de Higiene del Atlántico, Dr. Miguel Angel Arces, edificó otras Celdas más, y hoy, se encuentra el establecimiento en condiciones menos lamentables que antes; pero esperando unas nuevas reformas para ponerlo a tono con una ciudad de la importancia de Barranquilla.

En cuanto al Frenocomio Femenino, diré con pena, que es doloroso visitar esa dependencia de la Beneficencia del Atlántico; el edificio es un caserón destartalado, con techos inservibles, que cuando llue-

ve, las enfermas se mojan; con los pisos y paredes en pésimo estado y, como si todo esto fuera poco, está situado contiguo a un hospital de tuberculosos, de modo que la mitad de las asiladas se han contagiado con el Bacilo de Koch.

Yo hice una exposición sobre el mal estado de este Frenocomio Femenino en el Club Rotario de Barranquilla; y calificué de dantescas las condiciones en que se encuentran estas pobres alienadas. El Señor Gobernador Mayor Jacinto E. Márquez, quien es ilustre rotario, teniendo en cuenta este estado de cosas, está ahora tomando medidas para solucionar el problema grave higiénico-social, que constituye para Barranquilla, el llamado Frenocomio Femenino.

Podría extenderme mucho más en la consideración del problema de los enfermos mentales en el Atlántico, pero me haría interminable y no dispongo del tiempo necesario ahora. El distinguido colega Dr. Roberto Serpa Flórez, presentó un magistral estudio en el Primer Congreso de Psicopatología y Medicina Legal, intitulado "Estado Actual de la Asistencia y Tratamiento de los enfermos mentales en Colombia"; y pido que este Congreso apruebe sus conclusiones, que podrían servir de base para que el Gobierno legisle sobre este importante problema.

En una ciudad como Barranquilla que cuenta con 400.000 habitantes, poco mas o menos, es irrisorio que exista un Frenocomio para Varones con solo 26 Celdas; y otro para Mujeres con 17 Celdas. Las estadísticas que presentaré adjunto a este breve estudio, a manera de apendice, son datos recogidos en la Oficina Central de Medicina Legal del Atlántico, a mi cargo, e indican claramente, que Barranquilla necesita hoy por hoy, un Hospital Psicopático para 100 hombres, y otro para mujeres con la misma capacidad.

No puedo concluir, Señores Congresistas, estas palabras, sin antes presentar un respetuoso saludo al Señor Gobernador de Antioquia, al Excelentísimo Sr. Arzobispo de la Arquidiócesis de Medellín, al Sr. Alcalde Mayor de la ciudad; lo mismo que a los señores Directores de la Prensa Hablada y Escrita.

SANCIONES Y ESTIMULOS EN EL NIÑO

DR. ALBERTO MORALES TOBON

De gran trascendencia es este tema, no sólo por referirse a la infancia, cimiento de futuras civilizaciones, sino por estar comprometidos en él todos los encargados de velar por la formación del niño.

Como punto de partida para planteamiento del problema, damos por aceptado que tanto castigos como estímulos son por así decirlo inherentes a la especie humana. Desde su arribo al mundo lanza el niño su primer grito de protesta contra un ambiente que no le es tan cómodo como el apacible y tibio utero materno. Sus nuevas condiciones de vida lo colocan en un medio, en donde va a encontrar recompensa si obra de acuerdo con él y castigo si trata de transgredir sus leyes. Los instintos empiezan a obrar desde su nacimiento y conjuntamente con ellos la fuerza reguladora llamada Super YO, por los Psicoanalistas. Los adultos en forma incomprensible, olvidamos que fuimos también niños; el Pediatra quiere en forma dictatorial poner estricto horario a su alimentación, la madre se extraña de que el niño no permanezca las 24 horas en el lecho y el padre no consciente en que su hijo proteste por medio del llanto contra las inclemencias del ambiente.

A medida que su evolución avanza, los instintos se hacen cada vez más pujantes, el radio de acción más amplio y las fuerzas coercitivas más inclementes. Al cruzar las etapas Sadico Anal y Fálica de su desenvolvimiento psíquico, presenta tendencias destructivas y curiosidad por los problemas sexuales, que le acarrearán inmerecidos castigos por parte de sus progenitores, quienes obrando a la luz de la más oscura ignorancia, tratan de reprimir en ellos lo que no es más que manifestaciones naturales y transitorias. Pero no es ese sólo el calvario que el niño encuentra en su camino; la vida moderna ha olvidado casi por completo la existencia de los niños y de ahí que estos se encuentren bajo la tendencia de instintos imposibles de dominar por la acentuada inmadurez del juicio, en un ambiente lleno de dificultades para su necesaria actividad. Su casa esta llena de flores y de adornos todos puestos al alcance de su mano y que no obstante, según el maduro criterio de sus padres, tienen que respetar. Sus juguetes están confinados a una pieza de reblujo y el resto de la casa es tierra prohibida para él. Las curiosidades de orden sexual sorprenden a sus padres como hechos antinaturales y perversos y hasta llega en ocasiones a recibir fuertes sanciones por querer descubrir y conocer su propia personalidad.

Llegado a la edad escolar el problema se acentúa; es cierto que para entonces el juicio ya se encuentra un poco más maduro, pero no es menos cierto que son más poderosas las fuerzas que se oponen a la satisfacción de instintos y tendencias. Los maestros y condiscípulos van a ser más rígidos con él, pues el factor afectivo que en los padres mitiga el rigor, obra ya con menor intensidad.

El bárbaro aforismo "La letra con sangre entra", ha pasado a ser ya, a Dios gracias un triste recuerdo de la Historia y puede afirmarse para bien de la humanidad que el castigo físico ha desaparecido de las escuelas, pero aún perdura una práctica no menos cruel, e inhumana que aquella y de la cual haré mención posteriormente.

Desde el arribo a la adolescencia, el problema del castigo se convierte en una lucha franca y abierta entre padres e hijos y entre educadores y educandos. Las tendencias instintivas han tomado forma y el juicio ha madurado lo suficiente para exigir su derecho a satisfacerlas sin contrariar las leyes naturales. Por su parte, padres y maestros, inexplicablemente se empeñan en reprimir dichos instintos y en rechazar de plano el derecho no sólo a su manifestación exterior, sino hasta su aparición en el campo de la conciencia. La fuerza puesta por Dios para impulsar a los Seres a perpetuar su especie, es susceptible de ser encauzada pero no de ser reprimida impunemente. La atracción del sexo por el sexo opuesto es ley no sólo natural sino Divina, pues fue Dios mismo quien la promulgó. A qué pués esa lucha despiadada e inconducente que entablan padres y maestros contra los adolescentes? La coquetería en la mujer, los adornos y maquillajes que no exedan los límites de una natural modestia, no son caprichos necios, son armas instintivas en la lucha por cumplir lo que Dios ha ordenado. Las amistades pueden y deben ser seleccionadas, pues una vez establecida la íntima transferencia afectiva entre dos seres, las fuerzas humanas resultan débiles para deshacerla.

No es que me declare partidario de Juan Jacobo Rousseau en el sentido de que al niño y al adolescente debe dársele amplia libertad para conducirse ni mucho menos que predique el amor libre. Reconozco la necesidad del freno pero éste debe ser aplicado en forma adecuada para que no dañe en vez de aprovechar.

Solamente los padres y educadores que hayan sabido inspirar confianza a los adolescentes podrán intervenir con éxito en sus problemas y la confianza se inspira por medio del amor y de la instrucción sincera y no por medio de la fuerza bruta o queriendo mantener en la ignorancia a quienes desean con avidez conocer las interrelaciones humanas.

Si el castigo físico en el niño engendra el resentimiento, en el adolescente engendra el odio.

Dije al principio que la aplicación de premios y castigos no constituye en sí punto de discusión pues todos la aceptamos no solo como conveniente sino también como necesaria. El punto de discordia se plantea al definir la forma en que se ha de premiar o castigar. Me limitaré a exponer mis puntos de vista y al discutirlos nos darán sus luces quienes han venido a este recinto con mayor acopio de ciencia y experiencia.

Condeno enfáticamente y para todos los casos el castigo físico y el humillante. El azote no tiene razón de existir y el aprovecharse de un castigo para desvalorar ante sí o ante otros la personalidad del castigado es indigno de nuestra civilización. El que azota, antes que proporcionar un castigo, toma una venganza y en consecuencia su resultado será contraproducente. El castigo físico y el humillante no hacen más que crear el resentimiento contra el cual reaccionará más tarde el niño o doblegándose cobardemente ante un mundo que supo someterlo o violentando leyes que aprendió a mirar con odio. El padre que azota a su hijo lo hace por uno de dos motivos: o satisfaciendo un instinto sádico y entonces la injusticia aparece manifiesta, o en un momento de irreflexión, lo cual quedará demostrado poco tiempo después, cuando se sienta arrepentido y avergonzado de haber golpeado a quien tiene la perentoria obligación de proteger.

De no menor importancia será la consideración de los motivos que con frecuencia ocasionan los castigos, los cuales analizados a la luz de la razón y no de nuestra propia conveniencia pertenecen más bien a quien castiga. Será culpable un niño de arrancar las flores a una mata, de quebrar un vaso o de despertar con sus alegres gritos al padre que duerme apaciblemente la siesta? Tiene la culpa un niño de que la vida moderna haya llenado su casa de objetos intocables y que a él, carente de suficiente raciocinio le agrada tanto tocar, romper e investigar? Será motivo para un castigo el que un niño quiera enterarse, llevado por un natural instinto, de las diferencias sexuales entre el hombre y la mujer?

Como estos son casi todos los ejemplos de los motivos que atraen la ira y el azote de los padres sobre sus propios hijos.

Cual será entonces la forma más adecuada de aplicar un castigo?. Es necesario antes de responder esta pregunta hacer algunas consideraciones.

Más importante que castigar es tratar de prevenir las causas del castigo. Más digno de la especie humana es encauzar por el recto ca-

mino mediante el buen ejemplo y el amor, que tratar de imponer nuestros puntos de vista por medio del azote; y estos objetivos solo pueden obtenerse por medio de la instrucción y el sacrificio. Quien se apreste a desempeñar el oficio de padre o de Educador debe primero aprender a conocer que el niño no puede compartir su género de vida con el adulto y comenetrarse del espíritu de sacrificio que tan sublime misión exige. La causa del castigo puede, en consecuencia evitarse quitando al niño los obstáculos que van a proporcionarla y aprendiendo a conocer qué es maldad y qué es tendencia natural.

Nunca el castigo deberá aplicarse cuando no se tiene el ánimo sereno. Quien tiene hambre o sueño, no reflexiona y es injusto en sus reprensiones y quien proyecta en su hogar la ira ingendrada fuera de él, podrá ser un educador?.

Los sentimientos religiosos deben aprovecharse en su parte positiva para la educación del niño y no abusar de las amenazas del diablo, del infierno y del pecado, que van a crear en el niño o en el adolescente, un sentimiento de culpabilidad.

He mencionado muchas veces la palabra castigo y hasta el presente no he propuesto ninguna forma para aplicarlo. En no pocas ocasiones el castigo se desprende de la misma falta. Al niño que en un acto de rebeldía se niega a recibir la comida, bastará hacerle una breve reflexión, pues espontáneamente y acosado por el hambre, reconocerá su error pocos minutos después.

A quien ha sabido captarse el respeto por medio del amor le bastará un reproche para corregir y a quien ha querido imponer su autoridad por el castigo físico, le serán inoperantes los azotes para conseguirlo.

Al niño normal le bastará el buen ejemplo y la comprensión para llegar a integrarse como ser útil en la sociedad y al niño anormal tan sólo le cabrán medidas preventivas o correctivas que le eviten daño para sí o para otros.

Las faltas que pueden llamarse verdaderamente graves, como ser: el atentado contra la propiedad o la integridad personal lo mismo que las aberraciones sexuales o manifestaciones precoces de la misma índole, son patrimonio desgraciado de seres anormales y como tales, deben ser remitidos a quien sea competente en su manejo y no neciamente castigados por quienes ignoran en absoluto la causa íntima de esas anomalías en la conducta.

Mas difícil que castigar a quien ha obrado mal, es recompensar a quien ha obrado bien.

De la misma manera que el exceso en el castigo, el exceso en el

premio puede crear el resentimiento. El premio prodigado en forma incontrolada, llega a crear en el niño un sentido estrictamente utilitarista de la vida y lo hace insaciable.

Existe todavía en muchos establecimientos de educación un sistema de estímulo que en forma aparentemente inofensiva, constituye un tirano cruel e implacable, responsable de muchos fracasos y en no pocas veces del desencadenamiento de trastornos mentales en personas predispuestas. Los llamados vales de conducta se convierten en amos y señores del niño, lo gobiernan en forma despótica y le malogran sus iniciativas. Quien logra conservar todos sus vales lo hace a costa de un encogimiento nocivo de su personalidad y a quien pierde uno, su pérdida es tan grande que ya poco le importa los demás. Son tan insignificantes las causas que acarrear la pérdida de un vale y tan sobreestimado su valor, que quien es capaz de sostenerlos mientras está en el colegio, cuando salga de él no sabrá defenderse del medio ambiente, pues no aprendió a ejercitar sus defensas ni tuvo ocasión de poner en práctica sus iniciativas. Queda entonces la conclusión paradójica de que aquel que fue capaz de librarse del dominio de un Super YO tirano en el colegio, sabrá vivir mas tarde con desenvoltura en el medio social.

Las competencias individualistas fomentan el egoísmo y resultan injustas pues no tienen en cuenta las diferencias de capacidad intelectual, en tanto que las competencias de grupo favorecen el colectivismo, crean en el niño la conciencia de Ser eminentemente social y dan oportunidad a que los mejor dotados enseñen sin humillar a sus compañeros.

La expulsión, máximo castigo que suele aplicarse en los establecimientos de educación, sólo se justificará cuando se trate de anormales que requieran ambiente especial para su control o reeducación, pues de lo contrario redundará en gravísimo daño para el expulsado a quien se arroja por el escabroso camino de la incomprensión, el resentimiento, el odio y la perversión.

Tanto el premio como el castigo son instrumentos necesarios para modular el ritmo del desenvolvimiento humano, pero nunca deben ser interpretados como medios que en forma arbitraria puedan ser empleados por padres y educadores para tratar de someter a sus caprichos el pequeño mundo que les fue confiado, sin riesgo de transgredir en forma perniciosa las leyes naturales.

30 de Octubre de 1954.

PLANTEO PSICOSOMATICO DE LA ALIMENTACION INFANTIL

DR. LUIS GABRIEL JARAMILLO E.

Es un hecho de observación diaria que niños con buena alimentación, con excelentes enfermeras y buenos médicos prolonguen indefinidamente sus enfermedades, tarden en reaccionar a procesos aparentemente simples y aún lleguen a la muerte. Estos niños a quienes no faltan las mejores condiciones higiénicas, llegan sin embargo a la inanición y mueren por falta de afectos, de alimentación psíquica. El estímulo afectivo, la reacción del pequeño con los adultos que lo rodean con un carácter psicoemocional es tan necesario para su desarrollo e integridad física, como el aire, como la luz, como el mismo alimento.

El acto de amamantar tiene en lo psíquico una reacción afectiva y emotiva extraordinaria. Implica la aceptación total del hijo por la madre. Es la continuación del esfuerzo biológico transformado en acto psíquico voluntario y no puede tener la misma actitud la madre frente al hijo deseado que frente al hijo no deseado. Hay mujeres que quieren ser, que son capaces y que desean ser madres con toda la fuerza de sus instintos y sus sentimientos elaborados, y que no quieren ser, no pueden ser o no desean ser nodrizas.

No se puede exigir la misma actitud de nodriza a una madre intelectual, a una madre llena de resonancias emotivas con el medio; a una madre que trabaja en faenas que le impidan la comodidad de la amamantación, que a una madre tranquila, protegida, burguesa, sin preocupaciones mayores, que puede dedicar parte de su tiempo a esa función. Cada madre tiene una actitud profundamente distinta frente a su hijo. Cada madre tiene una resonancia particular, lo que es bueno para una, es inaplicable para otras. La resonancia sentimental que encuentran madre e hijo en el acto de amamantar y de recibir es de una importancia vital para el conocimiento del problema y para el recto planteo de la psicopediatría. Tiene que ser acto natural, un acto alegre, un acto fácil, o por lo menos un acto serenamente aceptado y alegremente sobrellevado; de lo contrario es un acto traumático para la una y para el otro y fuente de incontables inconvenientes.

Cual es la actitud de la madre frente al niño?. El advenimiento de un niño en el seno de una familia es un acontecimiento, es la surgencia de un nuevo estado psicológico, es un sacudimiento de orden afectivo que pone por unas horas, al desnudo, la profunda actitud de cada

miembro de la familia. En ese momento todo lo que se diga quedará gravado como en cera blanda y todo lo que se observe será de un significado semiológico importantísimo. Es la vida en su estado primario que nos sacude tremendamente. La vemos ahí un poco más desde el plasma germinal, asistimos a un acto genesiaco. El psicopediatra tiene que percibir muy bien, íntegramente, y de ahí sacará reglas fundamentales para ver como continuará ese acto. Porque así como existe el hijo que une y continúa, existe el hijo que desune. Es un hecho clínico que tenemos que aceptar valientemente por sobre toda consideración y todo sentimiento.

Es preciso descubrir si en el acto de la amamantación hay lucha, si es un acto traumático para la madre y el niño, y si desde el primer momento madre e hijo están luchando por comer. Si el niño separa la cabeza, aprieta los labios, llora, se debate. No se puede convertir el acto placentero de la comida en un acto traumático. Algo está pasando. El médico debe tomar eso como una realidad y debe avisar a la madre que por sobre los prejuicios de que la madre que no amamanta a su hijo es una mala madre, debe tener el médico una realidad; porque es inútil que el médico dé un consejo que encuentra una resistencia, real o larvada, por parte de la madre; en estos casos hay que suspender la alimentación materna, siendo con frecuencia la solución a una serie de problemas y representa casi siempre una buena solución de orden psicológico. La primera alimentación traumática desfigura en gran parte el futuro de la actitud del niño frente a la comida. No olvidemos que la primera experiencia trófica es tan importante que Turró y su escuela, la fijan como el origen del conocimiento. Cómo sabe el recién nacido que tiene hambre?. Las urgencias plasmáticas y la falta de determinadas sustancias van ascendiendo a la sensibilidad, en la conciencia biológica y orgánica primitiva. Llegan finalmente a un nivel en que se hacen conscientes. Pero que hace el niño con esa sensación?. Está encerrado en su propio ciclo. De pronto la formación cultural le enseña que un líquido dulce, blanco, tibio, que se obtiene fácilmente de un contacto humano, satisface esa hambre. Y aprende, experiencia trófica pero intelectual, acto primario del conocimiento, que fuera de él y surgiendo del seno de la madre, hay sustancias que le permiten volver a recobrar la calma que perdió por las urgencias plasmáticas. Fijémonos que es un acto solamente biológico de carácter somático, es la integración del sujeto al mundo exterior, la adquisición de un conocimiento y una experiencia cognoscitiva fundamental. Debe ser entonces respetada y conducida de modo que sea una experiencia positiva. Que sea una experiencia feliz, que sea una experiencia armónica, que

sea una experiencia que despierte en el ser humano el deseo de la continuación.

Volvamos sobre el valor fundamental de la familia: Cuando la mujer esposa se convierte en mujer madre, las dos funciones pueden tener conflicto. De modo que la amamantación debe ser bien aceptada por la madre y bien aceptada por el padre. El primer acto de paternidad, es permitir alegremente, con signo positivo de vida ascendente, que la esposa sea compartida con el hijo. No todos los padres lo entienden ni lo comprenden. Muchos padres tienen consciente o inconscientemente celos por esa pérdida periódica de la esposa para ser entregada al hijo. Y ese problema que se plantea con el padre es mayor con el primogénito. Por eso es regla elemental, la de instruir cual ha de ser la conducta de la madre al amamantar al hijo frente al primero o al segundo ya nacidos, porque naturalmente no han de tolerar con facilidad esa participación física de la madre con el nuevo ser. Todos los primeros contactos de la madre con el niño, son integraciones fundamentales de la vida afectiva.

El médico debe imponer la obligación de que la madre maneje a su niño. El niño está obligado a exigir que la madre esté junto a él en los momentos difíciles porque esa presencia fundamental integra la seguridad del niño que es el trasfondo de su equilibrio psíquico, empezando en el momento de la amamantación. No importa casi nunca la cantidad de alimento que el niño ingiera sino la actitud frente al alimento. Cuando un niño es acercado al pecho y se enoja, llora, vuelve la cabeza hacia atrás, cuál es la actitud común del médico?, y de la madre?. Que ambos se empeñan en hacerlo comer. No debe ser así. Debe calmarse al niño, es preciso establecer una corriente de normalidad en el acto de comer porque este acto es la culminación del estado recíproco de tensión entre la madre y el niño. Cuando llega al consultorio de un médico, un niño inapetente, hay que preguntarse si en el momento de comer estalla una querella profunda, un odio escondido, una belicosidad inconsciente, un estado hostil reconocido o no entre la madre y el hijo. Qué ha pasado? que la madre ha delegado sus funciones frente al niño: lo baña, lo viste, lo acompaña cualquiera y en el momento de comer, la madre reclama sus derechos nutricios y quiere que en ese momento el niño la reconozca como compañera y el niño no la reconoce y al protestar contra la comida protesta contra ella que ha renunciado al acto nutricional fundamental de la comunicación afectiva. Por eso hay que confesar francamente a la madre cual es su actitud frente al deseo de amamantar. Y si la madre dice que no, hay que explicarle que puede hacerlo físicamente pero no puede negarse afecti-

vamente, porque no puede negarle al niño su papel protector. Si exigimos que la madre conserve ese vínculo afectivo con su hijo, tenemos que enseñarle también que en determinado momento rompa suavemente, sin fricciones ese vínculo afectivo y entregue ese niño a su propia autonomía. De modo que así como al principio le exigimos que conserve el máximo de unidad psicoafectiva, en este momento le tenemos que enseñar que ese paso debe darse porque el niño debe cobrar el sentido de autonomía sin perder por eso el sentido de protección. Ese momento está señalado por la naturaleza, cuando los reflejos alimenticios pasan a ser reflejos condicionados.

Es intensa la lucha del niño en ese momento, frente a un mundo en que tiene que ser responsable, cuando adquiere otro acto fundamental de su vida psíquica: la responsabilidad de la libertad.

Cuando tiene que aceptar o rechazar y acepta o rechaza, pero al tener la libertad de hacerlo integra otro acto fundamental: la responsabilidad. Sin responsabilidad es libertinaje. Lo saben muy bien los psicopedagogos y los conductores de los pueblos.

En las relaciones madre e hijo, no hay tiranos sino esclavos. Si la madre está decidida a que el niño se independice, dentro de poco tiempo el niño se independizará. Porque toda la vida psíquica del niño es dual: por una parte el deseo de permanecer en una etapa en que era dichoso; en que todo andaba bien; en que era servido y atendido. Pero por otra parte la fruición con el uso de la libertad que es connatural con el hombre. El acto de comer no es un problema aislado. Las familias deben crecer a medida que el niño crece. El acto de comer es solo un signo importante de la relación psicológica de la madre, el niño y la familia. No se modifica modificando el acto de comer, sino modificando todo el resto de la casa. Es absurdo pretender que un niño coma por sí mismo si no sabe ir al baño, si no ayuda a vestirse, si no sabe jugar con niños de la vecindad.

El acto de comer concreta el resto de la vida psíquica. No es más que el reflejo total de esa vida. Y entonces por el acto de comer, como por el acto de dormir, como por el acto de jugar, se puede inducir el resto de la vida del nuevo ser. Pero este establecimiento de relaciones globales del niño con el medio tiene un hilo conductor que se inicia; Es la primera alimentación, que inicia la vida trófica, la vida somática, pero inicia también la vida psíquica. Y con consejos adecuados, con infinita comprensión, con vibración humana, con empatía, el psicopediatra tiene en sus manos gran parte de la prevención de las neurosis y gran parte de ese mínimo problema pero enorme que es el es-

tablecimiento del equilibrio y de la madurez como base de la felicidad de la unidad biosocial que es la familia.

Medellín, octubre de 1954.

ES CONVENIENTE EL INTERNADO PARA NIÑOS?

Dr. EDUARDO VASCO

Es esta una pregunta que se formulan a menudo los educadores y sobre la cual poco se ha escrito. Por lo tanto, es oportuno hacer algunas consideraciones al respecto, tanto más que el problema abarca situaciones que van desde el niño sin familia o que es abandonado por ella, hasta el joven que está en trance de terminar su bachillerato.

Por otra parte, los padres de familia se van convenciendo de que el mejor negocio que ellos pueden emprender, es la educación e instrucción de sus hijos: si son inteligentes y tienen buenas inclinaciones, porque las posibilidades de éxito serán maravillosas, y si son de difícil educación —ya sea por falta de aptitudes o de organización y disciplina— porque todos los gastos que en la recuperación social de ellos empleen, los recibirán centuplicados en tranquilidad futura, evitándose afrentas y dolores sin cuento, en este terreno abonado para la delincuencia que es la mocedad sin principios, sin disciplina, sin preparación y sin una firme estructura moral que la haga invulnerable a las concupiscencias del ambiente.

En primer lugar para poder dar un concepto apropiado sobre tema de tanta importancia, hay que tener en cuenta la personalidad del niño en primer lugar, el ambiente hogareño, el ambiente de internado donde vaya y las circunstancias que en un momento dado pueden hacerlo necesario.

Sin embargo, pueden muy bien aceptarse desde ahora dos postulados que parecen fuera de discusión.

El primero es que todo niño normalmente constituído, debe permanecer en el ambiente hogareño —desde que éste sea emocionalmente

equilibrado— por lo menos hasta los nueve o diez años de edad. De allí en adelante, él mismo va desintegrándose en busca de amigos y novedades; y como el esquema de su personalidad estará ya nítidamente constituido, en caso de que él o la familia lo desee o lo necesite, puede ser internado sin inconveniente siempre y cuando el niño sienta permanentemente la protección y el calor del hogar. Esto último tiene mucha importancia ya que el internado no puede significar abandono y mucho menos minimización de la responsabilidad. El niño necesita del afecto de los suyos y el internado le será tanto más benéfico cuanto mayor semejanza tenga con el hogar y cuanto más cordial e íntimo sea el contacto que tengan entre sí las dos instituciones.

El segundo postulado consiste en que la mayor parte de los niños y niñas necesitan durante su vida escolar un período de internado el cual le servirá para madurar su personalidad, para completar sus reajustes emocionales y para liberarse de muchos resabios y malos hábitos que por una u otra razón han ido adquiriendo.

Debido a esto, parece muy razonable el servicio militar obligatorio para los bachilleres siempre que sea organizado en forma cuidadosa, decente y decorosa, lo mismo que el servicio social para las niñas que acaban de terminar sus estudios de segunda enseñanza.

Estas medidas que a primera vista aparecen desconcertantes y aun molestas, pueden traer grandes beneficios para los jóvenes y para sus familias si se logra darles una organización bien orientada, inclusive que llegue a ser atractiva para la juventud, y si llegan a generalizarse y estabilizarse, pueden dar un vuelco muy favorable a la cultura y a la educación y aumentarán en forma no imaginada el bienestar social de todas las clases.

EL ORFANATO:

Este tema fue planteado en el congreso internacional de higiene mental de 1951 por una ilustre dama londinense quien logró canalizar la atención del congreso sobre este asunto y hacer que se le dedicara una sesión especial. La causa de esta singular atención, fue el relato profundamente conmovedor de los deplorables resultados que los grandes orfanatorios produjeron sobre la personalidad infantil, traumatizándola y desorientándola en forma tal, que cuando aquellos niños salieron a cumplir sus deberes para con la Patria en la última guerra mundial, sus actuaciones fueron sencillamente desastrosas, en todo sentido.

Analizadas a fondo por un grupo de hombres de ciencia las posibles razones de aquel resonante fracaso, se localizó la responsabilidad en dos planos: primeramente el personal que llega a los orfanatorios es-

tá profundamente traumatizado somática, emocional y socialmente en un 78%. y por otra parte, la rigurosa disciplina implantada en esas comunidades, la falta de individualización —lo que hace que los niños se despersonalicen, obren como autómatas y se sientan desamparados— atrofia la espontaneidad, el natural retozo de la infancia, la ruidosa alegría que sabe que encuentra eco cariñoso en los corazones maternos, en vez del ceño amenazante del monitor sin caridad y sin preparación.

Como el problema es demasiado complejo, se hicieron sugerencias muy importantes, entre las cuales podemos anotar las siguientes: para los niños menores de ocho años que por una u otra razón deben ser internados, se sugirió una institución que estuviera a cargo de personas responsables y especialmente dotadas, con la consigna de imprimir a todas las funciones de la pequeña comunidad, la mayor semejanza con la vida de familia, excluyendo sistemáticamente de los puestos de responsabilidad las personalidades rígidas, demasiado autoritarias, o por el contrario, demasiado condescendientes, teniendo en cuenta que cada niño debe ser atendido y mimado como si fuera un hijo, y que mientras más poco atractivo y más difícil sea éste, mayores cuidados requiere para defender su porvenir y mayores dosis necesita de amor y de sacrificio.

De ahí el que estos hogares infantiles no deben pasar de veinte niños cada uno de ellos, de modo que puedan hacer vida de familia y que las personas encargadas puedan estudiar el carácter, la manera de ser, las deficiencias orgánicas y mentales de que puedan adolecer cada uno de los niños, para poder enfocar a fondo el problema de su dirección y manejo. La condición indispensable de los que dirigen estos grupos, es un grande amor por el niño que les permita sin esfuerzos tratarlos con amabilidad y dulzura, lo que no excluye el cordial respeto que deben inspirarles y la amable firmeza con la cual deben orientar el despertar de los instintos. En esta forma se realiza la simbiosis maravillosa del Padre Astete, del “santo temor y amor de Dios” que es sin duda la base de toda educación.

PERSONALIDADES DIFÍCILES

En cuanto a los niños lisiados, deficientes intelectuales o desequilibrados emocionales, es preciso aceptar que el hogar común, el hogar formado por personas carentes de toda disciplina, de criterio de sentimientos opuestos e incontrolados —lo que los hace a cada paso contradictorios y beligerantes—, resulta tóxico, traumatizante y contraproducente para niños de todas las edades. Esto tiene varias explicaciones: la más valedera es que desde la primera infancia que es cuando se inicia la adaptación psicológica del niño, éste es más susceptible y más vulne-

rable a las agresiones del medio que lo rodea y aunque su razón no está aún despierta, sus instintos, sus tendencias y todo ese mundo subterráneo que en los años por venir irá a formar la zona visible de la conciencia, sufrirá la impregnación tremenda del ambiente.

Por otra parte, la mayoría de los progenitores de aquellos niños por razones muy explicables, o son demasiado exigentes y entonces manejarán el problema con rudeza, o demasiado condescendientes y entonces serán dominados completamente por ellos. En el primer caso, el niño perderá la confianza y la alegría, disminuirá la espontaneidad y se irá llenando de complejos y de espinas y en el segundo, como no se les deja hacer ningún esfuerzo, como no hay ningún control, como todo se les aplaude o tolera por una compasión mal entendida, estos niños no podrán desarrollar sus aptitudes, ignorarán sus propias posibilidades y no experimentarán nunca el placer de realizar un acto que presente algunas dificultades, porque a la menor insinuación de su parte, todo el mundo acude a suplir sus deficiencias sin que él pueda ensayar sus propios esfuerzos. Y esto sin tener en cuenta el factor hereditario cuya influencia es innegable pero no hasta el punto de considerarlo definitivo y fatal lo cual no ocurre sino en algunos pocos casos y eso cuando se han omitido los más elementales principios de eugenesia e higiene mental.

Pero si es peligroso uno de estos extremos en la persona que dirige, es quizá mucho más el cambio permanente de carácter y de criterio para sortear las mil y una dificultades que a cada momento plantean aquellos niños y tarde o temprano éstos van a llegar a la conclusión de que sus exigencias, y sus caprichos, no son reprobables sino el día en que sus progenitores estén de mal humor, lo que irá desmoronando de día en día su orientación moral y social.

Hay que tener en cuenta así mismo que muchos niños reproducen en líneas generales los rasgos más salientes de la personalidad de uno de sus progenitores y si ambos o uno de ellos es por ejemplo un deprimido, un ser pasivo y sin personalidad, una persona apocada y tímida o por el contrario un exaltado, un inestable, un desequilibrado emocional que fácilmente monta en cólera en forma casi incoercible y descontrolada o pasa como los púberes, del mayor afecto a la mayor dureza, de la actitud cariñosa a la brutalidad, de la expresión que acaricia a la frase que humilla e irrita, entonces no queda otro camino que sacar al niño del ambiente hogareño porque instintivamente se van creando en él mecanismos de agresión y de defensa.

Al observar ciertas actitudes infantiles cualquiera pensaría a primera vista que aquel pequeño ser se propone hacerse desagradable has-

ta agotar la paciencia de sus progenitores. Un niño de estos plantea a cada momento serias dificultades especialmente a la madre a quien le toca la diaria faena, el reajuste permanente, la descarga afectiva, la reacción incontrolada y es ella quien debe estar suficientemente preparada para enfrentar valerosamente sus deberes fundamentales. Porque si los rehuye, y deja desguarnecido y sin autoridad el hogar, entonces el caso se hará más y más complejo, ya que el niño explotará esta anómala situación para sacar todo el partido que pueda de ella en cuanto signifique tendencia a la satisfacción de los instintos de placer y de dominación, sin tener en cuenta ningún elemento de control ni de moralidad sin los cuales no hay adaptación social posible.

EL NUEVO PROBLEMA

Pero hay un nuevo factor que es producto de la descomposición que van sufriendo las modernas sociedades. Nos referimos a cierto desasosiego, a cierta oscura sensación de desamparo, a una cierta amenaza latente que los adolescentes de hoy sienten gravitar sobre sus vidas y que desconocieron casi totalmente otras generaciones más tranquilas y afortunadas.

Esta incertidumbre aparece en la conducta de los niños disfrazada de modos muy diversos: desapego por las cosas del hogar, desentendimiento de los deberes escolares, e inestabilidad en sus pensamientos y actitudes, inconsistencia en sus juicios y apetencias, tratamiento indiferente cuando no despectivo hacia las personas y entidades de la más alta jerarquía, y sobre todo una sed casi incontrolable de satisfacciones fáciles, de placeres permitidos o dudosos, de espectáculos que llenen de algo bueno o malo el tremendo vacío de esas existencias que sólo se alimentan de esperanzas y realizaciones inmediatas, aunque tengan que obtenerlas a cualquier precio así sea a costa de la tranquilidad de la familia y de la derrota de los principios de la moral universal.

Y las causas? A medida que la mente del niño va siendo teatro de los más contradictorios sentimientos, estimulados peligrosamente por las novelas radiales, por las revistas de imágenes y aventuras, por los relatos periodísticos, y por las conversaciones familiares cuyo héroe central es el hijo abandonado o el hogar disuelto, o la familia separada, o el padre y la madre enfrentados en agria querrela de intereses materiales o morales, automáticamente va calando en ella la punzante duda sobre la incertidumbre de su destino.

Hay que tener en cuenta que desde los tres años el niño presiente que la mayor fatalidad que puede cernirse sobre su vida naciente es la dislocación del ángulo formado por el padre y la madre y que cons-

tituye la mayor protección y seguridad para él. La posibilidad de que estas líneas se separen o se enfrenten o se alejen, siembra en la afectividad infantil la primera ansiedad, y despierta —como un vestigio de oscuros atavismos— la primera congoja y la primera incertidumbre.

Y como el niño se va tornando más y más difícil y los padres en lugar de estudiar de común acuerdo las causas y los posibles remedios, se van volviendo más intolerantes no solamente con él sino entre ellos mismos, acusándose mutuamente de la culpabilidad de tal estado de cosas, surge entonces como la única posible solución la idea del internado, no como medio para servir al descarriado sino como tabla de salvación para eludir responsabilidades y para evitar frecuentes resquemores. Y lo que es peor, la idea de la segregación de la familia se esgrime a cada paso ante los oídos del niño como una amenaza y como un castigo que lacera a menudo la sensibilidad del adolescente y lo predispone a pensar que el internado es sin duda un lugar de apariencia carcelaria a donde van sólo los malos estudiantes y los que son insoportables en el hogar, a pagar una condena que, en caso de serlo, debería aplicarse a la incapacidad moral de los progenitores.

EL INTERNADO CASTIGO:

Y aquí tenemos el problema más y más complicado y la idea de servicio transformada en vengativa e injustificada sanción. Este es precisamente el tremendo error de nuestras organizaciones educativas.

Sólo puede ser debidamente orientado y reformado el niño que se siente alegre, apreciado y feliz. De allí la necesidad de dotar a estas instituciones que están llamadas a reemplazar pasajeramente el hogar, de todos los elementos que las hagan agradables y gratas, para que al tiempo que liman asperezas y corrigen malos hábitos, estimulen los sentimientos positivos, refuercen la personalidad y le den al niño y al joven la norma indispensable de su propia estimación.

Sería muy importante que en los internados muy numerosos se dividieran los niños en grupos pequeños bajo un mismo preceptor que tuviera a su cargo las funciones inherentes al jefe de familia. Así podría conocer mucho mejor cada uno de los componentes de la sección que tiene a su cuidado, sus virtudes y sus vicios, sus cualidades y sus defectos, su sanidad espiritual o sus posibles perversiones. En estas condiciones al cabo de algunas semanas podrían reunirse los directores de grupos y establecer lo que ha convenido en llamarse edades morales, en las cuales es menos expuesto agrupar a los educandos de acuerdo con sus condiciones personales cuidadosamente estudiadas.

Es entendido que cada grupo tendría sus juegos, sus dormitorios,

sus excursiones y paseos debidamente separados y en esta forma se les quitaría a los internados actuales la sospecha que pesa sobre muchos de ellos de que en el fondo no son sino el refugio de los incapaces o de los descarriados.

Por otra parte también esta institución adquiriría ante los niños una gran atracción si los superiores se convencieran de que los internados deben estar fuera de la ciudad, en campos extensos en donde sean asequibles a los pupilos los más variados deportes.

Es interesante anotar de paso que los internados femeninos constituyen en lo general una excepción, ya que la mayoría de ellos están compuestos por elementos de gran ponderación y de magnífico rendimiento de modo que en ellos las condiciones son más favorables. Sin embargo no se puede perder de vista el hecho de que hasta ahora ha sido siempre más fácil y menos accidentada la educación de las niñas. Pero como este estado de cosas está cambiando vertiginosamente, tienen que estar preparados para cualquier eventualidad.

EL INTERNADO PELIGRO:

Existe a este respecto un dato muy curioso y es que los mismos directores de colegios cuando una madre se les acerca a pedirles consejo sobre un niño indisciplinado, y que no esté rindiendo suficientemente en sus estudios lo primero que hacen es desaconsejar el internamiento y aducen como razón que más bien se perjudicarían.

Hemos oído de labios de personas muy autorizadas esta información que juzgamos verídica y que no llegamos a comprender, porque no está dentro de la lógica que quienes tienen la responsabilidad de una Institución de tanta jerarquía, la consideren como un foco de descomposición que va a contagiar a los que a él se integran, en lugar de servirles de recuperación y estimular favorablemente un cambio en la mecánica de su conducta. Esto sería explicable en internados muy numerosos en los cuales no existe ninguna clasificación y en donde los niños procedentes de los medios más disímiles se entremezclan, sin ninguna vigilancia y control. Si es así, el peligro es real pero entonces los dirigentes no pueden cruzarse de brazos ante semejante estado de cosas y están obligados a modificar su organización o a cancelar la institución.

Hemos visto en otros países que la organización del internado está confiada a personas de gran calificación psicológica y de basamentos morales muy inteligentemente captados. Generalmente los niños son recibidos después de una minuciosa entrevista con los padres o tutores, y teniendo muy en cuenta los informes confidenciales que hayan suministrado los colegios de donde aquellos niños proceden, todo esto segui-

do de una observación cuidadosa por un período de tiempo lo más corto posible pero lo suficiente para aclarar su clasificación.

Hay que tener en cuenta que existen niños de diez años que tienen una edad moral de quince o veinte, y entonces sería muy peligroso colocarlos en el mismo grupo de aquellos de diez o doce años y cuya edad moral está de acuerdo con su edad cronológica. Se entiende pues que si los pupilos están mezclados sin mayores cuidados y bajo una vigilancia superficial e inefectiva, el internado es sin duda peligroso.

Pero si se trata de pequeños grupos moralmente homogéneos hasta donde es posible hacerlo y bajo una dirección competente que los conozca de cerca, los individualice y haya logrado obtener su confianza y afecto, pueden estar seguros los padres de familia de que si ellos colaboran manteniendo un contacto afectivo permanente con los dirigentes de cada grupo o por lo menos con el de aquel a que su hijo pertenece, no sólo no ofrece ningún peligro, sino que pueden entrar en ellos hasta niños menores de diez años con la seguridad de que más bien que perjudicarse se modifican favorablemente.

El ejemplo lo encontramos en los internados, llamados maternas, para niños de 3 a 7 años que son muy comunes en Bélgica y Holanda, y de los cuales los niños conservan no solamente los más gratos recuerdos, sino las mejores y más eficaces enseñanzas.

EL SERVICIO MILITAR Y SOCIAL:

Hice atrás alguna referencia al servicio militar para los bachilleres y no quiero terminar este tema sin hacer algunas anotaciones sobre el particular, ya que estoy convencido de que se trata de una innovación que si llega a organizarse científicamente puede proporcionar incalculables ventajas en lo que respecta al equilibrio de la personalidad y a la resonancia que este equilibrio tendría sobre la vida social del país.

En primer lugar tanto el servicio militar como el social deben hacerse atractivos e imprimírles categoría, de tal manera que sean considerados como un honor y no como un penoso deber. En segundo lugar las personas que están al frente de aquella institución deben ser muy ponderadas y cultas y si se quiere, especialmente preparadas. El militar estaba enseñado hasta ahora a dirigir grupos analfabetas, campesinos ignorantes, temperamentos obtusos que no entendían más estímulo que la amenaza ni más autoridad que la fuerza.

El personal que va a tener ahora bajo su dirección, está compuesto de personas cultas cuyo contacto con la universidad ha debido por lo menos atemperar sus exageraciones, modificar prejuicios y agudizar la curiosidad intelectual y la sensibilidad moral. Es cierto que en este

personal van a encontrarse muchos individuos, que fueron demasiado consentidos, caprichosos, tercos, habituados a dominar en el hogar y con la convicción de que al cumplir con sus deberes de colegio le estaban prestando a los padres un grandísimo servicio.

Es natural que este grupo vaya a encontrar muchas dificultades en la iniciación de su vida militar y social: dificultades en la disciplina sin la cual no puede funcionar ninguna institución educativa; en la alimentación ya que ella por buena que sea no puede colmar las aspiraciones de los jóvenes enseñados a especiales contemplaciones en la vida hogareña; dificultades en el vestuario, que sin duda ninguna será muy diferente en su estructura íntima del que llevaban en la vida civil y dificultades con los superiores, contra quienes llevan cierta natural prevención, muchas veces justificada por la falta de tacto de muchos de los elementos llamados a dirigir estas actividades.

Todas estas circunstancias deben ser cuidadosamente previstas y procurar hacer de aquellos servicios, no un rudo aprendizaje, sino una fácil adaptación a una vida que si por un aspecto puede ser de sacrificio, por otra puede llegar a ofrecer agradables y desconocidas satisfacciones.

Debe haber un departamento psicosomático que enfoque el estudio científico de cada uno de los bachilleres: no solamente deben anotarse los datos fisiológicos, es decir, peso, talla, capacidad pulmonar, índice vital, tensión arterial, etc., etc., sino otros mucho más importantes tales como la fatigabilidad para la cual sirve el ergógrafo, el tiempo de reacción visual, auditivo y motor para el cual se pueden hacer adaptaciones fáciles e interesantes que le permitirán al superior darse cuenta por ejemplo cuando, al tomar el tiempo transcurrido entre la emisión de una orden y su ejecución, se trata de mala voluntad o si es por el contrario la reacción natural en personas obtusas, quienes por deficiencias hereditarias o glandulares o por mala educación se toman un tiempo bastante prolongado para tomar contacto con la realidad ambiente.

Es muy importante también el que antes y después de ejercicios y maniobras que impliquen desgaste y esfuerzo, sobre todo para los no entrenados, se tome la presión, el tiempo de reacción y se controlen otras manifestaciones somáticas que indican el tiempo que un individuo necesita para regresar a su estado normal después de ser sometido a una dura prueba. Al lado de estos exámenes deben disponer de un personal capaz de captar la personalidad emocional de cada uno de los jóvenes con el fin de elaborar un perfil psicológico que indique las aristas más salientes o las mayores deficiencias de su estructura espiritual, todo lo

cual le servirá a un superior inteligente, para equilibrar aquellas estructuras oscilantes y adaptarlas a una realidad más adecuada y corriente.

Esto mismo, pero naturalmente con otras modalidades, podría decirse sobre el servicio social femenino.

En todo caso, puede afirmarse sin reserva que si los organizadores de estas instituciones no son inferiores a la responsabilidad que ellas implican, le podrán prestar un inmenso servicio a la juventud y a la patria.

ETIOLOGIA Y ETIOPATOLOGIA DE LA EPILEPSIA

DR. RODRIGO LONDOÑO L.

La etiología de la epilepsia es muy variada. Al lado de causas idiopáticas, hay un gran número de afecciones capaces de producir crisis sintomáticas. Estas afecciones pueden ser: 1, congénitas; 2, traumáticas; 3, inflamatorias; 4, vasculares; 5, tumorales; 6, degenerativas; 7, de orden general.

Las aplasias cerebrales congénitas, o la hemi-atrofia cerebral, frecuentemente se asocian con crisis convulsivas lo mismo que algunas infecciones congénitas como la sífilis.

Los traumatismos obstétricos juegan un gran papel. Pueden ser producidos por fórceps o por partos mal dirigidos que dejan lesiones cerebrales capaces de producir epilepsia. Muchas veces el daño no se debe a los procedimientos obstétricos sino a lo prolongado del parto o a la aplicación en la madre de drogas que deprimen el centro respiratorio del feto produciendo momentos de asfixia capaces de crear lesiones epileptiformes en el cerebro del recién nacido. Los recientes estudios de Panfield-Baldwin y Earle (1953), sobre la epilepsia temporal y sobre lo que ellos llaman "la esclerosis insular" que se extiende especialmente al uncus y al hipocampo, parece ser producida durante el parto, en el momento en que la cabeza del feto al pasar por la pelvis materna, ejecuta rotaciones y presiones fuertes para acomodar sus diferentes diámetros a los diámetros de la pelvis. Este hecho produce lesiones en la cara interna de uno o de ambos lóbulos temporales al ser

ellos exprimidos a través de la hendidura del tentorium, a la vez que trae isquemia en el uncus y especialmente en el hipocampo. Además estos mismos autores, insinúan como causa de la "esclerosis insular", fuera de la compresión del lóbulo temporal, la posibilidad de que las arterias coroidea y cerebral posterior que irrigan a este lóbulo sean comprimidas contra el borde del tentorium, provocando esto, fenómenos isquémicos con esclerosis. Estos mismos fenómenos isquémicos pueden producirse en cualquier otro sitio del neopallium o del diencéfalo, durante el expulsivo del feto, aun en condiciones normales del parto.

Durante el nacimiento, se pueden producir pequeñas laceraciones, o compresiones focales en uno o varios giros de la corteza cerebral que producen un retardo en el desarrollo de esas áreas, que con el tiempo pueden quedar convertidas en microgirias, en focos de reblandecimiento por licuefacción cerebral iguales a los producidos cuando se obstruye una arteria de calibre considerable; o venir la evaginación de los ventrículos hacia la superficie cortical creándose focos irritativos capaces de desencadenar crisis. Estos hechos se pueden comprobar en las neumografías por el aumento del espacio sub-aracnoideo, por las dilataciones ventriculares parciales o totales y por las retracciones corticales.

Las pequeñas hemorragias subpiales, también aparecidas durante el parto, provocan cicatrices meningocorticales que al organizarse pueden producir retracciones, isquemias, quistes y atrofas corticales, que irritan las áreas vecinas desencadenando epilepsias parciales o generalizadas de la vida adulta. También pueden presentarse trombosis vasculares que según su sitio y su tamaño son capaces de producir atrofas o quistes corticales o subcorticales. Pocas veces las hemorragias sub-aracnoideas del parto producen focos epileptogénicos.

Los traumatismos con hundimiento y muchas veces sin él producen cicatrices con neoformación conectiva que traen irritación del tejido vecino sano, desencadenando crisis convulsivas. Lo propio ocurre con los procesos infecciosos encefalíticos o meningíticos que dejan cicatrices o áreas destruidas que sirven de irritantes corticales.

La arterioesclerosis, la trombosis cerebral, el espasmo vascular, la enfermedad de Raynaud, los aneurismas cerebrales, el Stokes Adams (bloqueo auriculo-ventricular completo), la estenosis aórtica congénita o adquirida, por fenómenos de anoxia son causa frecuente de convulsiones epilépticas.

Los tumores cerebrales con mucha frecuencia producen convulsiones. Toda iniciación de convulsiones después de los 30 años debe inducir a pensar siempre en tumor cerebral, fenómenos vasculares o arte-

ritis de cualquier índole. Muchas veces las convulsiones son el primer síntoma de un tumor cerebral. En una serie de 67 tumores estudiados por nosotros desde el punto de vista anatomopatológico y clínico, 16 presentaron convulsiones de los cuales en 9 fueron la iniciación de la enfermedad.

En las enfermedades de Alzheimer y Pick, no son raras las convulsiones, lo mismo que en los estadios finales de las poroencefalías.

Dentro de las causas de orden general, las más importantes son: la hipertensión arterial, las endocarditis, la hipoglicemia, el hipoparatiroidismo, la uremia y las intoxicaciones. Durante la niñez son frecuentes las convulsiones en afecciones febriles, parasitarias o en brotes dentarios, hecho de gran importancia porque es el exponente de una meiorpragia cerebral que reacciona en forma patológica ante estímulos de por sí ineficaces para desencadenar crisis en personas normales. Se ha demostrado que esos niños serán siempre epilépticos durante la vida adulta y que la reacción convulsiva febril no es más que la expresión de un cerebro debilitado bien sea por traumas obstétricos o por cargas predispositivas familiares. Sabemos que la epilepsia odia la fiebre y es porque ella proporciona en un organismo homeopático cambios metabólicos especialmente en la concentración de oxígeno dentro de la célula cerebral, produciendo en un niño de constitución epiléptica, los mismos efectos que en un adulto producen, la hiperventilación, el metrazol, la fotoestimulación etc.

En la epilepsia idiopática, el desencadante es desconocido. Parece que sólo actúan fenómenos bioquímicos intracelulares aún no definidos como en la epilepsia sintomática. Sin embargo tanto en la epilepsia idiopática como en la sintomática el mecanismo íntimo de la producción de la descarga convulsiva es el mismo, con la diferencia de que en la epilepsia sintomática el desencadenante es un tumor, cicatriz, fenómeno vascular y en la idiopática un posible desequilibrio metabólico en el cual intervienen muchos factores aún ignorados.

Gibbs y Lenox en 1937, definieron la epilepsia como "una disritmia cerebral paroxística", basados en un disturbio del metabolismo de la célula nerviosa que se pone en evidencia por una descarga de energía dentro del cerebro. Sin embargo así como no se sabe todavía el desarrollo de las fases íntimas por medio de las cuales la célula nerviosa produce normalmente impulsos eléctricos grabables por medio del electroencefalógrafo, tampoco es posible saber la reacción responsable del desarrollo de descargas patológicas manifestadas en la clínica como convulsiones.

En forma hipotética podemos decir que la célula nerviosa produce energía utilizable en trabajo mecánico, electroquímico y para la polarización de la membrana celular, y que cuando ésta se despolariza bien sea por una de las causas antes enumeradas o por una causa desconocida, se crean descargas neuronales aisladas o propagadas a toda la corteza cerebral. Lo mismo ocurre cuando hay isquemia o hipoxia por cualquier otro mecanismo como durante la estrangulación.

En condiciones normales los requerimientos energéticos del sistema nervioso, así como los de los tejidos en general, son obtenidos de la oxidación de los carbohidratos. El glucógeno celular sufre en su metabolismo una fase anaeróbica y otra aeróbica. Durante la fase anaeróbica la glucosa por fosforilación pasa a glucosa fosfato, ésta por nuevas fosforilaciones llega a fructosa 1-6 fosfato. Por medio de hidrolasas esta fructuosa se convierte en ácido fosfo-glicérico; este ácido se convierte luego en ácido glicerofosfórico el que sufre una deshidrogenación y se convierte en ácido láctico.

La fase aeróbica comienza con una deshidrogenación del ácido láctico de la cual se origina el ácido pirúvico el cual al juntarse con el ácido oxaloacético da origen al ciclo de los ácidos tricarbóxicos, ciclo perfectamente estudiado por Krebs. En este ciclo se desprende la energía, el agua y el CO₂ necesarios para las funciones celulares al convertirse un ácido en otro.

Los ácidos que sucesivamente se forman durante el ciclo tricarbóxico en orden de aparición son: aconitínico, isocítrico, oxalo-succínico, cetoglutárico, succínico, fumárico, málico y oxalo acético, el cual al juntarse de nuevo con el ácido pirúvico vuelve a dar comienzo al ciclo tricarbóxico del cual se va a desprender más energía. Este proceso se cumple mediante la acción de enzimas y coenzimas entre las cuales son de gran importancia el adenosintrifosfato (ADT), y la difosfotiamina sin la cual no sería posible la desintegración del ácido pirúvico.

La hipoxia o anoxia por isquemia, la falta de glucosa o la deficiencia de enzimas, o cualquier otro trastorno que altere el ciclo de los ácidos tricarbóxicos, pueden comprometer el metabolismo celular despolarizando la membrana y dando origen a descargas epilépticas. ¿Pero qué cuerpo nuevo aparece o en qué producto intermediario se queda la reacción para que se pueda desencadenar el desequilibrio? Lo ignoramos.

Experimentalmente sólo se han podido constatar hechos aislados que asociados dan origen a hipótesis, con las cuales algún día posiblemente se podrá esclarecer el fenómeno epiléptico.

Durante las crisis se ha podido observar un aumento en la activi-

dad cerebral, acompañado de vasodilatación local en el sitio donde se origina la descarga, producida posiblemente por la mayor cantidad de CO₂ libre resultante de la hiperactividad, o por cualquier otra sustancia todavía no identificada.

En focos epileptógenos, producidos experimentalmente, se han comprobado fluctuaciones del oxígeno y del PH cuando se desencadenan las crisis. Al principio el PH es ácido cuando la descarga comienza y luego se cambia a la alcalinidad cuando aumenta la circulación sanguínea.

Antes de las crisis se han podido también observar fenómenos espasmódicos de los vasos para aparecer después una hiperemia postictal que puede decirse es reactiva a la falta de oxígeno previa al ataque. Pocas veces aparece espasmo arterial después de la crisis.

Es el vaivén de los fenómenos espasmódicos a hiperémicos repetido en cada crisis o en crisis sucesivas como en el estatus epiléptico, el que produce cada vez mayores lesiones cerebrales, las cuales son responsables de los trastornos de la conducta, de la sintomatología mental, las parestias, parálisis y deformidades somáticas que con frecuencia se observan en los epilépticos y en especial en aquellos que nunca han sido tratados.

Los cambios vistos en el E. E. G. durante la hiperventilación (que desencadena a veces ataques en los individuos epilépticos) son de mecanismo desconocido, pero parece que son producidos por isquemia parcial durante la cual se produce un estado de alcalosis que a la vez aumenta más la excitabilidad nerviosa.

Durante las convulsiones también se han observado fenómenos de intercambio electrolítico consistentes en expulsión de potasio al exterior de la célula nerviosa y aumento del ion sodio intracitoplasmático el cual puede ser responsable del acúmulo de agua intracelular observado también durante los estados ictiales y al cual muchos observadores le han atribuído el desencadenamiento de la crisis.

Wilson y Rice comprobaron que un paciente estaba peor cuando se le aplicaba vasopresina o cortisona, debido seguro a la retención de agua. Esta retención de agua puede ser también la desencadenante de las crisis en los alcohólicos ya que el cerebro de los que han muerto en alcoholismo agudo, muestra hiperemia y edema. A este mismo fenómeno se le atribuye el desencadenamiento de las crisis durante el período menstrual en las mujeres epilépticas.

Woodburg y colaboradores observaron que en animales la corticotropina estimula la producción de convulsiones contrario a lo que ocu-

re con la desoxicorticosterona que reduce la excitabilidad del sistema nervioso central. Este puede ser el mecanismo por el cual se desencadenan crisis ante estímulos psíquicos o por el stress. El organismo ante un estímulo emotivo pone en juego sus defensas hipotalámicas haciendo que la hipófisis produzca la hormona corticotrópica que al actuar sobre la suprarrenal hace liberar cortisona la que al retener sodio en la célula nerviosa de la corteza la llena de agua intoxicándola y llevándola a descarga patológica.

Experimentalmente también se ha comprobado, que en las áreas epileptógenas hay un aumento de la cantidad libre de la acetil-colina, lo que facilita la fácil transmisión de la descarga convulsiva a otras áreas y su pronta generalización. Sabido es que la descarga casi siempre se origina en un determinado sitio del cerebro y que luego por las vías de asociación se propaga a otras áreas, siendo las células motoras las responsables de los movimientos musculares; esta propagación se facilita más aún si la acetil-colina libre disminuye la resistencia a nivel de las sinapsis. Cuando la propagación del impulso patológico llega a los núcleos centrales o cuando la descarga se inicia en ellos, viene la pérdida del conocimiento durante el ataque por la inhibición con la cual responden esos centros. La pérdida rápida del conocimiento es un indicio de que la transmisión se hace en una forma rápida o de que en muchos casos el foco epileptógeno no es cortical sino diencefálico como ocurre en el Pequeño Mal y en algunos tipos de epilepsia psicomotora.

Gastaut, Vigoroux y Naquet (1952), por inyección de hidróxido de aluminio en la región amigdalohipocampo de gatos obtuvieron ataques epilépticos psicomotores lo que es un hecho más en favor del origen subcortical y riencefálico de cierto número de crisis psicomotoras, a partir de estructuras que están en conexión con la corteza temporal.

Bajo la aplicación local de acetil-colina y estrinina en la corteza cerebral, experimentalmente también, se han obtenido descargas epilépticas debido posiblemente a más de la disminución de la resistencia sináptica, a la excesiva descarga de neuronas individuales.

Sin embargo no todas las personas desencadenan crisis convulsivas ante estos estímulos. Se necesita una predisposición o un terreno apto para que la anoxia, la hidratación, el trastorno metabólico, puedan actuar produciendo convulsiones. Esta fragilidad cerebral, parece que es familiar aunque no hereditaria debido a que por ejemplo se han observado familias donde un número grande de sus miembros sufren la enfermedad cuando otros no la padecen. En los trabajos de Kopeloff y Barrera con "alumina cream", no todos los animales a quienes se les

inyectó dentro del cerebro hicieron crisis a pesar de que no hubo diferenciación histológica.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LA EPILEPSIA

En la epilepsia sintomática las alteraciones que se encuentran son las de las afecciones que están produciendo la irritación. Histológicamente de los 16 tumores que presentaron crisis, 5 fueron glioblastomas multiformes, 4 meningiomas, 3 astrocitomas, 2 glioblastomas isomorfos, 1 oligodendroglioma y una metástasis. De ellos sólo dos casos presentaron crisis después de la extirpación; los restantes se curaron definitivamente. Además hemos tenido oportunidad de estudiar 4 enfermos con cicatriz corticomeníngea y 4 atrofiás cerebrales todos tratados quirúrgicamente y con resultados favorables.

En las cicatrices aparece una multiplicación e hipertrofia de los astrocitos alrededor del área contusa, hacia la cual se orientan las prolongaciones celulares. Entremezclado aparecen tractos de tejido conectivo derivados de las meninges y de los vasos sanguíneos existentes y de los neoformados. Las células de microglia fagocitan residuos y adquieren una forma redondeada (cuerpos granulo-adiposos) a la vez que las células de oligodendroglia presentan un edema agudo. Este tipo de cicatriz tiene casi las mismas características, sea producida por traumas, infecciones o cuerpos extraños.

En las atrofiás cerebrales, hemos hallado disminución del número de neuronas, gliosis y disminución en el calibre de los capilares.

Hasta ahora no se han podido describir alteraciones cerebrales verdaderamente específicas de la epilepsia idiopática. En la mayoría de los casos el cerebro es de aspecto macroscópico normal. Raras veces se encuentran engrosamientos aracnoideos, atrofiás, microgirias o dilatación de los ventrículos. Las lesiones que algunos investigadores han encontrado como alteraciones de las células nerviosas y lesiones isquémicas y escleróticas de las astas de Ammon no son específicas y se encuentran en otras enfermedades. Se han descrito también lesiones degenerativas de las células de Purkinje del cerebelo y necrosis isquémicas en cualquiera de los lóbulos cerebrales o en los núcleos centrales, pero tampoco son lesiones patognomónicas de la epilepsia.

Spielmeyer describió áreas de destrucción alrededor de los vasos en especial en hipocampo y cerebelo, que interpretó como debidas a fenómenos espasmódicos de los vasos cerebrales durante los períodos inter-ictales.

Rodríguez Pérez (1935) en epilépticos muertos en estatus encontró edema cerebral macroscópico, edema de la oligodendroglia y fenóme-

nos de clasmatomodendrosis y microclasmomatosis. Se han descrito también en estatus epilépticos, alteraciones vasculares de las células nerviosas y de las neuroglías.

Chusid y Kopeloff (1953), mediante la inyección intracortical de hidróxido de aluminio en animales, produjeron epilepsias jacksonianas y en la autopsia cicatriz meníngocerebral con algunos pequeños quistes corticales y subcorticales.

Sin embargo a pesar de todos los esfuerzos investigativos, no hay hasta ahora lesiones características que sean por sí solas capaces de definir la epilepsia idiopática.

BIBLIOGRAFIA

1. ALPERS, B. J. - Neurología clínica: Edit. Interamericana S. A., México 1952.
2. BERLIN, L. - Significance of Grand Mal seizures developing in patients over Thirty-five years of age. J. Am. ass. 152: 9- 27 June 1953.
3. BERRY, R. G. - The role of alcohol in convulsive seizures. *Epilepsia*. Vol. I. Nov. 1952.
4. CHUSID, J. G., KOPELOFF, N., KOPELOFF, L. M. - Experimental epilepsy in the monkey following multiple intracerebral injections of alumina crean. *Arch. of Neurol. and Psych.* Vol. 70, N. 1, 1953.
5. GASTAUT, M. H., VIGOUROUX, R. y NAQUET, R. - Lésions epileptogènes amygdalo-hippocampiques provoqués chez le chat par inyección de crème d'alumine". *Rev. Neurol.* Tomo 87 N. 6, 1952.
6. GIBBS and GIBBS. - Atlas of electroencephalography. Addi. Wesl. Press Inc., Cambridge, 1952.
7. GREEN Y CHIMATOTO, T. - Hippocampal seizures and their propagation. *Arch. of Neurol. and Psch.* Vol. 70, N. 6, 1953.
8. HATFIELD, C. B.; WILSON, D. R.; RICE, H. V. - Metabolic and electroencephalographic changes in idiopathic epilepsy. *Arch. of Neurol. and Psych.* Vol. 71, N. 2.
9. PENFIELD, W. and JASPER, H. - Epilepsy and the functional anatomy of the human brain. Little Brown ad comp. Boston, 1954.
10. PELAEZ BOTERO, J. - Comunicación personal.
11. POPE, A. - General biochemical factors in neuronal discharge. *Epilepsia*. Vol. I. Nov. 1952.
12. RODRIGUEZ PEREZ, A. P. - Nuevas aportaciones al conocimiento de la neuroglia clásica y oligodendroglia en el status epilepticus. Madrid, 1935.
13. SPIELMEYER. - (Cita de Alpers, B. J.)
14. TOWER, D. B. - Mechanisms of seizures investigated by experimental production and control of biochemical lesion present in epileptogenic cortex. *Epilepsia*, Vol. I, Nov. 1952.
15. WOODBURG, D. M.; CHENG, C. P.; SAYERS, G. y GOODMAN, L. S. - Antagonism of adrenocorticotrophic hormone en adrenal cortical extracto desoxycorticosterone: electrolytes and Electroshockthreshold. *Am. J. Physiol.* 160: 217, 1950.

PSIQUIATRIA Y EDUCACION MEDICA

DR. PABLO PEREZ UPEGUI

Con gusto acepté la comisión que se me dio en la Sociedad Antioqueña de Neuropsiquiatría y Medicina Forense para preparar un trabajo en relación con la Higiene Mental, tema básico de este congreso.

Decidí escoger el tema de la Educación Médica porque considero que es hora de que en nuestras facultades, en nuestras corporaciones médicas, en el cuerpo médico en general, nos empecemos a dar cuenta de lo trascendental que es la adecuada orientación de esta disciplina no sólo en relación con la Higiene Mental sino en lo que concierne a la actitud del médico ante el enfermo, no importa la especialidad que practique.

El médico es factor principalísimo en la conservación y mejoración de la salud mental, no por especialización sino porque uno de sus objetivos es ése: el de observar, cuidar y mejorar al ser humano enfermo, no sólo a nivel físico, histopatológico, estructural, sino considerando todos sus aspectos, de los cuales el más elevado es el de la integridad afectiva y emocional.

Por eso este trabajo tiene dos puntos de vista que me parece importante diferenciar desde el principio. Los dos son básicos y los dos se complementan: me refiero en primer lugar a la orientación psicológica de la Medicina y en segundo a la enseñanza de la Psiquiatría como parte integrante de la Medicina Clínica, con todas sus entidades nosológicas y sus métodos terapéuticos. Esta última consiste en enseñar buena y adecuada Psiquiatría y en integrarla de modo lógico y razonable en las demás clínicas médicas. La primera tiene por objeto el de darle al médico un punto de vista más integral del ser humano, el de enseñarle que ser médico no consiste solamente en apreciar signos físicos, hacer brillantes operaciones quirúrgicas, recetar magistrales combinaciones farmacológicas, sino también que el paciente tiene vida afectiva, de la cual puede enfermar y que él, el médico debe tener la facultad personal de saberlo apreciar, no fríamente como un hecho biológico sino cálida y espontáneamente para que su ayuda sea genuina y eficaz.

Las dos, debemos reconocerlo han sido tradicionalmente deficientes en nuestras facultades. Todos sabemos por una parte que la Psiquiatría como clínica—y hablo en nombre de nuestra Facultad que conozco mejor—hasta hace muy poco había venido dictándose con es-

casísimo número de horas y con un contacto con el enfermo prácticamente nulo. Se llegó a tal extremo que hubo años en los que la Clínica Psiquiátrica era opcional y el estudiante podía escoger entre ella y Organos de los sentidos, por ejemplo. Afortunadamente y sigo refiriéndome a nuestra facultad, en los últimos años ha habido mejor comprensión del problema y la situación aunque no ideal es innegable que ha mejorado desde todo punto de vista.

Por otra parte no podemos negar que la orientación médica ha sido ciento por ciento organicista, con ignorancia total de los factores psicoafectivos, ambientales y sociales que son parte esencial de la persona misma y que sin tenerlos en cuenta hay tanta distancia de esa

medicina a la verdadera como la que hay de la cirugía en el cadáver a la cirugía en el organismo vivo. Quién no recuerda como una pesadilla los dos o tres años de Anatomía, las mil y quinientas fórmulas terapéuticas, la lista interminable de signos, síntomas, síndromes, técnicas, nudes, maniobras? No es sorpresa que el sentimiento se atrofie, que cuando le mencionan a un médico general un problema afectivo le suena tan ajeno como podría sonarle a un ingeniero si le hablaran de la doctrina yoga. Nuestro novel médico se siente en un mundo extraño cuando se ve confrontado con un problema emocional y no sabe qué hacer con él. Las más de las veces receta tónicos y sedantes y otras envía el paciente al psiquiatra, en ambos casos porque se siente incómodo sino hostil y quiere salir pronto de ese caso, no dándose cuenta que está desconociendo su mejor arma: la relación afectiva médico-paciente que no es un concepto pseudorromántico, hueco y superficial sino realidad humana y científica que por una parte permite llegar idealmente a la comprensión y mejoramiento del hombre enfermo y por otra es fuente de satisfacción profunda para sí mismo.

Hace poco un grupo de educadores médicos hizo una encuesta en Estados Unidos tratando de averiguar la opinión que tenía el público con respecto al médico en general. Los resultados fueron por demás interesantes: he aquí una muestra en la carta que envió como respuesta un hombre de industria:

"Yo creo que muchos médicos carecen de capacidad para comprender las necesidades afectivas de sus pacientes porque los tratan meramente como tal y no como sus semejantes. No se trata de que el médico gaste más o menos tiempo con el enfermo sino que le ponga más sinceridad a sus actuaciones y trate de entender sus problemas y dificultades

más íntimas. Con casi todos los médicos con quienes me ha tocado rozarme, aunque reciben bien al paciente, dan la impresión de estar de prisa y con el deseo de terminar la entrevista. Hay en ellos cierta actitud estereotipada y alejada, la cual percibe el enfermo con agudeza e intuición y a la cual es muy sensible. No sorprende el hecho de que se multipliquen tantos pseudocientíficos que vemos en todas partes.

En cierto sentido ellos son mejores psicólogos que los médicos cuando se trata de manejar los problemas emocionales de los enfermos. Ellos oyen con paciencia, no se gastan prisa y dan la impresión de querer sinceramente ayudar por más que su preparación científica sea nula o muy elemental".

Esta es la opinión de un hombre de la calle, buen observador por cierto. Así realmente se explica el éxito de los teguas, yerbateros, masajistas etc. Los enfermos se sienten mejor no porque el recetador les dio algo bueno para su mal sino porque mediante su actitud receptiva pudieron encontrar un apoyo, satisfacer una necesidad afectiva. Todos sabemos que en muchos casos las medicinas obran casi a pesar de sí mismas y que lo importante no es lo que se dé sino la forma como se da.

Por todo esto es por lo que se debe modificar la orientación médica. Pero para lograrlo se necesitan según mi parecer dos cosas básicas: inclinación natural del estudiante hacia este punto de vista y buena preparación y comprensión del problema.

Lo primero es inherente a la personalidad y debe existir en el estudiante antes de iniciar la carrera de Medicina. Pero para que él pueda resolver a cabalidad lo que va a hacer, debe dársele en Bachillerato una noción más correcta de lo que la Medicina busca y enseña. Es erróneo tratar de presentarla como una carrera biológica, objetiva en la que se estudia algo a lo que hay que aplicar la inteligencia. Por más que esto sea así en parte, es más cierto afirmar que su principal objetivo es psicosocial, según lo exigen las necesidades modernas. No se trata de curar al hombre como ser biológico sino al hombre como ser biológico en su medio social. El estudiante que termina bachillerato debe saber esto, debe examinarse a sí mismo y si se encuentra incapaz de apreciarlo o con personalidad orientada en otro sentido, debe reconocerlo y seguir otros estudios.

De aquí la gran responsabilidad de los educadores de Bachillerato. Mucho se ha discutido sobre las reformas en los últimos años y

de la necesidad de preparar mejor para las diferentes carreras. Esto me parece insubstancial. No importa si se sigue la forma clásica o la especializada, lo que verdaderamente importa es que el futuro médico llegue a la facultad con una buena suma de conocimientos básicos y con una actitud emocional correcta hacia la que va a ser su profesión.

Pero al llegar a la facultad, esta selección que el estudiante mismo ha hecho, debe apoyarse y no contradecirse. Es decir que si él va preparado a estudiar Medicina con un criterio biosocial, no se le debe desorientar presentándole un plan de estudios primariamente objetivo y biológico, la tradicional orientación, herencia del pensamiento organicista que nos viene a través de Virchow y demás estructuralistas.

Especialmente en los primeros años ha de dársele al estudiante una idea correcta de lo que la Medicina busca para que su personalidad no se confunda en la maraña de disecciones y laboratorios y pueda aprovechar en toda su medida los estudios posteriores en las clínicas cuando se ponga en contacto directo con el enfermo.

Aquí en esta primera etapa es en donde deben integrarse cursos básicos de todos los elementos que antes expusimos; quiero decir la enseñanza clara y comprensible de los factores que integran la personalidad, el medio ambiente, las relaciones interpersonales, las emociones, los estímulos patológicos, los mecanismos de adaptación tanto biológicos como psicológicos. Todo esto que parece bastante complejo se puede resumir en un curso coherente que pudiera presentarse al estudiante de modo ameno y con amplia oportunidad de discusión. En nuestra facultad este curso se llama Psicología Médica pero podría llamarse en otra forma que lo que importa es el sentido de la orientación. Nosotros lo damos en el primero o segundo semestres del segundo año, una hora diaria. Cuando se inició el año pasado había ciertas dudas en cuanto a su efectividad y especialmente en relación al interés que los estudiantes pudieran demostrar hacia él, pero el resultado ha sido todo lo contrario y los mismos estudiantes se han encargado de aprobarlo y de estimular su conservación en el pénsum.

Sin embargo no hay que caer en el error de escribir todo esto también desde un punto de vista objetivo. Si se insiste en ello se llega al mismo punto equivocado de la orientación organicista. Es cierto que los factores afectivos son hechos psicobiológicos apreciables y estudiables, pero lo que se quiere es que el estudiante desde un principio logre tener lo que podría llamar "empatía", mezcla de comprensión intelectual y simpatía en relación con lo que va a hacer. Que logre ver el aspecto objetivo pero que lo sepa sentir también para que su conducta sea integral y apropiada.

En cuanto a la Psiquiatría misma, ha de tener en mi opinión las siguientes condiciones para que cumpla el objetivo que requiere su importancia dentro de la Medicina Clínica: 1º ser suficiente y bien distribuída y 2º lograr su integración y complementación con las otras clínicas.

En nuestra facultad actualmente tenemos el siguiente esquema: En el cuarto año se da en el primer semestre una introducción teórica a la Psiquiatría, su historia, sus figuras más prominentes, la evolución de los conceptos básicos, las diferentes escuelas, las bases psicopatológicas, la concepción dinámica de la formación de síntomas, ampliación del concepto de la personalidad, de sus esferas y de sus mecanismos de defensa, para luego entrar al estudio detallado de la sintomatología y de las diferentes entidades clínicas. Todo esto complementado con seminarios en los cuales se asignan a determinados estudiantes, un tema de interés general que él luego presenta ante la clase para discusión en grupo. En el presente año se presentaron los siguientes temas: Stress y síndrome de adaptación, la doctrina de Freud, la doctrina de Adler y Jung, el análisis existencial, Pavlov y los reflejos condicionados, Bleuler y la esquizofrenia, introducción a la Medicina Psicosomática, concepto general de la Higiene Mental y su importancia. Luego en el segundo semestre se hace la clase práctica demostrando a los alumnos en el Hospital Mental, las entidades más conocidas y haciendo énfasis en el examen del enfermo y la conducta del médico.

Para el año entrante se piensa complementar esto con visitas a establecimientos penales, asistencia a la consulta externa de Psiquiatría en pequeños grupos y el darles mayor responsabilidad y mejor contacto con el enfermo.

Este plan aunque mejora considerablemente la enseñanza tiene los siguientes inconvenientes: 1º dificultad en asimilar conceptos y doctrinas a un nivel utilizable así como también presenta el problema enseñar de modo adecuado materia tan extensa, y 2º el dejar sin contacto psicológico varios años posteriores, que yendo en detrimento de la orientación básica de que hablábamos, muy posiblemente influya en la actitud del estudiante que volvería a tomar un punto de vista objetivista y deshumanizado.

En los países anglosajones o al menos en los Estados Unidos le han dado tanta importancia en los últimos años a este problema que se han preocupado por modificar la enseñanza y el estudiante recibe algún curso psicológico o psiquiátrico en todos los años de la carrera. Varía mucho la forma como se presentan pero en general todos coinciden en el siguiente esquema: en el primer año hay lo que muchos lla-

man Psicología médica o sea un curso de introducción al estudio de la personalidad, su desarrollo, sus defensas, factores básicos como la inteligencia, la afectividad, la memoria, el aprendizaje, los mecanismos de adaptación, los factores ecológicos, las relaciones humanas, nociones sobre la patología humana y social. En el segundo se ofrece una orientación básica de la Psiquiatría con presentación de casos demostrativos y haciendo énfasis en la Psicopatología. En el tercer año se le asignan pacientes al estudiante y se le insiste sobre la importancia del examen y de la relación médico-paciente. En el cuarto año se le da más responsabilidad y se da oportunidad para hacer psicoterapia supervisada.

Todo esto complementado con discusiones de grupo u otros procedimientos especiales como el que se está llevando a cabo en Filadelfia y que ha despertado el interés más sincero por parte de los estudiantes. A cada uno se le asigna en el primer año una familia la cual tiene obligación de seguir a todo lo largo de su carrera. El va a visitarla y a enterarse de todos los factores psicosociales, problemas afectivos, económicos, médicos y otros que pueda tener, con la obligación de informar a un supervisor y discutirlos con él. Naturalmente en los primeros años su papel es únicamente de observador pero a medida que sus conocimientos avanzan su labor es verdaderamente médica, reforzada por el afecto e interés humano que ha tomado por esa familia a través de sus contactos con ella. Planes similares aunque no tan completos existen en otras facultades.

Como se ve esta medida viene a ser como una iniciación o indocctrinación en el terreno práctico de lo que debe ser la labor del médico, con la gran ventaja de que toma al estudiante carente de prejuicios y en una fase emocional receptiva para este tipo de experiencias.

Entre nosotros, el plan de distribución seguido en las universidades norteamericanas es difícil ya que nuestro plan de estudios es distinto. Sin embargo podría hacerse algo semejante si se distribuye de un modo mejor la Psiquiatría en los últimos tres años en vez de concentrarla toda en uno solo. Yo sé que se tropezaría con resistencias pues se argüiría que se estaría enseñando demasiada Psiquiatría pero el mismo problema se encontró en los Estados Unidos y hoy vemos que la situación es muy distinta ya que todos se han convencido que no se trata de enseñar más Psiquiatría sino de preparar mejores médicos.

En resumen y para concluir, la preparación que se le debe dar al médico debe ser tal que al iniciar su práctica, no importa la especialidad que elija, ha de ser capaz de apreciar debidamente los factores afecti-

vos que estén influenciando sus pacientes, saber hasta qué punto él los puede modificar sin causar daño y tener criterio científico adecuado para enviar ese paciente al especialista cuando sea aconsejable. Todo esto con un fondo de comprensión humana espontáneo, sincero e inteligente.

Medellín, Octubre de 1954.

CIRCULO EPILEPTICO

DR. JORGE GOMEZ JARAMILLO
de la Delegación de Antioquia

Señor Presidente,
Señoras, Señores:

Cuando acepté la galante e inmerecida invitación que se me hizo para elaborar un tema oficial para este Congreso, lo hice gustosísimo, y me dí a la tarea de buscar una simbiosis entre la epilepsia y la esquizofrenia, por dos razones: la primera, por el parecido tan sutil que al psicodiagnóstico de Rorschach presentan ambas entidades en numerosos casos, y segundo por los cuadros esquizofrénicos que se ven constantemente al estallido de la psicosis epilépticas. El primer punto, es decir, la semejanza de la esquizofrenia y la epilepsia al Rorschach es cuestión que merece estudio; en el segundo, o sea el de los síntomas esquizofrénicos que se presentan al principio de las psicosis epilépticas, son cuadros que duran pocos días para desaparecer después de estallada la psicosis. Sin embargo, esto nos explica que puede haber una correlación, un substratum común anatómico o fisiológico entre estas dos entidades que sería útil investigar.

Si bien esta labor clínica no se ha visto compensada al menos los resultados terapéuticos que por insulina empecé fueron halagadores ya que en dos casos hubo mejoría al menos parcial.

Esta labor se ha visto entorpecida porque de los 50 casos que estudié en el Hospital Mental de esta ciudad, en su mayoría son epilépticos oligofrénicos y en los pocos individuos, **conservados** no encontré aquel modo especial, esa manera propia de ser del esquizofrénico.

Al pensar definitivamente en un tema para esta ponencia, hube de hacerme algunas reflexiones que no dejan de tener su razón, motivo por el cual este trabajo en lugar de ser práctico como hubiese sido mi deseo, es más bien como una serie de consideraciones y sugerencias para estudios posteriores sobre tema tan importante. Tratar de agregar algo nuevo al capítulo de esta entidad, que ha sido tan estudiada por clásicos y modernos, sería una labor ponderosísima por no decirlo casi imposible. Hacer un resumen suscinto de los historiales (150) sería volverme fastidioso y cansón.

EPILEPSIA TEMPORAL.—EPILEPSIA PSICOMOTORA

Esta forma de epilepsia que ha sido menos estudiada que la forma convulsiva, tiende hoy a llenar un capítulo importantísimo en el campo de la Neuro-Psiquiatría.

En el siglo pasado William Gowers con su vasto criterio clínico y Houghlins Jackson con sus investigaciones fisiopatológicas sentaron los primeros principios en los cuales se basan neuro-cirujanos y electroencefalografistas para las nuevas tendencias localizadoras de funciones tan abstractas como la memoria, la conciencia, y las emociones.

Gracias a los estudios de Gibbs, Lennox y Gibbs, de Walter, de Jásper y Kershman, de Gastaút y Hess y muchos otros dentro del campo de la Electroencefalografía, y a las investigaciones de Penfield y Jásper, Masserman, Baldwin y Hess, en el campo de la neuro-cirujía y de la experimentación, las descargas epilépticas focales han dejado de ser un enigma y hoy en día constituyen para el clínico avezado el punto de referencia más importante para el diagnóstico topográfico de las lesiones epileptogénicas.

Sin lugar a dudas, el lóbulo temporal es el más rico en la semiología epiléptica, no sólo porque es la porción más expuesta a traumatismos como lo creen algunos, sino porque sus relaciones corticales con otras porciones del sistema nervioso central, tales como el tálamo, el tronco cerebral y el sistema Centroecefálico hacen de este lóbulo una región importante en la vida de relación.

Lo que más caracteriza a la epilepsia psicomotora que algunos han dado en llamar epilepsia temporal, es que en numerosas ocasiones falta el elemento convulsivo. La convulsión, esa sacudida rítmica y violenta en forma tónica y clónica que caracteriza el ataque convulsivo típico, puede faltar en la epilepsia temporal o puede también presentarse pero sin ese ritmo, sin esa sincronización, ni esa teatralidad. Puede pues variar, desde la absoluta akinesia, o puede presentarse en

forma de pequeños movimientos mioclónicos, o movimientos adversivos elementales, o movimientos automáticos más complejos. Puede presentarse también la crisis tónica y la rigidez descerebrada.

Tienen demasiada importancia en esta epilepsia temporal las auras. Estas auras pueden ser sensoriales: auras **visuales**, (sensaciones anormales de tipo elemental tales como rayas, colores, luces) **auditivas**, también elementales (Zumbidos, sonidos agudos o graves) **olfativas**, (olores agradables o desagradables, a perfume, a almizcle) **gustativos**, sabores dulces, amargos, a almendras etc.

En otras ocasiones las auras tienen un carácter más complejo: son las auras psíquicas que corresponden a las ilusiones visuales, (macrospía, microspía) auditivas, (micro y macroacusía) ilusiones de incoherencia, de reminiscencia, y por fin las alucinaciones auditivas, visuales, y olfativas.

Algunas auras corresponden a síntomas neuro-vegetativos como salivación, sensaciones en la faringe, en el epigastrio, en la región umbilical que los enfermos llaman bola epigástrica; también las auras cardiovasculares, las sensaciones de constricción torácica, de asfixia, el dolor precordial. Estas en muchas ocasiones constituyen el ataque y vienen acompañadas de movimientos automáticos como el llevarse la mano a la cabeza en las auras cefálicas, al corazón, al epigastrio, o en movimientos de masticación y de deglución.

Estas auras hacen parte de los ataques esfenoidales. Mencionaré por fin las sensaciones de frío, o de calor, las crisis vertiginosas, la sensación de hambre, de sed, la micción y la defecación.

Gastaút habla de una crisis **mayor** que se presenta con ataque tónico precedido por una aura sensorial, psíquica o visceral y seguida de un automatismo regularmente bucofaríngeo, y de una crisis **menor** que puede ser sensorial o psíquica o visceral y seguida de automatismo simple o de reacciones neurovegetativas.

Esta variedad ha sido llamada por Gastaút epilepsia psicomotora hipocámpica. Es debida a una lesión del lóbulo temporal en la vecindad de la cisura rinal, en la circonvolución del Hipocampo, y puede extenderse a la Insula y a las regiones vecinas. Esto ha sido confirmado por Penfield y Kistiansen quienes estimulando las regiones insulares y perinsulares observaron en sus enfermos sensaciones bucofaríngeas, y movimientos de masticación y de deglución.

Existe también un grupo especial de epilepsia de límites todavía imprecisos, tales como ciertos estados automáticos que ha veces van seguidos de una ligera pérdida de la conciencia. Es de citar en este grupo los ataques vasovagales de Gowers, la pseudo-ausencia temporal de

Gastaút, epilepsia periventricular de Wilsson; se manifiestan por cambios del pulso y sudoración excesiva, salivación, lagrimeo, frialdad y palidez de las extremidades, sensación de asfixia etc.

Es muy difícil distinguir de ciertos estados histericoides y se acercan mucho al terreno de la distonia neuro-vegetativa.

En resumen, lo que más caracteriza a esta forma de epilepsia psicomotora, es la gran variedad de síntomas iniciales. Por otra parte la crisis convulsiva puede faltar, puede presentarse en forma de rigidez descerebrada o puede presentarse la verdadera crisis epiléptica típica con sus movimientos clónicos y tónicos, con mordedura de la lengua y emisión involuntaria de orina. Por faltar la crisis típica con todos sus conmemorativos es fácil confundir a veces con algunos estados histeriformes y de ahí la utilidad de la electroencefalografía para su diagnóstico.

Intervienen en su etiología como causas principales: los traumatismos obstétricos, los traumatismos cerrados del cráneo, las meningoencefalitis asépticas o sépticas, la esclerosis insular de Penfield, las hernias hipocámpicas congénitas, las otomastoiditis, los tumores cerebrales, los hematomas, y especialmente las atrofonas de una o de varias circunvoluciones.

AUTOMATISMO — AMNESIA — INCONCIENCIA

Hasta ahora he mencionado de manera rápida lo que puede llamarse **síntomas positivos** de la epilepsia temporal o sea aquellos signos que denotan una actividad **positiva** de una área cerebral y que se traduce en una sensación o en un movimiento.

Me ocuparé ahora, de los síntomas negativos, o sea de aquellos que resultan cuando determinada función está abolida.

Es bien sabido que en algunos ataques epilépticos atípicos, por ejemplo cuando la circunvolución de Broca está comprimida puede presentarse una incapacidad para hablar; en otros casos durante la crisis, puede presentarse una inmovilidad del cuerpo como en la crisis aquinética. En estos casos las áreas del lenguaje y las áreas motoras expresan sus trastornos epilépticos por una falta de función. Puede entonces hablarse de síntomas **negativos**.

Clínicamente se ha hablado de una afasia epiléptica, de una epilepsia aginética, de una epilepsia inhibitoria etc. Pero hay una forma especial que Penfield ha denominado "**ataques de los niveles más elevados**", que trae consigo un signo negativo de primordial importancia: la pérdida de la conciencia.

Esta pérdida de la conciencia puede venir acompañada de actos

complejos y cuando esto ocurre toma el nombre de automatismo. El automatismo es pues un estado de inconciencia durante el cual el individuo conserva su actividad motora. El automatismo puede ser simple o complejo.

Los automatismos simples pueden ser automatismos de la mímica con expresión de terror, de miedo, de zozobra, de pavor etc. Son muy comunes los automatismos alimenticios con movimiento de masticar, de chupar, de deglutir; hay automatismos de frotarse las manos, de golperse, de llevarse la mano a la cabeza, al corazón etc.

Hay automatismos de la palabra que consisten en la modulación de frases incoherentes o palabras repetitivas.

Estos automatismos pueden ser fácilmente inducidos mediante la estimulación eléctrica de los centros sensoriales o motores correspondientes.

El automatismo ambulatorio es más complejo y puede revestir grados; el individuo puede estar completamente confuso e irrazonable, o bien ligeramente confuso pero cooperativista y capaz de entenderse correctamente con sus problemas cotidianos. Esto equivale a decir que en el primer caso el individuo tiene completamente abolida su conciencia y en el segundo está solo parcialmente extinguida. En el primer caso se trata de un verdadero automatismo, en el segundo más bien de un estado crepuscular.

Durante el automatismo ambulatorio que es el más complejo el individuo va de un lugar a otro, viaja en avión o en ferrocarril, puede desempeñar sus labores difíciles, firmar cheques, endosar letras, en general puede decirse que razona como si estuviese en pleno uso de sus facultades mentales, y sin embargo está al margen de la conciencia.

Cuando hay una abolición completa de la conciencia los autores franceses le dan el nombre de "estado segundo".

Pero, en ocasiones aquella no está completamente abolida, el individuo tiene conciencia de sus actos, pero una conciencia fragmentaria; se le dá el nombre de "**estado crepuscular**".

En el primer caso de automatismo, de estado segundo digámosle así por el desdoblamiento de la conciencia, el individuo está ajeno a la realidad; él puede pensar, puede ejecutar actos razonables pero son actos del todo inconscientes, ajenos a su voluntad, a su libre albedrío, a su personalidad. Son actos automáticos, sin deliberación, sin volición, sin atención.

En el estado crepuscular, en cambio, la conciencia no está completamente abolida; está parcialmente trastornada; existe una disminución de la autocrítica. Tanto en uno como en otro caso el individuo pue-

de ejecutar actos que no están de acuerdo con su modo de ser lo que reviste un gran interés médico legal por las infracciones y los delitos a que están expuestos.

El diagnóstico diferencial de los automatismos con la histeria y la simulación debe hacerse con la ayuda de la electroencefalografía. En el automatismo epiléptico se encuentran siempre una disritmia cerebral de ondas lentas de 2, 3 ciclos por segundo y de alto voltaje.

Es de tenerse en cuenta también la amnesia consecutiva, que es una amnesia total en el automatismo epiléptico y fragmentaria en el estado crepuscular.

En mis historias, del N° 63 al 76 corresponden a automatismos ambulatorios 3 de ellos, los otros 6 correspondiendo a estados crepusculares sobrevenidos después de ataques psicomotores.

El N° 365 (J. V.) tenía automatismos de corta duración precedidos por movimientos de masticación, salivación y deambular por la casa. Lentamente fue recuperando la conciencia pero dejando tras de sí una amnesia absoluta.

Como consecuencia de una fuerte ingestión de licor estuvo 3 días en un automatismo completo del cual no conserva ningún recuerdo. El N° 387 (M.E.P.) también estuvo 4 días en pleno automatismo, viajó por Yarumal y apenas recuerda haber estado en un seminario pidiendo unos certificados. Los números 312, 431, 437 que corresponden a mujeres presentaban automatismos de menor importancia consistentes en cortos períodos de confusión mental movimientos complejos como el de levantarse y bajarse la ropa, de pintar en una pared. Del N° 71 al N° 76 de este trabajo hemos observado lo siguiente: todos corresponden al sexo femenino lo que nos hace pensar mucho en un campo histórico con 3 de ellas, (J. de B.) (M. S. de B.) (A. a de J.) (M. de R.) 2 de las cuales (J. de B.) y (M. S. de B.) presentaban ataques típicos de epilepsia; las otras únicamente estados crepusculares, hablaban y engañaban, fingiendo el estado crepuscular.

El N° 67 (E.R.J.) fue un individuo que presentó una crisis de pavor y el cual estuvo durante 3 días en un estado crepuscular desconociendo a ratos a los de su casa, vociferando y llorando, con labilidad emotiva e insomnio absoluto durante 3 días.

Si nos fijamos detalladamente en los dos componentes esenciales del automatismo: la pérdida de la conciencia y la amnesia consecutiva, sabiendo que el lóbulo temporal es el centro de la memoria, tenemos que recurrir a un mecanismo más complicado. No es del lóbulo temporal, puesto que éste solo tiene que ver con la memoria provocando amnesia. Luego es necesario admitir un factor coadyuvante: el sistema

centroencefálico, en donde según Penfield se encuentra radicada la conciencia. El individuo **olvida**, porque probablemente ha perdido la conciencia. El no se ha dado cuenta, no ha elaborado, no ha integrado por así decirlo, los actos ejecutados durante su automatismo.

Wilder Penfield afirma que Jackson había previsto que en el sistema Nervioso Central existen tres niveles de diferenciación funcional: el nivel **más bajo** que corresponde a los actos reflejos y que estaría situado en la medula, en el bulbo y en el puente; el **nivel medio** en la corteza cerebral en donde existen las áreas de representación sensorial y motora que sirve para los movimientos coordinados y la diferenciación de las sensaciones y un **tercer nivel** (higa est level) o **nivel de integración** de todas las funciones neurales, que él llama el **nivel más superior**.

A este nivel más superior, Ponfield ha denominado "sistema reticular centroencefálico". Según él, es un sistema formado por una red de neuronas situadas al rededor del tronco cerebral que tiene una función de relación entre los dos hemisferios cerebrales, que no funciona por sí sólo sino que actúa de acuerdo con el diencéfalo y con ambas áreas cerebrales como una sola unidad. Anatómicamente comprendería el núcleo intralaminar, el diencéfalo, el tegmentum y la formación reticular.

Según Penfield, ninguna lesión epileptogénica de la corteza cerebral es capaz de reproducir la típica respuesta eléctrica de petit mal que produce una lesión en la parte mesial de los hemisferios. Deduce entonces que la anatomía funcional del petit mal no se encuentra en el manto cortical sino en otro sistema, sistema que es capaz de ejercer un control eficaz sobre los estados de conciencia. Ha demostrado en animales el lapso de conciencia que corresponden al petit mal, así como las características electroencefalográficas típicas; estimulando con bajos potenciales el sistema centroencefálico en el hombre ha obtenido resultados semejantes.

"Es obvio que las funciones mentales superiores que distinguen al hombre de la serie animal, tales como el lenguaje, la capacidad para las matemáticas y otros procesos abstractos como pensar, no son posibles sin la corteza, particularmente la de los lóbulos frontales y temporales. Su basta red de células y fibras constituyen una parte esencial en la maquinaria de la mente. Pero, sin la influencia constante y selectiva de esa red del **nivel superior** la mente permanecería dormida, "Localizar estrictamente el nivel de las funciones más superiores, es imposible. Pero, estas resultan de una iteracción dinámica entre las áreas de la corteza y los mecanismos centroencefálicos.

Según esto, en mi opinión, es a una lesión de ese sistema centro-encefálico que se debe la amnesia y la inconciencia de los estados de automatismo.

EPILEPTOIDIA

En este trabajo este grupo está formado por 19 individuos del N° 81 al N° 100.

Existe verdaderamente un carácter epiléptico? Algunos autores han querido ver en todo epiléptico un individuo con estigmas psíquicos. Sostienen la mayoría que la epilepsia no termina con la crisis, sino que antes y después de la crisis es decir, en los estados intercríticos, el individuo es un epiléptico. Hablan algunos de una disposición cerebral epiléptica, otros de una neurosis epiléptica latente y otros de una constitución epiléptica; otros aún yendo más allá encuentran una concordancia entre ciertos rasgos caracteriológicos y la epilepsia y le dan el nombre de hábito emequético.

Sin entrar a discutir tan eminentes autoridades sólo quiero dar una opinión, basándome para ello en los 100 casos que he revisado en la práctica. Si sacamos de estos 100 casos los 18 que he rotulado como epileptoidia vemos cómo en más del 60% de los otros, los enfermos son más bien de temperamento variable siendo por tanto muy pocos los que presentan una verdadera estereotipia temperamental.

Krestchmer da como signos más comunes de la epileptoidia: accesos de rabia, tendencias a las crisis afectivas graves, intolerancia al alcohol, embriaguez patológica, fugas impulsivas, estados crepusculares y como trastornos de la emotividad una extrema irritabilidad que no es permanente, cambios bruscos en el modo de ser sin razón sin motivación. Descontentos de sí mismos, insatisfechos, con tendencias a las crisis de mal humor y suspicaces. Otros en cambio son ventajosos, mimosos, obsequiosos serviles y pedantes en la conversación. Los datos más sobresalientes son la irritabilidad y el mal humor, la impulsabilidad, y la pegajosidad, y como síntoma muy importante la intolerancia alcohólica.

Este grupo de enfermos los he seleccionado en 1er. lugar porque sus electroencefalografías son francamente disrítmicas; y porque casi todos ellos acusan en sus antecedentes estados crepusculares, crisis de sonambulismo, enuresis y terrores nocturnos.

Creo que llenando estos requisitos, es decir, ante cambios bruscos e inopinados del humor y de la conducta, antecedente de enuresis, de sonambulismo y con electroencefalografía propiamente patológica en

el sentido de disrítmia paroxística, puede hacerse al diagnóstico de epileptoidia. Si a esto se agrega el test de Rorschach tan útil en la epilepsia creo que podemos desenterrar una entidad la cual se tiene muy poco en cuenta en el diagnóstico nosológico.

EPILEPSIA PSIQUICA

Un grupo de enfermos del N° 78 al N° 81, pertenece a lo que denominaré epilepsia psíquica, o a la que otros autores han denominado epilpsia sin epilepsia.

Está caracterizado este grupo por individuos que han presentado episodios psicóticos de corta duración.

Por ejemplo el N° 78 (J.P.A.) tenía periódicamente períodos depresivos que empezaban generalmente por una reacción fébril de causa desconocida, reacción que duraba 2 días para entrar luego en una fase depresiva con autoclustración, adinamia, insomnio, ideas de impotencia y de culpabilidad etc.

Después de una electroencefalografía que se encuentra disrítmica, se hizo una medicación antiepiléptica y no volvieron a presentarse las crisis depresivas.

El enfermo 238 (S. M.) es un cicloide. Presentaba en ocasiones ciertas crisis de confusión mental. En una ocasión presentó una crisis de 3 semanas de duración con confusión mental, y un cuadro hipomaniaco; tratado con electrochoque recuperó prontamente. Figura en sus antecedentes un tío epiléptico y otro oligofrénico. Era un individuo en quien la ingestión del alcohol era suficiente para desencadenar crisis cortas y en quién la electroencefalografía revelaba una disrítmia paroxística. El N° 464 (P.E.S.) es un individuo quien después de una contusión cerebral presentaba una a dos veces en el año crisis de furia durante las cuales era verdaderamente peligroso y cuyas crisis han desaparecido por completo con la medicación anticonvulsiva. La N° 522 (L.V.) es una señora que presenta muy periódicamente crisis hipomíacas, acompañadas de confusión mental, crisis que también son desencadenadas por factores ambientales.

Los números 302 (F.P.) y 358 (E.P.) también han presentado episodios confusionales con bradipsiquia y con electroencefalografía disrítmica.

En estos pocos casos hay un factor epiletoide demostrado por la electroencefalografía, por una amnesia consecutiva en todos, y en algunos de ellos por la intolerancia casi absoluta al alcohol, y además porque dichas crisis han desaparecido con el tratamiento antiepiléptico.

EPILEPSIA MESENCEFALICA. — PSICOSIS EPILEPTICAS

Estas son por lo general progresivas y definitivas. Las remisiones son posibles pero casi siempre de muy corta duración lo que hace que estos individuos tengan que vivir siempre en los asilos.

Parece ser debido a la repetición frecuente de los ataques. A medida que estos se presentan, según algunos autores, las lesiones cerebrales que dejan tras de sí los ataques van aumentando hasta el punto de llegar a producir verdaderas infirmezps psíquicas.

En el estudio que de 50 casos hice en el manicomio traté de llegar a algunas conclusiones, bien fuera por los epifenómenos que estas psicosis presentan, ya que por los rasgos caracteriológicos de la personalidad o también por los matices depresivos o cicloídes; pero en su mayoría se trata de oligofrénicos y débiles mentales.

Los síntomas más sobresalientes son en orden de frecuencia: las crisis de excitación psicomotriz con su cortejo de logorrea, flujo de ideas, frases incoherentes y esteoritipadas, labilidad emocional, los atentados contra los demás enfermos, la irritabilidad y la iteración en los reclamos. La crisis de cólera, los actos impulsivos y el mal humor, siendo entonces la irritabilidad la que domina el cuadro.

En los períodos intercríticos es notable la bradipsiquia, la desorientación en el tiempo y aún en el espacio y la falta de espontaneidad, la gnosia y la praxia estando notablemente disminuídas.

Para no volverme prolijo voy a enumerar rápidamente los signos más prominentes de las historias de estas enfermas, procurando hacerlo en orden de frecuencia: Excitación psicomotora, logorrea, atentados contra los demás, labilidad emocional, desorientación, falsos reconocimientos, alucinaciones, distintas impulsiones, clastomanía, negativismo, ideas de suicido, dromomanía, canibalismo, masoquismo, exhibicionismo, en fin toda la gama de las psicosis, y como cosa muy característica de las psicosis epilépticas: la locura de las impulsiones y el estado de sueño o de sopor profundo que sigue a las crisis maníacas, uno de los síntomas más importantes del verdadero automatismo.

Hess, mediante la estimulación farádica del Diencéfalo en el gato obtuvo pruebas suficientes, según él, para afirmar que el hipotálamo era el centro de las emociones. Pero según algunos lo que Hess estimuló no serían propiamente los centros sino algunas fibras que provienen del pallidum o de otros sectores cerebrales como los lóbulos temporales o frontales.

En todo caso no podría deducirse de estas experiencias que en el hipotálamo asientan las **emociones**, el **intelecto**, la **personalidad**. Pero lo único que puede realmente asegurarse es que el hipotálamo tiene que ver directamente con la expresión emotiva y de ahí que algunos hablen de una **rabia aparente**.

John Hunter y Herbert H. Jásper aceptan después de varios estudios electroencefalográficos que los ataques convulsivos generalizados de gran mal tienen su origen o localización en la corteza cerebral; los ataques de espiga y onda parecen venir de las regiones **subcorticales** y Penfield hace derivar estos ataques de las **estructuras diencefálicas**, y Penfield y Jásper han propuesto el término de "ataques" de los niveles más superiores a aquellos que consisten en una súbita pérdida de la conciencia o sea del petit mal.

Jásper y otros para comprobar esto con la ayuda de un instrumento estereotáxico de Clark registran las respuestas obtenidas por estímulo eléctrico en el diencefalo de gatos. Estos experimentos también fueron hechos por Morrisson y Dencey en 1941 y obtuvieron ondas de 3 por segundo y espiga, estimulando la región intralaminar anterior del tálamo y otras regiones cercanas al tálamo. En 1948 Hess ha descrito una zona en la porción inferior de la masa intermedia la cual induce sueño cuando es estimulada. Harrison y Hess obtuvieron estados similares de sueño con lesiones destructivas del hipotálamo.

Los resultados obtenidos dependen no solamente del punto estimulado sino también de la corriente usada. Dichos resultados los catalogan ellos de la siguiente manera: a) detención de la actividad espontánea; b) sueño; c) actividad generalizada; d) movimientos específicos de torción y e) ataques epileptiformes.

Un estímulo más intenso y más rápido produce primero un ataque parecido al petit mal seguido por un grand mal. Los electricocorticogramas demuestran que durante el petit mal se presenta una descarga de 3 ondas por segundo con espiga, en la corteza y también en el tálamo; durante el grand mal hay una actividad rápida de alto voltaje semejante a la que se obtiene durante el grand mal en el hombre.

Por otra parte Foester operando un craneofaringioma al hacer presión sobre III ventrículo observó que el enfermo hacía un verdadero cuadro maniaco, con logorrea, frases rimadas y fuga de ideas; lo mismo observó en otro enfermo que tenía un papiloma del plexo coroides; de la misma manera Bailey y Fulton operando adenomas hipofisarios anotan estallidos de excitación maniaca. Cuando manipulaban sobre el hipotálamo posterior y los tubérculos cuadrígeminas, dichos enfermos contestaban a pequeños estímulos con somnolencia y pérdida de

la conciencia; una vez desaparecida la excitación volvía el individuo a su estado normal.

Las observaciones experimentales de Hess y de Bard, y las clínicas de Foester, Bailey y Fulton provocadas, unas por potenciales eléctricos y otras por lesiones o tumores del tronco cerebral hacen pensar en una localización Centroencefálica de las psicosis epilépticas.

Esto ha sido comprobado por la electroencefalografía pues en muchas psicosis epilépticas, más del 30% de los observados en el Hospital Mental de esta ciudad, se encuentra el componente de petit mal, **onda lenta y espiga**, que según Penfiel y Jásper son propios del tronco cerebral.

Siendo la característica especial de las psicosis epilépticas el estado de **excitación psicomotora** que sigue al grand mal la mayoría de las veces, y en no pocas ocasiones el estado de **estupor profundo**; teniendo en cuenta además los estados **automáticos**, vengan o no acompañados de la **furia epiléptica** y la **amnesia consecutiva**, es fácil de presumir que encontrando en el tronco cerebral los mecanismos reguladores de la **emoción**, de la **memoria**, del **sueño** y de los **estados** de conciencia, mecanismos que están perturbados en casi todas las psicosis epilépticas, es fácil presumir, repito, que las psicosis epilépticas tengan su **substratum** anatomopatológico en el **tronco Cerebral**.

MODIFICACIONES AL CODIGO CIVIL Y AL CODIGO JUDICIAL COLOMBIANOS EN SU ASPECTO PSIQUIATRICO

Prof. GUILLERMO URIBE CUALLA

Ponencia Oficial presentada al II Congreso de Neurología,
Psiquiatría y Medicina Legal, reunido en Medellín.

Habiendo sido nombrado por la Junta Organizadora del II Congreso de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal que se reúne en la ciudad de Medellín como ponente en el tema sobre "Reformas al Código Civil Colombiano desde el punto de vista Psiquiátrico-Forense", me he permitido elaborar la siguiente exposición que no solamente se refiere

a la crítica de algunos artículos de nuestro Código Civil, sino también a otros artículos del Código Judicial que tienen íntima relación y que en mi concepto deben modificarse porque no se encuentran a tono con los conocimientos de la psiquiatría actual.

Veamos cómo está redactado el artículo 545 del Código Civil, y que según la Ley 95 de 1890, dice lo siguiente: "El adulto que se halle en estado habitual de imbecilidad o idiotismo, de demencia o de locura furiosa, será privado de la administración de sus bienes aunque tenga intervalos lúcidos". No se ve la razón por la cual allí solamente se priva de la administración de sus bienes al que se halle en estado habitual de imbecilidad o idiotismo, de demencia o de locura furiosa, ya que pueden quedar con supuesta capacidad civil muchos otros casos que estudia la psiquiatría, y que por sus deficiencias psíquicas no están en condiciones de administrar sus bienes.

Pudiera tener explicación el criterio que adoptó la comisión que elaboró el Código Civil hace 63 años, porque entonces predominaban los principios del derecho romano, donde se hablaba del "furiosus", o sea del individuo con agitación maniaca, y del "mentecatus", que correspondía a un débil mental. Por otra parte, allí se dice "estado habitual de imbecilidad o idiotismo, siendo así que tanto la imbecilidad como el idiotismo, que son grados de la oligofrenia o debilidad mental, y estados degenerativos congénitos, permanentes e inmodificables: pues como dijo Esquirol: "El demente se encuentra privado de los bienes que poseía; es un rico que se ha vuelto pobre; mientras que el idiota siempre ha estado en el infortunio y la miseria". De tal suerte que la imbecilidad o idiotismo de que habla dicho artículo siempre son estados "habituales". Ahora bien, en dicho artículo sólo se contemplan dos grupos de enajenación mental: a) Aquellos en los cuales se manifiesta la furia (de paso diré que el término empleado allí "de locura furiosa" no es aceptable en psiquiatría, y el correcto debe ser "manía aguda"); y b) Aquellos casos de "debilidad mental", que corresponden a los "mentecatos", que sin duda ninguna sufren de una deficiencia psíquica congénita. Pero es claro que un código civil moderno debe estar en armonía y orientado por los actuales principios de la psiquiatría forense. Porque es por demás evidente que fuera de los estados de imbecilidad e idiotismo, de demencia o locura furiosa de que habla el artículo que comentamos, existen otras muchas enfermedades mentales en las cuales no hay la capacidad civil necesaria, como sucede en varios delirios sistematizados, o en psicosis maniaco-depresivas o simplemente melancólicas, en las cuales, lejos de estar el paciente "furioso" o excitado, se encuentra depri-

mido; o en procesos predementiciales, como son los períodos medico-legales de la parálisis general o la demencia senil, en los cuales un individuo aparentemente está ejecutando actos normales, y sin embargo un examen psiquiátrico detenido demuestra graves fallas intelectuales que comprueban su incapacidad.

En la práctica judicial puede muy bien suceder que un perito psiquiatra, después de hacer un estudio somático-psíquico, en un juicio de interdicción judicial, no llegue en sus conclusiones a precisar un estado habitual de imbecilidad o idiotismo, o demencia o locura furiosa, como señala el Código Civil, y entonces un funcionario judicial que se atenga al sentido literal de este artículo puede considerar que no es el caso de decretar la interdicción, no obstante el diagnóstico fundamentado de cualquier otro estado de perturbación mental, distinto a los allí descritos tan restringidamente, y que pueden ocasionar también una falta de capacidad civil para manejar libremente sus intereses.

Por lo tanto en mi sentir sí considero indispensable que se haga una modificación de dicho artículo para que haya una mayor amplitud en el perito psiquiatra cuando va a presentar una conclusión a la justicia civil, y también pueda tener el Juez una mayor elasticidad en la interpretación del concepto pericial, a fin de no ir a cometer errores que pudieran perjudicar gravemente los intereses de terceros.

POSIBLE MODIFICACION AL ARTICULO 545 DEL CODIGO CIVIL

Pero como no es posible que en un simple artículo de un Código queden descritos y comprendidos todos los múltiples grupos de psicosis que estudia la patología mental, considero que así como se modificó plausiblemente el artículo 29 del Código Penal, al cambiar la frase "verdadera demencia o locura" por "estado de enajenación mental o intoxicación crónica, o grave anomalía psíquica", que comprende científicamente todos aquellos casos de posible anormalidad psíquica donde la capacidad penal es nula, en la misma forma puede modificarse el artículo 545 del Código Civil, suprimiendo lo restrictivo y anticientífico de sus disposiciones, que sólo contemplan la debilidad mental, la demencia o la manía aguda, dando cabida a muchas otras perturbaciones mentales que estudia la psiquiatría forense, diciendo más o menos lo siguiente: "El adulto que se encuentre en estado de enajenación mental que lleve consigo una restricción de su personalidad civil, será privado de la administración de sus bienes".

El intervalo lúcido. - El artículo 545 del Código Civil termina así refiriéndose al estado habitual de imbecilidad o idiotismo, de demencia

o locura furiosa: "Serán privados de la administración de sus bienes aunque tengan intervalos lúcidos".

Al hablar del intervalo lúcido el profesor Nerio Rojas se expresa así: "Desde el lejano Derecho Romano hasta la actualidad la expresión "intervalo lúcido" es usada sin la necesaria precisión, como muchos otros términos médicos cuyo empleo en las leyes modernas —proveniente de conceptos oscuros y anticuados— no corresponde a la verdad científica. Es sin embargo fundamental establecer con claridad una doctrina justa sobre el carácter de estos estados producidos en algunos alienados. Ellos plantean en clínica serios problemas de diagnóstico y pronóstico, y en la medicina legal difíciles cuestiones sobre la validez de un acto grave como un testamento o un matrimonio, o la de levantar una incapacidad por "demencia" o resolver la imputabilidad del autor de un delito. Las tentativas de explicación de este concepto no son siempre muy claras y resultan a veces contradictorias. Ello proviene de diversas razones, entre otras, la de ser expresión jurídica de un vocabulario médico hoy abandonado, o mejor, precisado; la de haber querido esclarecerlo sólo mediante la investigación histórica de las fuentes de nuestra ley civil, y finalmente, el haber estado a cargo de jurisprudencias ajenas al lenguaje y a la doctrina psiquiátricas, la tarea de exégesis respectiva. Creo que sin la luz de la medicina actual no se puede aclarar el concepto sobre intervalos lúcidos. Las luces del derecho romano son aquí insuficientes, pues por entonces la psiquiatría era cosa muy distinta de lo que es en nuestros días. Para aclarar el alcance jurídico de tal expresión en el artículo 3615, veamos su aplicación clínica posible antes de deducir su valor médico-legal. Para esto creo que no debemos ir a buscar datos antiguos en épocas durante las cuales la psiquiatría no existe como ahora. El concepto de intervalo lúcido entre los romanos debía estar falseado por los conocimientos incompletos de esta clase de enfermedades. Apremiado por deseos de síntesis y no por consideraciones bibliográficas, quiero evitar la discusión minuciosa de las diversas opiniones de los autores modernos que carecen de unidad en este punto. Cierta desorientación se nota así entre los variados conceptos de Legrand du Saullé, Falret, Ball, Gibert Ballet, Regis, Laignel-Lavastine, Courbon y Bauer Tanzi, Ottolenghi, Kreaft Ebing, Hoche, Bumke, Bleuler. En general estas opiniones no satisfacen por razones psiquiátricas o jurídicas, aunque en parte la de Hoche resulta la mejor, al distinguir el intervalo de los antiguos, de la intermisión o intermitencia, que es más completa y de consecuencias médico-legales. Regis, siguiendo a Falret, acepta tres formas: remisión, momento e intermitencia.

Hay argumentos poderosos en contra del uso de la frase "intervalo lúcido". Pueden considerarse varios casos:

a) Cuando se trata de estados mentales, en los cuales un individuo es a la vez un perturbado mental, un enajenado, pero puede tener lucidez en sus ideas; así hay casos en los cuales evoluciona un delirio sistematizado, persecutorio, en muchas cuestiones que están fuera de su delirio puede revelar claridad mental, pero en el fondo de muchas de sus actuaciones obra de acuerdo con una idea delirante, de tal modo que aunque sea parcialmente lúcido, en sus juicios y deducciones existen graves fallas, y por consiguiente no puede decirse que su capacidad civil, sea perfecta.

b) En otra forma el enajenado puede presentar un momento de calma en su actividad patológica; se puede calmar transitoriamente por breves instantes su delirio, su agitación o torpeza, y entonces el enfermo puede realizar algunos actos sensatos aislados. También se habla de los momentos lúcidos en maníacos o melancólicos, y aun en dementes y confusos; o los llamados "delirios en eclipse" en los cuales puede haber momentos de lucidez con franca rectificación. Pero en definitiva se trata de instantes o momentos de lucidez, transitorios, en los cuales hay persistencia latente o franca de la enfermedad, y no son verdaderos intervalos lúcidos.

c) Puede existir una remitencia dentro de la evolución de una enfermedad mental; así un maníaco agudo (equivalente al loco furioso de que habla el Derecho romano), o que sufra de una verdadera demencia, puede tener una remitencia o atenuación de sus síntomas patológicos; no siempre un maníaco agudo está agitado, puede tener momentos de depresión; a un estado de actividad se sigue una hipoactividad; en los mismos dementes seniles puede haber una atenuación de sus síntomas; actos de aparente lucidez, que se verifican por rutina o automatismo; y sin embargo, en esos períodos remitentes no ha desaparecido la enfermedad, y por consiguiente persiste la incapacidad civil.

d) Finalmente, se trata de perturbaciones mentales en donde se presentan accesos más o menos continuos, como sucede en los ciclotímicos, en los cuales hay excitación o depresión, y puede haber períodos intermediarios de lucidez mental. En las psicosis periódicas, los accesos son más continuos, y aun cuando haya ligeros períodos lúcidos siempre predomina la perturbación mental, por tratarse de crisis muy continuas; y por consiguiente, persistiendo la anomalía psíquica, subsiste la incapacidad civil.

Cuando se trata de períodos largos, o de verdaderas etapas de lu-

cidez mental, la cuestión es distinta, porque entonces no se trata de intervalos lúcidos, sino de verdaderos períodos de curación de la enfermedad; y a nadie se le puede ocurrir que en esos períodos largos de sanidad mental o de curación, los pacientes al reintegrar totalmente sus facultades psíquicas, no tengan todos sus atributos correspondientes a una completa capacidad civil; y si estuvieron interdictos durante el período comprobado de su psicopatía, al venir un período no simplemente lúcido, sino de curación de la enfermedad, vuelven a recobrar su personalidad civil ante la ley y la sociedad.

Estos argumentos nos demuestran cómo en el Código Civil no deben figurar las palabras intervalo lúcido.

El artículo 548 del Código Civil dice lo siguiente: "Pero si la locura fuere furiosa o si el loco causare notable incomodidad a los habitantes, podrá también el prefecto o cualquiera del pueblo provocar la interdicción".

Como ya lo observamos, el término "locura furiosa" no es científico, ni mucho menos aceptable dentro de la terminología empleada en la psiquiatría moderna; porque las palabras "loco" y "locura" no son de recibo en esta época en la cual se desea tener mayores consideraciones con las personas que desgraciadamente han sufrido perturbaciones en su psiquismo; y al referirse a un perturbado de la mente, como a un "loco" o a la enfermedad mental de que padece como una "locura" aun cuando su significado de acuerdo con el diccionario quiere decir "privado del juicio", no deja de tener cierto tono despreciativo e hiriente que no está de acuerdo con la sensibilidad social. Podría decirse más bien "pero si la enfermedad mental fuese agitada o si el 'enajenado' causare notable incomodidad a los habitantes" etc.

Mas tampoco es aceptable que solamente se alegue como motivos para que el prefecto o cualquiera del pueblo pueda provocar un juicio de interdicción el que se trate de una enfermedad mental agitada (manía aguda) o que el enajenado sea incómodo a los habitantes; puesto que otros son los fundamentos posibles de una interdicción; como es el peligro para que esos anormales de la mente puedan ejecutar actos de la vida civil que los perjudiquen a ellos mismos o a un tercero; y no propiamente el hecho de que estén agitados o furiosos, o que sean incómodos por sus actuaciones para los habitantes de una población. Y ya sabemos cuántas enfermedades mentales existen en que el individuo no está precisamente agitado sino más bien deprimido (psicosis depresivas o melancólicas), y en que por lo tanto tampoco producen ninguna incomodidad a sus familiares o a los habitantes de una población,

y sin embargo es por demás urgente que se promueva su interdicción para evitar futuras complicaciones.

Los actos de impulsividad o de furia o las reacciones anti-sociales exigen más que todo proceder al aislamiento de los enfermos en una clínica psiquiátrica para su tratamiento, y naturalmente activar la intervención judicial; pero puede haber casos que sin imponerse de urgencia un aislamiento porque los enfermos no sean agitados ni impulsivos, y sin embargo existe el peligro de que bajo la apariencia de una normalidad psíquica, ejecuten actos inconvenientes de la vida civil como una venta, confieran un poder, o hagan un testamento, siendo ellos fundamentalmente incapaces; y por lo tanto en muchos casos, se impone la interdicción judicial provisional para evitar estos perjuicios. Por lo tanto en nuestro concepto para estar a tono con la psiquiatría moderna, debería suprimirse este artículo 548 tal como está redactado y en cambio redactarse otro que dijera más o menos lo siguiente: "En aquellos casos en los cuales un individuo por sus claras manifestaciones de anormalidad mental estuviere en peligro de ejecutar actos que lo perjudiquen gravemente a él mismo o a terceros, las autoridades competentes o personas allegadas o ciudadanos respetables y conocidos, podrán provocar la interdicción.

El artículo 553 del Código Civil dice así: "Los actos y contratos del demente posteriores al decreto de interdicción serán nulos; aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en un intervalo lúcido".

Consideramos que debe suprimirse la última parte del artículo "aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en un intervalo lúcido" puesto que ya vimos que dentro de los principios de la psiquiatría actual no se exceptúan los intervalos lúcidos en el curso de las enfermedades mentales; puesto que tan sólo son remitencias de la enfermedad o atenuaciones de algunos de los síntomas; pero subsiste en el fondo la anormalidad psíquica y por consiguiente la incapacidad civil que aquella origina.

Por lo tanto dicho artículo 553 podría quedar redactado sencillamente así: "Los actos y contratos del enajenado posteriores al decreto de interdicción serán nulos. Y por el contrario los actos y contratos ejecutados o celebrados sin previa interdicción serán válidos, a menos de probar que el que los ejecutó o celebró era entonces incapaz por padecer de enajenación mental en cualquiera de sus formas".

Nos parece que la última parte queda más amplia que cuando se dice: "estaba entonces demente", para evitar la idea de que sólo los estados demenciales son los que acarrearán incapacidad civil, siendo así que

existen muchas formas de enajenación mental distintas de las demencias, que llevan consigo una incapacidad absoluta.

El artículo 554 del Código Civil dice lo siguiente: "El demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otros. No podrá ser trasladado a una casa de locos, ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente mientras a solicitud del curador o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas".

A nuestro modo de ver este artículo se encuentra orientado en la idea antigua de que sólo son dementes los que se encuentran en estado de agitación o furia, o que por su estado de excitación pueden ser capaces de hacerse a sí mismos algún daño o de provocar incomodidades a los demás; principio completamente equivocado, puesto que el asilamiento no en una casa de locos, término o denominación ya mandada recoger, sino en una clínica psiquiátrica, se debe hacer no sólo en aquellos casos sino en todos aquellos estados de anormalidad psíquica en que se impone como base de tratamiento el separarlos de sus familiares; y además es sabido que la mayor parte de los actuales tratamientos de las psicopatías no se pueden practicar con toda la técnica ni el debido control, en una casa particular, sino que es necesario recurrir a una clínica, donde existen todos los elementos y el personal científico preparado para una especial terapéutica.

A lo cual se puede agregar que en muchas ocasiones es necesario evitar el que se quiera abusar de un estado anormal, dando origen a complicaciones por actividades de la vida civil en personas que de suyo son incapaces para ello.

Por lo tanto la redacción de este artículo debe cambiarse por completo por no corresponder a esta época y en su lugar pudiera redactarse un nuevo artículo que dijera: "El enajenado podrá ser recluso en una clínica psiquiátrica a petición de los parientes o de las autoridades, cuando su enfermedad mental así lo exija para su tratamiento científico y como medida de profilaxis social; pero cumpliendo con las tramitaciones de un certificado de un médico legista o de un psiquiatra, y siempre y en todo caso en estado de observación, para que los psiquiatras de la clínica mediante exámenes prolongados decidan si debe permanecer allí por un tiempo indefinido, o si bajo ciertas condiciones puede ser trasladado a su domicilio.

En el Capítulo XVIII del Título XI Juicios especiales del Código Judicial y que se refiere a la INTERDICCION JUDICIAL —en el Ar-

título 1452— se dice lo siguiente: “En la demanda que se interponga para la interdicción de un demente o sordomudo el que la provoqe designará un perito para el reconocimiento de que luego se tratará”.

“Artículo 1453. - Si el demandante no fuere agente del Ministerio Público, propuesta la demanda mencionada en el artículo anterior, el Juez prevendrá a dicho Agente que nombre otro perito con el mismo objeto; pero si el demandante fuere el Ministerio Público, el nombramiento de segundo perito lo hará el Juez, sin perjuicio de que en caso necesario haga el nombramiento de tercero en discordia, de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo 6º. Título 2º de este libro”.

“Artículo 1454. - Nombrados los peritos, y juramentados debidamente, el Juez decretará el reconocimiento del demente o del sordomudo, el cual hará asociado de los peritos, por tres veces, en tres días consecutivos”.

En el artículo 652, al hablar de los peritos dice así: “Entiéndese por perito la persona conocida mente hábil e instruída en la ciencia y arte a que pertenezca el punto sobre que ha de oírse su concepto. Siempre que los hubiere, serán preferidos los profesores con título o despacho de tales”.

Como puede observarse el nombramiento de peritos médicos en los juicios de interdicción judicial por presumirse un estado de anormalidad mental que implique incapacidad civil, tanto los jueces como las partes interesadas en la práctica ordinaria designan a médicos titulados pero no teniendo en cuenta que sean precisamente versados en la ciencia psiquiátrica forense; porque se tiene el concepto desde luego equivocado de que cualquier facultativo por el solo hecho de ser titulado, tiene la preparación suficiente para ilustrar a la justicia ampliamente sobre el estado psíquico de un individuo e implícitamente dictaminar sobre su capacidad civil o su incapacidad. Gravísimo error, porque es sabido que la psiquiatría es una verdadera especialidad y de las más difíciles y de mayor responsabilidad dentro de los estudios médicos. Y con frecuencia se nombran como peritos médicos que pueden ser muy eminentes en otras especialidades como cirugía general, órganos de los sentidos, medicina interna, obstetricia, etc. pero que por carecer de los suficientes conocimientos en psiquiatría y no tener ninguna experiencia en la materia, rinden pericias deficientes y desprovistas de fundamento científico, que en lugar de llevar luz a la inteligencia y criterio del juez, le llevan dudas y perplejidades que sin duda ninguna perjudican a los intereses de la justicia y de la sociedad.

Ya es tiempo de que entre nosotros se hagan esos nombramientos

en verdaderos especialistas de la medicina legal y de la psiquiatría forense, como existe en disposiciones legales obligatorias en muchos países adelantados. En las principales ciudades del país existe un buen número de especialistas en psiquiatría que pueden prestar esos servicios en una forma eficiente y científica. Y debería abrirse en los Juzgados y Tribunales una inscripción de dichos especialistas psiquiatras comprobando su preparación con la documentación correspondiente; y luego de esas listas los funcionarios judiciales proceden a nombrarlos en forma rotatoria para mayor equidad e imparcialidad en las actuaciones judiciales.

El mismo espíritu del Código Judicial lo da a entender que deben nombrarse peritos médicos verdaderamente idóneos y preparados, cuando en el artículo 80 ibidem de la Ley 105 de 1890 dice lo siguiente: "Las declaraciones de los facultativos sobre los hechos que estén sujetos a los sentidos, y sobre lo que, según su profesión, expongan con seguridad, como consecuencia de aquellos hechos, y de los principios inconcusos de la ciencia, forman plena prueba; pero lo que digan según lo que presuman, no formará sino una prueba de indicios, más o menos fuerte, según fuere mayor o menor la pericia de los que declaren y el grado de certidumbre con que depongan.

Y es claro que sólo un perito psiquiatra verdaderamente especializado está mejor capacitado que otro facultativo que no lo sea para tener mayor certidumbre en lo que declare o deponga.

Bastaría redactar un artículo complementario en el Código Judicial que dijera: en los juicios de interdicción judicial que se promuevan por estados de enajenación mental los peritos nombrados por el Juez o por las partes, deben ser médicos titulados y especializados en psiquiatría o medicina forense. En todos los juzgados y tribunales en el ramo civil deben formarse listas de profesionales que se inscriban, acreditando su especialización y experiencia con la documentación del caso. Dichos nombramientos deben hacerse de esas listas exclusivamente y en una forma rotatoria.

FALTA DE CONSENTIMIENTO

En el Título V del Código Civil Colombiano, al tratar de la nulidad del matrimonio, cuando para celebrarlo haya faltado el consentimiento de alguno de los contrayentes o de ambos, el artículo 104 presume falta de consentimiento en los locos furiosos mientras permanecieren en la locura, y a los mentecatos a quienes se haya puesto en interdicción judicial para el manejo de sus bienes.

De tal modo que tal parece que en esta disposición únicamente se considera que existe una alteración de la voluntad para dar su consentimiento al matrimonio en los casos de locura furiosa, al presumir falta de consentimiento en los locos furiosos, mientras permanecieren en la locura, y en los débiles mentales, o sea los mentecatos, a quienes se les haya puesto en interdicción para el manejo de sus bienes; y según los estudios de la psiquiatría forense, son múltiples los casos de individuos que sin ser locos furiosos, y sin ser mentecatos o débiles mentales, no tienen una voluntad libre para poder dar su consentimiento en un contrato matrimonial, como son todos los delirios sistematizados, demenciales, psicosis depresivas, etc. en los cuales debe destacarse la posibilidad de un consentimiento libre, desde luego que todas las perturbaciones psíquicas que ellos entrañan excluyen la voluntad libre.

COMO PUEDE MODIFICARSE EL ARTICULO 104 DEL CODIGO CIVIL

Teniendo en cuenta estos argumentos, en mi opinión, puede modificarse dicho artículo diciendo más o menos lo siguiente:

“La ley presume falta de consentimiento en todas las formas de enajenación mental, o alienación, que existan en la época de verificado el matrimonio, que produzcan restricción en la capacidad civil, lo mismo que en todos aquellos individuos que se hubieren declarado en interdicción judicial por perturbaciones mentales, cualquiera que sea su forma”.

No se ve la razón por la cual la ley presuma una falta de consentimiento sólo en las formas de locura furiosa o en los casos de mentecatos que se hubieren declarado en interdicción judicial, y no contemple todos aquellos otros casos que estudia la psiquiatría, y donde no puede existir un libre consentimiento, dado que la voluntad está profundamente alterada.

CONCLUSIONES

Como resumen de mi exposición someto a la consideración del Congreso las siguientes reformas a los Códigos Civil y Judicial Colombianos en su aspecto psiquiátrico:

Primera: El Artículo 545 del Código Civil debe quedar así: “EL ADULTO QUE SE ENCUENTRE EN ESTADO DE ENAJENACION MENTAL QUE LLEVE CONSIGO UNA RESTRICCIÓN DE SU CAPACIDAD CIVIL, SERA PRIVADO DE LA ADMINISTRACION DE SUS BIENES”. (Se suprime la frase “El adulto que se halla en estado

habitual de imbecilidad o idiotismo, de demencia o locura furiosa" y en lugar se reemplaza por la frase: "El adulto que se encuentre en estado de enajenación mental que lleve consigo una restricción de su capacidad civil". Se suprime la frase "aunque tenga intervalos lúcidos".

Segunda: El artículo 548 del Código Civil quedará así: "EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES UN INDIVIDUO POR SUS CLARAS MANIFESTACIONES DE ANORMALIDAD MENTAL ESTUVIERE EN PELIGRO DE EJECUTAR ACTOS QUE LO PERJUDIQUEN GRAVEMENTE A EL MISMO O A TERCEROS, LAS AUTORIDADES COMPETENTES O PERSONAS ALLEGADAS O CIUDADANOS RESPETABLES O CONOCIDOS PODRAN PROVOCAR LA INTERDICCION". (Viene a reemplazar este artículo al 548 actual que dice así: "Pero si la locura fuere furiosa o si el loco causare notable incomodidad a los habitantes, podrá también el prefecto o cualquiera del pueblo provocar la interdicción").

Tercera: El artículo 553 del Código Civil debe quedar así: "LOS ACTOS Y CONTRATOS DEL ENAJENADO POSTERIORES AL DECRETO DE INTERDICCION SERAN NULOS: Y POR EL CONTRARIO LOS ACTOS Y CONTRATOS EJECUTADOS Y CELEBRADOS SIN PREVIA INTERDICCION SERAN VALIDOS, A MENOS DE PROBAR QUE EL QUE LOS EJECUTO O CELEBRO ERA ENTONCES INCAPAZ POR PADECER DE ENAJENACION MENTAL EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS". (Este artículo reemplaza al actual 553 del Código Civil que dice así: "Los actos y contratos del demente posteriores al Decreto de interdicción serán nulos: aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en un intervalo lúcido. Y por el contrario los actos y contratos ejecutados o celebrados sin previa interdicción serán válidos a menos de probar que el que los ejecutó o celebró estaba entonces demente". Se suprime "el intervalo lúcido". Y se cambia la palabra demente por enajenado).

Cuarta: El artículo 554 del Código Civil debe quedar así: "EL ENAJENADO PODRA SER RECLUIDO EN UNA CLINICA PSIQUIATRICA A PETICION DE LOS PARIENTES O DE LAS AUTORIDADES, CUANDO SU ENFERMEDAD MENTAL ASI LO EXIJA PARA SU TRATAMIENTO CIENTIFICO Y COMO MEDIDA DE PROFILAXIS SOCIAL, PERO CUMPLIENDO CON LAS TRAMITACIONES DE UN CERTIFICADO DE UN MEDICO LEGISTA O DE UN PSIQUIATRA Y SIEMPRE Y EN TODO CASO EN ESTADO DE OBSERVACION PARA QUE LOS PSIQUIATRAS DE LA CLINICA MEDIANTE EXAMENES PROLONGADOS DECIDAN SI DEBE PER-

MANECER ALLI POR UN TIEMPO INDEFINIDO, O SI BAJO CIER-
TAS CONDICIONES PUEDE SER TRASLADADO A SU DOMICI-
LIO”.

(Este artículo viene a reemplazar al actual del Código Civil 554 que dice así: “El demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otros. No podrá ser trasladado a una casa de locos, ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente mientras a solicitud del curador o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas”).

Quinta: En el Código Judicial, en el capítulo referente a la Interdicción Judicial, debe redactarse otro artículo complementario en lo que hace a los nombramientos de peritos psiquiatras que diga lo siguiente: “EN LOS JUICIOS DE INTERDICCION JUDICIAL QUE SE PROMUEVAN POR ESTADOS DE ENAJENACION MENTAL LOS PERITOS NOMBRADOS POR EL JUEZ O POR LAS PARTES DEBEN SER MEDICOS TITULADOS Y ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA O MEDICINA FORENSE. EN TODOS LOS JUZGADOS Y TRIBUNALES EN EL RAMO CIVIL DEBEN FORMARSE LISTAS DE PROFESIONALES QUE SE INSCRIBAN ACREDITANDO SU ESPECIALIZACION Y EXPERIENCIA CON LA DOCUMENTACION DEL CASO. DICHS NOMBRAMIENTOS DEBEN HACERSE DE ESAS LISTAS EXCLUSIVAMENTE Y EN UNA FORMA ROTATORIA”.

Sexta: El artículo 104 del Código Civil debe quedar así: “LA LEY PRESUME FALTA DE CONSENTIMIENTO EN TODAS LAS FORMAS DE ENAJENACION MENTAL, O ALIENACION, QUE EXISTAN EN LA EPOCA DE VERIFICADO EL MATRIMONIO, QUE PRODUZCAN RESTRICCIÓN EN LA PERSONALIDAD CIVIL, LO MISMO QUE EN TODOS AQUELLOS INDIVIDUOS QUE SE HUBIEREN DECLARADO EN INTERDICCION JUDICIAL POR PERTURBACIONES MENTALES CUALQUIERA QUE SEA SU FORMA”.

(Este artículo reemplaza al actual 104 del Código Civil que dice así: “La ley presume falta de consentimiento en los locos furiosos mientras permanecieren en la locura, y a los mentecatos a quienes se haya puesto en interdicción judicial para el manejo de sus bienes”).

Séptima: Una copia de estas conclusiones deberá ser enviada al Ministerio de Justicia, a la Corte Suprema de Justicia en la Sala Civil, a la Comisión de Reformas del Código Civil, y a la Academia Colombiana de Jurisprudencia.

ETIOLOGIA SOCIAL DE LA DELINCUENCIA INFANTIL Y SU PROFILAXIS

Dr. PIO GOMEZ MORENO

Una de las preocupaciones que de manera más imperativa afectan la vida del Estado moderno, es la que se relaciona con el problema tantas veces discutido de la infancia desamparada y de su corolario imprescindible: la DELINCUENCIA INFANTIL.

El niño colombiano —para hablar del caso típicamente nuestro— que llega a la vida en condiciones un tanto desfavorables, ya en lo económico como en lo moral, es la víctima de un cúmulo de circunstancias y factores sociales que lo aprisionan inmisericordemente hasta arrojarlo, en forma casi inevitable, en las redes del delito, consecuencia esto último de la equivocada conformación económica de nuestro país y, por lo mismo, de la inexistencia de una legislación más apropiada sobre la protección del niño.

El espectáculo de la niñez desamparada es muy frecuente en los sitios más céntricos de la República. Por calles y plazas deambulan hasta las horas más altas de la noche grupos de párvulos hambreados y desnudos, sin más paternidad que el infortunio y sin otro consuelo que el desprecio escalofriante con que la sociedad los mira. Estos pequeños desheredados, por una pendiente fatal, llegan a la vagancia y se precipitan a la delincuencia porque nadie guía ni frena sus instintos y, porque, llegados al mundo con el pecado original de una tara hereditaria, fruto del alcoholismo, de la miseria, son terrenos admirablemente abonados para que en ellos fructifiquen la tuberculosis, la neurosis y la delincuencia.

De ahí que la acción de la sociedad o en otros términos, la del Estado, es incompleta e ineficaz si no ataca el mal en sus orígenes; si no protege al hogar y a la familia; si no ampara y protege al niño, fortificando su organismo debilitado por las taras hereditarias y la alimentación impropia e insuficiente; si no lo preserva de las sugestionaciones del mal ambiente, de la indiferencia y de los abusos de sus padres, instruyéndolos en las disciplinas de la verdad, la moral y el trabajo.

La marea roja del crimen en todas sus manifestaciones ha llegado ya hasta nosotros, como en las viejas sociedades europeas, a apoderarse del alma del niño tan fácilmente modelable para el mal. La indiferencia con que vemos descender el delito del adulto al adolescente y de éste

al niño, debe desaparecer algún día, y el mejor medio para que desaparezca no es otro que el de una mejor y más eficaz legislación.

El movimiento mundial en este sentido ha alcanzado su culminación en otros países, especialmente en el Uruguay, Francia, Italia, Portugal, Argentina y Estados Unidos. Es llegado el momento de que el Estado colombiano se lance a la acción de la defensa de la infancia desamparada con entusiasmo, con fe y con espíritu patriótico, ya que defender al niño de hoy es defender al hombre del mañana y, por tanto, a la sociedad del futuro.

La circunstancia de estar algún tiempo en contacto con estos problemas en la capital de la República, nos ha impulsado a hacer algunas consideraciones que juzgamos sean de alguna utilidad por considerar que contribuyen en alguna forma a servir de aporte para la solución de los grandes problemas de la infancia desamparada.

Así, pues, haremos una ligera consideración sobre las diversas clases de hogar y su influencia acerca de la personalidad del niño, y luego expondremos algo relacionado con la delincuencia infantil y su etiología social.

Es evidente que la principal finalidad de la protección a la infancia desamparada es la de limitar en lo posible la vagancia infantil, fenómeno éste que, al igual que en otros centros urbanos e industriales, ha venido tomando proporciones alarmantes, constituyéndose en un innegable peligro para la sociedad. Las estadísticas de población o de carácter demográfico de las grandes ciudades arrojan cifras alarmantes acerca de la llamada *delincuencia infantil*, como uno de los resultados más próximos del vagabundaje irreprimido y creciente de la infancia. El hogar desempeña un papel de influencia destacada en la personalidad del niño y todas las experiencias que en este sentido se han logrado evidenciar, como lo dice acertadamente Rukert, que "el que no se halla a gusto en el hogar, correrá siempre hacia la perdición". Es así como un hogar atosigado por la miseria, contaminado por el vicio, por el mal ejemplo y por las costumbres relajadas de sus padres, no será nunca el ambiente favorable para modelar la personalidad del niño. Apartado éste del hogar es imposible que logre hacerse para el futuro un hombre de fácil adaptación dentro de la sociedad, y en cambio sí se forma una unidad desadaptada al medio ambiente en la que tendrán que manifestarse muy pronto tendencias y aptitudes antisociales. Lo que los pedagogos y psicólogos han señalado como factores operantes del hogar denominado "incompleto" está precisado en los efectos perniciosos del divorcio, en la desaparición por muerte de uno de los cónyuges, o en el

abandono o desaparición total o parcial de la familia. Esta se encuentra sostenida por multitud de fuerzas que conservan un equilibrio que necesariamente es inestable y al romperse éste, tales fuerzas vienen a chocar contra la estabilidad familiar y a romper así la armonía de la entidad doméstica. Tiene, pues, el hogar incompleto, las características siguientes: su desintegración por muerte de los padres o de uno de ellos; el abandono o separación de los mismos, bien sea voluntariamente o a consecuencia de una sentencia de divorcio; la vida viciosa o crapulosa del padre; el concubinato y, en general, la vida licenciosa de los padres.

Cualesquiera que sean las características que constituyen el "hogar incompleto", es lo cierto que éste se presenta como una de las causas de la VAGANCIA INFANTIL, pues el niño huérfano es el instrumento que las estadísticas reconocen en mayor escala como infractor de las leyes penales. Dislocado el hogar por muerte de los padres o abandono de éstos, ya sea total o parcialmente, es muy frecuente que el padre viudo se una legítima o ilegítimamente a otra mujer, la que es muy difícil que llegue a ser dispensadora de mimos y caricias para el niño del cual no es la propia madre. El entenado en estas condiciones está sometido a un antagonismo respecto al nuevo miembro de la familia y por lo tanto es muy frecuente la suscitación de choques con la nueva ama del hogar, produciéndose así una infancia y una adolescencia descuidadas, pues no es difícil concluir que de tal estado se propicie la huida del hogar, la vagancia, como consecuencias inmediatas de los malos tratos, de los castigos injustos y, por último, la ubicación del niño en las zonas del delito.

Más grave aún es la orfandad por parte del padre, pues ausente la autoridad paterna en el hogar, la madre se ve obligada a subvenir a las necesidades domésticas como obrera o empleada en talleres o fábricas, dando por efecto el descuido materno en la educación de los hijos, sometiéndolos a éstos a las influencias corrosivas del vicio, de la desmoralización y del desamparo. Asimismo, la mujer que ha sido abandonada por su marido o la que no vive en unión legítima, carece de toda autoridad sobre sus hijos, lo cual se comprueba con las estadísticas sobre delincuencia de menores que tiene como principal origen la falta de una educación moral y de hábitos sanamente inculcados en el hogar. En todo caso, el niño huérfano, el abandonado, es el que aumenta cada día el número de los vagos que deambulan por calles y plazas. El tipo o instrumento de que se sirven los delincuentes avezados para la comisión de la mayor parte de los delitos contra la propiedad.

Otras causas que concurren a la formación del "Hogar incom-

pleto" radican en la degradación de los padres, en la embriaguez habitual o en la vida viciosa de éstos, y con mayor frecuencia en el caso de los padres que han sido obligados a pagar una condena y que regresan a su hogar con el alma endurecida, atormentada, plena de odios hasta para sus propios hijos. En este sentido se impone entre nosotros que cuando se emprenda de verdad la obra redentora del niño, en todos sus aspectos y en todas sus formas, se mantenga por parte del Estado una supervigilancia temporal sobre todos los individuos salidos de las cárceles, ya que observaciones realizadas en otros países, como Estados Unidos, solamente los que han gozado de una libertad condicional han logrado reintegrarse con mayor facilidad al seno social y llevan una vida de trabajo y de buenas costumbres. De lo cual se sigue que muchos han llegado a ser los niños salvados y redimidos de la vagancia y de la delincuencia gracias al retorno del padre al hogar.

Por último, el divorcio ha sido considerado como otra de las causas de donde proviene el "Hogar incompleto". Un hogar divorciado pierde su fuerza, equilibrio y control, y si sus efectos son perniciosos para la vida de la familia y de la sociedad, lo son también en un grado aún mayor para la fisonomía moral de quienes —en este caso los hijos— son los menos culpables de tales efectos. "El divorcio —dice Henderson— es la culminación del fracaso doméstico, el anuncio público de la miseria moral. Alza una cortina que descubre una conducta inmoral".

HOGAR INDIGENTE. - La indigencia en el hogar obedece a diversas causas. Entre ellas pueden anotarse, como las dos más sobresalientes: la cesantía relativa y el paro total del obrero, jefe del hogar. Colocado éste en una de las situaciones ya citadas, está económicamente incapacitado para subvenir a las necesidades de su familia, y si la desocupación se prolonga, el hambre, la desnudez, las enfermedades se presentan como causas concurrentes a las ya citadas. En una palabra, asoma, por así decirlo, la cara de la miseria, entronizándose con todo su realismo fatal en aquel hogar. "La miseria —ha dicho el gran economista Steward— arroja la mayor parte de su peso sobre la mujer. En todos los países, en todas las edades, y tanto en la clase media como en la menesterosa, la mujer ha trabajado más que el hombre y con menor salario. Las condiciones de donde se origina el pauperismo hace al pobre más pobre y la independencia imposible; decide matrimonios, acorta la vida humana, entorpece la educación y estorba la educación en todo sentido".

Como resultado del industrialismo se ha venido contemplando, amén de lo anterior, el crecimiento inusitado de la población urbana, trayendo consigo una verdadera encefalitis en el organismo social mer-

ced al fenómeno demográfico de la super-población que en los países jóvenes de América ha asumido en los últimos tiempos proporciones de una avalancha de gentes que abandonan los campos en carrera precipitada hacia los centros urbanos. Los bajos salarios que la agricultura proporciona al hombre rural y las perspectivas halagadoras de una mejor y más retribuida compensación pecuniaria en las ciudades, origina la incesante inmigración campesina hacia centros más prometedores, con lo cual se obtiene el desmejoramiento de la economía agrícola, que puede considerarse como la verdadera despensa de todos los centros sociales, sumándose, asimismo, otro factor de delincuencia y de vagancia a los ya expresados.

LA EXPLOTACIÓN DE LA MENDICIDAD. - No es posible al hablar del "Hogar indigente" omitir una de sus formas más repugnantes y odiosas como es la de explotar al niño a costa de la mendicidad, o sea el medio de vida que emplean ciertas gentes para implorar la caridad valiéndose para ello de sus pequeños hijos. A este respecto, algunos autores como Joly, han dividido la infancia del mendigo en tres períodos o etapas que parecen tomados de nuestro medio, a saber: en el primero, el niño va en brazos o de la mano de la persona mendicante, la mayor parte de las veces de la madre; ésta espera que los transeúntes se apiaden del pequeño para lo cual es preciso que les inspire compasión y que se deje al niño padecer hambre, desnudez y frío para que a través de su llanto se despierte la lástima en el corazón de las gentes. Si alguien da al mendigo con qué cubrir los pies y el cuerpo de la criatura, es seguro que quien tal obra realice la encontrará al día siguiente descalza y atarida de frío. En este caso el niño se ve expuesto a mil causas de enfermedad, precisamente en la edad de su desarrollo.

El segundo período es el de la escuela. El niño que a ella concurre se ve privado de un auxilio cuya falta lo condena a no concurrir a sus clases y a crearle un complejo de inferioridad irremediable. Además, y por efecto de su vida anterior, está forzado a vivir en la vagancia, es decir, expuesto a pésimas tentaciones y a peores compañías. El tercer período es el del aprendizaje, o suponiendo que se hubiera logrado reemplazarle, es de los primeros y casi decisivos pasos en el camino del trabajo asalariado. Sustituir a éste una vida errante y ociosa es perder para siempre el camino del trabajador; es impedirle al niño hacerse hombre. Y continúa el autor antes citado: "De uno a otro de estos tres períodos, el niño que pide habitualmente limosna oscila entre dos males igualmente graves y de los cuales tiene la sociedad honrada el deber de preocuparse; o bien, para librarse de este martirio y sacar

él mismo algún provecho del oficio que se le impone, perfecciona este oficio, añade a él, poco a poco, mentiras degradantes, condescendencias más degradantes aún; en una palabra, perfecciona las industrias que lo llevan al crimen. He aquí un asunto digno de meditación.

La miseria, pues, característica destacada del hogar indigente, es el mejor vehículo para llevar al niño a la delincuencia y la resultante más evidente del fracaso social; se trata de un fenómeno económico que no puede remediarse prohibiendo la mendicidad por medio de leyes o decretos, sino realizando el ajuste que la sociedad necesita en los medios de trabajo, de producción y de riqueza.

HOGAR INMORAL E INCOMPETENTE. - Como síntesis de lo atrás expuesto surge un tercer tipo de hogar o sea el llamado "hogar inmoral e incompetente". Inmoral porque del vicio, del alcoholismo frecuente, de las costumbres nada ejemplares, de los malos hábitos, de la vulgaridad, de la miseria, de los tratos crueles, de la brutalidad practicada frecuentemente y de otras anteriores o posteriores al hogar indigente, surge la ofensa a la moral, el irrespeto a sí mismo en lo más íntimo del fuero interno y el irrespeto consiguiente a los demás. Hogar inmoral, y por lo mismo incompetente, impropio, inadecuado para la formación inicial del niño; hogar inmoral, incompetente, semillero abundoso de todas las laceras sociales, escuela insuperable del delito, de la prostitución, del adulterio y factoría de las más graves enfermedades sociales.

Características del hogar incompetente son: el analfabetismo, la ociosidad y los castigos brutales. El analfabetismo es lo que pudiéramos llamar el aislamiento absoluto del maestro que en el niño se ejerce y se cumple a virtud de la indiferencia paterna, el abandono y despreocupación indolentes para que el niño concurra a la escuela, originan la ociosidad dentro del hogar y, posteriormente, el vagabundaje por campos y ciudades hasta caer en la delincuencia. Gran número es el de niños que en edad de cursar la segunda enseñanza o terminar la primera, vemos empleados en oficinas de profesionales ganando pequeñísimos sueldos con los cuales ayudan a la economía doméstica. Tales niños llegarán bien pronto a una edad muy avanzada sin haber completado la educación, lejos de toda orientación profesional, con necesidades económicas duplicadas y sin ser hábiles en el desempeño de un oficio o profesión, lo que da por resultado el acrecentamiento de la desocupación, el aumento cada día más notorio de gentes jóvenes e incapacitadas para satisfacer no ya las necesidades económicas de su familia, sino lo que es más grave aún las suyas propias. Sustraído el niño de la escuela, su desarrollo moral e intelectual es imperfecto y negativo en razón directa

de la escasa y deficiente economía doméstica con lo cual se obtiene el resultante de un impreparado para su defensa en la vida, si no desconocedor de su posición como unidad social y de factor ejecutivo en el conglomerado común. La escuela, pues, es una institución de profilaxis social de incalculable valor y así la delincuencia debe ser destruída en sus inicios y si a pesar de ello el delincuente escapa al control creado por la sociedad, ésta estará obligada a no aplicar condenas que por más rigurosas que sean siempre resultan estériles y contraproducentes, sino a edificar un nuevo sistema de corrección a base de reformatorios, casas de salud, granjas agrícolas y colonias de trabajo industrial.

Entra aquí la medicina escolar, la psicología del niño a ejercer su acción en el desarrollo físico y mental del alumno. Entonces se estudiarán los cambios bruscos de carácter del niño acompañados de una serie de síntomas que modifican totalmente su conducción y dirección. Algunos cuyo comportamiento, atención y laboriosidad son normales y aun en ocasiones super-normales, se convierten repentinamente en distraídos, vagos, irritables, están tristes, deprimidos y también angustiados y temerosos.

Estas distimias, en cuya tonalidad puede predominar una de las características, tristeza, irritabilidad o angustia, se presentan de una manera brusca, sin causa anterior, ya que son completamente endógenas y no desaparecen ni con reprimendas, ni con castigos y represalias, ni menos aún con razonamientos. Tienen extraordinaria importancia, especialmente en la forma colérica porque la impulsividad es tan violenta e irrefrenable, que puede conducir al niño a la comisión de un delito grave; se verá entonces que sin llegar a estos extremos, siempre existe, en los períodos distímicos, de una o de otra forma, tendencias antisociales, que se hacen manifiestas poniendo en graves conflictos a madres, tutores y maestros. Especialmente durante la pubertad, ya que el instinto sexual se halla como hipersensibilizado; se une esta circunstancia al estado distímico, pudiendo dar origen a actos incorrectos, groseros, y, en ocasiones, delictivos.

El exhibicionismo, los delitos contra la moral, llevan a los juzgados de menores, niños que, examinados por el psiquiatra son diagnosticados de epilepsia psíquica. Para los padres el peligro reside en que tal estado no sea diagnosticado oportunamente, en que el juez no estima la total inculpabilidad del menor acusado, con lo cual el pequeño enfermo delincuente es obligado a ingresar a establecimientos poco gratos.

Así mismo se practicará por el médico el examen de niños que cometen faltas de educación y de comportamiento que hacen sonrojar a

sus familiares; la brusquedad, las rabietas, las conversaciones inadecuadas, trampas en el juego, discusiones violentas, pedantería, pegosidad, prolijidad molestas, hacen que sean apartados de la sociedad y aislados de las gentes, lo que significa un peligro para el ulterior desarrollo psíquico del enfermo.

FACTORES SOCIALES DE DELINCUENCIA INFANTIL. - Este problema y la legislación que le concierne revisten una trascendencia indiscutible por lo que respecta a la comunidad. El número y audacia de los crímenes contemporáneos autorizan a creer en el aumento de la delincuencia, y la edad de los acusados permite afirmar que la precocidad en el crimen se agrava y se intensifica en nuestros días en proporciones alarmantes.

Se han necesitado siglos para que la sociedad se diera cuenta del abandono criminal en que ha mantenido la infancia; entregado el niño a sus propias fuerzas, sin orientación y dirección segura, es el momento de que la acción estatal hacia él se dirija libertándole de las mil asechanzas de que es víctima. En estas consideraciones trataremos de señalar los factores de orden social que pueden coadyuvar con los anteriores factores ya expresados a precipitar al niño a la delincuencia.

EL URBANISMO. - Ha sido ampliamente comprobado por quienes se han ocupado de los factores preponderantes que intervienen en la delincuencia infantil, que el llamado fenómeno de "urbanismo" decide en gran parte sobre la personalidad del menor. Las ciudades modernas han tenido en los últimos años un crecimiento económico desproporcionado a causa, como ya se expresó, de la introducción de la máquina en la industria, con lo cual se ha creado el fenómeno de la despoblación de los campos y de la super-población de los centros urbanos. Como resultado de esto, el niño hijo de las clases trabajadoras carece prácticamente de hogar, y es en la calle, abandonado a sus instintos de ambulación, donde transcurre la mayor parte de su vida. En la ciudad la vigilancia de los niños se hace tan difícil como imposible. La diversidad de objetos exhibidos en las vitrinas de los almacenes incitan al niño al robo, pues se sabe que las ciudades son semilleros de tentaciones y necesidades de que se carece en el campo. De ahí que en los centros urbanos la criminalidad aumente proporcionalmente al desarrollo de la población, fenómeno que se comprueba en los índices estadísticos de criminalidad. En las ciudades la calle es el teatro de la sociabilidad del menor y tal sociabilidad se traduce en la compañía y amistad con sus iguales.

LAS MALAS COMPAÑÍAS. - La influencia de las malas compañías con personas de igual sexo y edad, se ofrece como causa de depravación del niño, según se explica en todos los estudios que los sociólogos han reali-

zado, entre los cuales Burt ha llegado a descubrir que tal factor determina en un 18% de los casos la inclinación del niño hacia el delito. La atracción de edades, o más exactamente la *simpatía cronológica*, explica la sociabilidad del niño, ya que dicha sociabilidad es el niño mismo; de donde resulta y se forman esas frecuentes bandadas de muchachos callejeros, vagabundos, que constituyen la "pandilla" o cuadro de depravadores, ladronzuelos, que son el terror de ciertos sectores, perseguidos por la policía, y habituales ocupantes de calabozos y demás lugares de castigo. Solamente espíritus de una fuerte personalidad podrán sustraerse a estas influencias perniciosas y al contacto del ambiente en que viven... La naturaleza del niño es gregaria y por instinto tiende a mezclarse con grupos heterogéneos, y acaso por algún detalle de su vida, de su historia, de su educación rudimentaria, llegue a alejarse de la amistad y compañía de los niños normales de su edad y condición, para juntarse con los mal inclinados y de costumbres perniciosas.

Así, pues, la calle, como una prolongación de su hogar, viene a ser para el niño el escenario mejor instalado para la ejecución del delito; la mayor parte de los menores que a diario comparecen ante la justicia declaran ser miembros de una pandilla o banda de infractores que vagan en todas direcciones sin hogar y sin ninguna protección familiar.

Mangold con un gran sentido de observación, ha estudiado este problema que puede reducirse a los términos siguientes: "Más de las tres cuartas partes de las contravenciones se cometen en la noche, antes de las once. La obscuridad y las malas compañías completan la desmoralización del niño y un promotor de delitos, convertido en cabecilla por la admiración que suscita, contaminará con su mal ejemplo una familia entera. Es aquí donde el ladronzuelo y el ratero se forman. Es debido a la asociación de la calle donde los actos de los muchachos degeneran en una conducta desordenada y, a menudo en la más desvergonzada y atrevida destrucción de la propiedad. El mal sujeto está presente donde quiera y degrada a sus asociados menos resueltos, y como las oportunidades para el deporte legítimo son escasas, la tentación para entrar en el terreno vedado por la ley y las costumbres es muy grande. Las malas compañías, al obrar sobre los instintos nativos del niño, producen varios tipos de delincuentes. Tenemos en primer término, el "carácter moral débil" que cede fácilmente a la tentación, pero que no muestra especial inclinación al mal. En otro ambiente podría escapar a la adversa influencia. Tenemos luego el niño que se halla en el "período heroico" de su vida; esto es, el niño de temperamento errante, que se envanece de vivir fuera de los suyos y dormir en los bancos de las pla-

zas o en los escaños de los parques. Ese niño se va convirtiendo en un vagabundo profesional. Es él, quien arroja piedras con intención de hacer daño; el que descarrila trenes y confabula a sus compañeros en aventuras trágicas, burlando primero la vigilancia de sus padres o maestros, luego la de la policía. Si ese espíritu aventurero pudiera sanearse, el culto a los héroes, a los héroes de la fuerza y la destreza, podría convertirse en un motivo de inspiración elevada; toda esa energía perdida podría ser usada en el normal desarrollo de ese niño. Por otra parte, debemos mencionar los niños de otro temperamento; "los perversos e impulsivos, pertinaces e incorregibles", a quienes el hogar desmoraliza y que se convierten pronto en criminales al contacto de las malas compañías callejeras. Estos son los que cometen actos más graves, organizan bandas de delincuentes y se inician bien pronto en la carrera del delito. Esta clase es la más difícil de corregir porque en ellos las tendencias delictuosas han echado hondas raíces.

LITERATURA MALSANA. - Otra fuente muy fecundante para deformar el carácter del niño y estimular sus tendencias hacia el mal, es cierto género de literatura muy poco o nada cuidada de la moral que en libros, revistas y periódicos se ha venido propagando ilimitadamente sin el control de las autoridades, lo mismo que la difusión de publicaciones inmorales y postales pornográficas.

En este sentido tenemos que anotar las informaciones que a diario publica la prensa, con todo lujo de detalles y pormenores, acerca de los delitos que registra la crónica de policía. Sin cuidarse esa prensa de la influencia perniciosa de tales relatos, indirectamente se está contribuyendo a educar al niño en la escuela del delito excitando su imaginación y agudizando su mente en maniobras peligrosas. Esto es lo que acertadamente podríamos llamar "Contagio psíquico". Se ha extendido tanto esta corruptela periodística, contra la cual debieran dictarse medidas urgentes, que al niño al salir del colegio y en sus ratos de ocio, lo espera el periódico con la gacetilla judicial con la cual el periódico, como lo dice Gabriel Tarde, completando la acción del cocktail, le alcoholiza el corazón.

EL CINEMATÓGRAFO. - Es necesario señalarlo como otro factor no menos perjudicial que los anteriores como desviador de la personalidad del niño. Ese maravilloso invento con la exhibición de películas sobre temas policíacos, de gangsters salteadores de bancos, en que el desarrollo de toda clase de delitos son los temas preferidos por la curiosidad espectacular del niño, está minando la sana formación del carácter del público infantil. "Amor y crimen" sería el título, dice el educador Víc-

tor Mercante, que correspondería a casi la totalidad de las películas que se exhiben y que, obrando sobre el psiquismo plástico del niño lo disponen y lo preparan para empresas semejantes.

LA CRISIS DE LA AUTORIDAD. - Los autores que han investigado la etiología social de la delincuencia infantil, se encuentran acordes en señalar el hecho muy significativo de que las nuevas generaciones dan muestra de un desprecio por la autoridad. Así vemos, por ejemplo, al niño díscolo que se insubordina contra sus propios genitores y hace alarde de su independencia llegando a abandonar su hogar en edad demasiado temprana. Esa falta de respeto y obediencia para con la autoridad paterna se practica posteriormente en la escuela contra el maestro y más tarde en la sociedad contra sus representantes. Es esta una especie de crisis que está atravesando la autoridad familiar y la del Estado a causa principalmente de ese individualismo exaltado que se ha venido robusteciendo en el presente y en el pasado siglo y que se caracteriza por rebeliones contra la familia, contra la moral, el trabajo, la disciplina social y el orden del Estado.

Presentado como aporte al Congreso de Neurología y Psiquiatría, reunido en Medellín, por el Dr. Pío Gómez Moreno.

"ASPECTO MEDICO-LEGAL DE LA EPILEPSIA"

Dr. Gerardo Paz Otero

**Jefe de la Oficina Médico-Legal de Popayán
Catedrático de la Universidad del Cauca.**

Estudio presentado ante "El Segundo Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Forense", reunido en Medellín'

Contenido:

1. Introducción.
2. Personalidad y Constitución.
3. La Constitución Epileptoide.
4. Psicopatogenia de los actos epilépticos delictuosos.
5. Perturbaciones psíquicas epilépticas.
6. Importancia semiológica de las crisis convulsivas.
7. El Psicograma de Rorschach en la Epilepsia.
8. Estudio de casos prácticos:
 - a) Epilepsia sin trastornos mentales fuera de las crisis.
 - b) Delincuente pseudo-epiléptico.
 - c) Epilepsia sin conexión con el delito.
 - d) Parasitismo intestinal con trastornos epileptiformes.
 - e) Constitución epileptoide y disposición convulsivante.
 - f) Constitución epileptoide atenuada.
9. Resumen y Bibliografía.

Popayán, septiembre de 1954.

Introducción

No existe en Medicina una enfermedad tan enigmática como la Epilepsia; enigma científico basado en la "imbricada combinación de influjos genotípicos, paratípicos y citotípicos de causas físicas y psíquicas, de factores personales y ambientales, que puede observarse en cualquier caso de Epilepsia". Ya los médicos antiguos, en su primitiva intuición e ignorancia atribuíanle un origen divino o una causa miste-

riosa; para Hipócrates era una enfermedad sagrada "morbus sacer"; para otros, intuyendo la diversidad de factores etiológicos anotados, era ocasionada por influjos malignos, y así vemos que en la medicina bíblica a los epilépticos se los consideraba como atrapados en "las garras del demonio"; posteriormente Paracelso nos habla del "morbus demoniacus", o del "morbus sideratus", y hasta en el siglo pasado Martín Lutero la denominó "morbo del diablo".

Pocas enfermedades han sido tan prolijamente estudiadas como la Epilépsia, desde la más remota antigüedad hasta nuestros días ha sido constante preocupación de los hombres de estudio en medicina aclarar ese gran enigma epiléptico que paradójicamente a medida que se acrecientan los conocimientos y progresan las investigaciones parece tornarse más complejo.

En verdad, las modernas teorías ideadas para resolverlo encallan ante las nuevas modalidades adquiridas respecto a la esencia misma de la enfermedad, cuyas proteicas manifestaciones y la polimorfía sintomática parecen resistir a toda investigación, conservando aún plena vigencia científica aquella sentencia con que Hipócrates finalizaba su libro sobre "La enfermedad sagrada": "No es, en mi opinión, ninguna enfermedad más divina o más sagrada que las otras enfermedades, sino una causa natural, y el supuesto origen divino es debido a la inexperiencia del hombre...".

Así vemos que a la luz de la modernas concepciones médico-psicológicas sobre la epilepsia, dijérase que la entidad morbosa ha dejado de ser una enfermedad para tornarse en un síndrome; y los ataques o crisis convulsivas que durante muchos siglos pasaron como el síntoma cardinal de la enfermedad, tienen hoy una relativa importancia ante las nuevas concepciones que caracterizan el llamado círculo epiléptico dentro de cuya órbita giran diversas formas clínicas que, partiendo de la personalidad o constitución epiléptoide con sus biotipos ictafines, enequético, explosivo, histerico-reflejo, etc., se continúa en los equivalentes, prosiguen en la epilepsia psíquica o frustranca; los estados segundos, y crepusculares; los estados de automatismo con fugas e impulsiones, para culminar en las psicosis epilépticas.

Si desde el punto de vista etiológico el mal epiléptico se presenta bajo tan complejos signos, su incidencia en el campo médico-legal adquiere hoy una extraordinaria importancia cuyos principales aspectos trataremos de exponer someramente en este trabajo, fruto de nuestra experiencia médico-forense en la Oficina Central de Popayán; concretándonos preferencialmente al estudio de la llamada "personalidad epiléptica" o "constitución epileptoide" en vista de su importancia mé-

dico-jurídica en criminología, ya que las formas clásicas de la epilepsia no ofrecen mayores dificultades de interpretación médico-forense.

Aceptando con Beltrán que "el delito debe ser considerado como una manifestación antisocial de espíritus tarados", trataremos de analizar la posición de la personalidad epiléptica y sus variadas manifestaciones frente al Código Penal Colombiano.

Antes de pasar adelante conviene recordar las doctas palabras de nuestro maestro Uribe Cualla quien al referirse al aspecto médico-legal de los epilépticos conceptúa que "abunda la creencia de que todo epiléptico es un irresponsable. Es un error que puede tener consecuencias civiles y penales, funestas. Si de un examen riguroso y concienzudo se desprende que un sujeto delincuente es en realidad un epiléptico, es preciso además aclarar si su delito fue cometido en estado epiléptico, o si por el contrario, a pesar de padecer la enfermedad, su razón y conciencia estaban lúcidas en el momento antisocial".

"Las características de un acto cometido en estado epiléptico, fuera de los que se cometen en los estados equivalentes, de epilepsias frustrancas, de automatismos de estados crepusculares, se caracterizan por su violencia, impulsividad, sevicia en ocasiones y sobre todo, por la amnesia consecutiva.

"Una exploración psicológica, valiéndose incluso de los métodos del electroencefalograma, del psicodiagnóstico de Rorschach y del marcoanálisis, se impone cuando el caso es difícil, lo cual no es ni mucho menos raro".

"Puede suceder que se presenten casos de individuos que han cometido un delito completamente fuera de manifestaciones epilépticas y donde no se nota ninguno de los caracteres de la reacción epiléptica a pesar de que en los antecedentes figuran ataques clásicos de epilepsia comprobada".

"Entonces, si la investigación demuestra que el acto fue ejecutado con premeditación, discutido y cumplido con una lucidez perfecta, debe concluirse la suficiente capacidad penal, porque de lo contrario sería extender patente de impunidad a todos los epilépticos, aun para aquellos dotados de una brillante inteligencia y cuyas facultades mentales no han sufrido mengua a pesar de la enfermedad".

PERSONALIDAD Y CONSTITUCION

Como deseamos estudiar preferencialmente la importancia médico-forense de la llamada constitución epileptoide, concepto que frecuentemente encontramos sustituido por el de personalidad epiléptica,

precisa aclarar un poco las nociones de personalidad normal, personalidad anormal, personalidad psicopática y constitución psicopática, recurriendo a los tratadistas que más se han ocupado de estas cuestiones.

Para Schneider "las personalidades anormales, son variaciones, desviaciones de un campo medio imaginado por nosotros, pero no exactamente determinable, de las personalidades humanas". En desarrollo de esta concepción, Sánchez "entiende por personalidad normal, aquella cuyo conjunto de sentimiento y cuya acción conjunta, ordenada por la inteligencia determina la producción de actos que no atentan ni contra la sociedad, en el seno de la cual viven y de la cual toman los elementos que los sustentan".

Refiriéndose a las personalidades psicopáticas, el mismo autor se expresa así: "Personalidades psicopáticas, son aquellas personalidades anormales que sufren por su anormalidad o que hacen sufrir, bajo ella a la sociedad". Y agrega Sánchez: "Las personalidades psicopáticas, son todas las partes de ella. Hay anormales que no sufren ni que hacen sufrir a la sociedad a causa de sus trastornos psicológicos. Ya hemos visto que una de las características de estas personalidades anormales, y que a la vez son psicopáticas, es la de llegar a situaciones conflictivas internas o externas. Pues bien. Entre más psicopática sea una personalidad anormal, más frecuentemente logra provocar esa clase de conflictos; y a la inversa. Entre menos psicopática sea una personalidad anormal, menos ostenta esos trastornos. Un epiléptico, es un anormal, en el sentido nato de que es un enfermo. Pero esa enfermedad que padece no lo coloca siempre en situaciones conflictivas consigo o con el ambiente. Puede que tenga reacciones francamente antisociales dependientes directamente de su enfermedad, más no de su personalidad. La enfermedad, pues, es una cosa, y la personalidad otra".

Siendo el núcleo de la personalidad psicopática su inherente constitución, precisemos con Delmas y Boll este último concepto: "Entendemos por constitución psicopática, la existencia en un sujeto de un conjunto especial y definido de tendencias que forman parte integrante del individuo y permiten precisar su personalidad y preveer hacia qué psicosis progresiva o regresiva, intermitente o continua cabe ese sujeto que evolucione. En términos más explícitos, estas constituciones tienen como caracteres comunes, el de ser transmitidas por herencia el de revelarse de modo precoz y el de persistir por todo el curso de la vida: de imponer por consiguiente una conducta original y permanente de la personalidad siendo por tanto una enfermedad crónica y no una enfermedad de evolución determinada".

El profesor L. J. Sánchez, en su "Tratado de Clínica de las enfermedades mentales" estudia en los siguientes términos la llamada constitución o personalidad epileptoide:

"El término "epileptoide", con que se designa a ciertos sujetos que por demeritadas reacciones psíquicas se "asemejan" a los epilépticos es uno de los asuntos más debatidos, y lejos están aún los autores en ponerse de acuerdo. Los "epileptoides", no son epilépticos ni pueden considerarse como tales; nunca han tenido accesos convulsivos y tampoco se encuentra en ellos los caracteres de la idiosincrasia mental epiléptica típica que hemos descrito antes. Su denominación, se refiere en especial, a determinadas características de sus "reacciones afectivas". Pero, me pregunto, es esto suficiente para asignarle a estos sujetos el rótulo que los hace pertenecer a una especie de "sub-grupo" o sub-familia" del enfermo psíquicamente epiléptico?

En el campo vastísimo y complejo de las "personalidades psicopáticas", es decir, de aquellas que sin tener enfermedad mental declarada, locura, vesanía o demencia en cualquiera de sus formas y aspectos, muestran "anomalías" y "desviaciones" en la conducta, el terreno es sumamente grande y las clasificaciones tropiezan con el inconveniente de la escasez de los "tipos" y de los "arquetipos" respectivos. Por lo que concierne al epileptoide, los hay que tienen rasgos afectivos de irritabilidad, de hiperexcitabilidad, de impulsibilidad y de reacciones desproporcionadas de acuerdo con el estímulo y en quienes se advierte un porte inquieto y fogoso, pero los hay también tranquilos, apacibles y serenos, de afectos "adherentes" y "pegajosos" con similitudes muy próximas a los atributos de la verdadera personalidad epiléptica. Entonces se suscita el problema rasgos impulsivos, explosivos verdadero comicial, debe ser más bien considerado como un real epiléptico sin ataques y con solo los estigmas de la personalidad comicial.

Yo creo que debería desecharse el término de "epileptoide", y reemplazarse, con ventaja, por el más adecuado y menos extremista de psicópata explosivo o irritable de acuerdo con la clasificación magistral de Schneider. Tanto "lo explosivo", como lo "irritable", designan las más fundamentales características de esta personalidad eminentemente antisocial y en ocasiones fácilmente delictiva, además de que así mismo podría agregársele la "susceptibilidad" al "alcohol", la presentación prematura de las anomalías de conducta en la infancia, la herencia psicopática y algunos trastornos en el desenvolvimiento psíquico (enuresis y pavor nocturno). Creo que, cuando se encuentra uno con sujetos "apacibles, de afectividad pegajosa y viscosa, explosivos en ocasiones y con retardos psíquicos", no se trata de "epileptoides", sino

de verdaderos epilépticos aunque no hayan presentado crisis convulsivas.

O con Robin podemos decir que "se trata de un estado constitucional intelectual y afectivo, que se manifiesta con o sin relación con los ataques convulsivos y sus equivalentes clásicos. La lentitud en sus diversas formas es un signo típico, y se presenta en la ideación, en las respuestas, en los movimientos; el tiempo de reacción psíquica está retardado. Cuando esto se acentúa se llega casi a la torpeza; en ocasiones, a momentos fugaces como de distracción o ausencia, con amnesia, lo que implica un inconveniente en la escuela, y que toma su sitio entre la bradipsíquica y la ausencia epiléptica".

LA CONSTITUCION EPILEPTOIDE

Para mejor precisar el aspecto médico legal de la llamada constitución epileptoide, concepto psiquiátrico que, como acabamos de verlo, no se encuentra aún bien determinado, en torno al cual haya suscitado una controversia aún inconclusa, conviene anotar que en la práctica médico-forense su aceptación resulta, como lo dice el Profesor G. U. C. "una contribución bastante importante al estudio de las constituciones, y que naturalmente puede servir de mucho el análisis de esos caracteres especiales en un individuo, sobre todo como antecedente que pudiera existir, para ver si coincide ese modo de ser especial de una persona con la aparición de accesos epileptiformes", y también para estudiar la influencia que esos caracteres puedan haber tenido en la comisión de actos antisociales.

No es nuestro propósito extendernos en el estudio de las diversas teorías y opiniones expuestas en favor o en contra de la noción de la epileptoidia ideada por Minkowska, cuyo estudio a fondo lo hará doctamente el profesor Gómez Jaramillo al analizar el aspecto psiquiátrico de la epilepsia. Aquí brevemente nos referiremos a las diversas nociones y aspectos de la personalidad preepiléptica; ya el citado autor llamó la atención hacia las características de la afectividad epiléptica oscilante entre los polos opuestos de la lentitud viscosa y la reacción explosiva; Mauz nos habla de la constitución ictafin circunscrita especialmente a los estigmatizados neuro-vegetativos, y de la constitución biopsíquica enequética caracterizada por la lentitud en el desarrollo de los procesos psíquicos. Respecto al aspecto somático de los epileptoides debemos recordar que no existe un hábito corporal epileptoide en sentido kretshmeriano, sino que, antes bien, se trata de una morfología pluridimensional de biotipos defectuosos mixtos, y que por lo tanto no

hay en ellos una figura corporal definida. En cuanto al sistema nervioso central se refiere, es preferible aceptar con Bremer que predomina en ellos un status disrágicus en cuyo substratum anatómico-biológico puede radicar esa propensión al reflejo motor y a la explosividad característica de muchas personalidades epileptoides.

Muchos especialistas, basados en las observaciones estadísticas de la herencia en los epilépticos, se inclinan a negar la llamada epileptoidia familiar, entre ellos Nájera dice: "Consecuentemente con las ideas de Minkowska, Kretschmer, Enke, Mauz y Stauder, se admite un círculo constitucional epileptoide específicamente definido por las características del enequético. En efecto, las investigaciones de los últimos años relativas a la existencia de psicopatías y anomalías caracterológicas en la parentela de los epilépticos, conducen a la conclusión de que se ha desleído de tal forma el concepto del epileptoide, como consecuencia del gran número de anomalías psíquicas incluídas en la etiqueta, que debe rechazarse tal concepto. Por otra parte, las polimórficas inferioridades degenerativas inespecíficas que incluye la escuela de Mauz para algunas de las constituciones deficitarias, como indica muy acertadamente Bleuler, lo mismo se encuentran en los parientes de los esquizofrénicos y maniaco-depresivos".

En cuanto al psiquismo superior, en un fondo de "extrema lentitud" mental por escasa actividad intrapsíquica se nos describen las siguientes particularidades específicas: "La ingenua timidez, muy semejante a la de los niños, unida a cierta oficocidad; las excesivas escrupulosidades, prolijidad y formalidad en todas sus cosas; irritabilidad conjuntamente con propensión a la beatería y exagerado sentimiento de la propia dignidad; peculiar euforia"; los hay pacíficos y bonachones a la par que malhumorados con perseveración de los mismos actos, etc.

Ante tan variada gama de modalidades susceptibles de ser apreciadas como características de la constitución epileptoide, otros investigadores no disimulan su perplejidad o asombro; por ejemplo, al respecto dice Bunke: "Naturalmente es muy posible que así sea; pueden existir individuos cuya constitución conduzca únicamente a cambios en su modo de ser, y no a las crisis. Tendríamos de nuevo el concepto del "epileptoide", o el del psicópata epileptoide. Pero es el caso de advertir en forma insistente que "este epileptoide" resulta ahora completamente diferente al que se nos representaba antes bajo este mismo nombre. Anteriormente se denominaban epileptoides a ciertos individuos excitables, explosivos, (epilépticos afectivos se los llamó un tiempo largo), inestables brutales, desconsiderados e ineducables. Ahora se quiere rotular con el mismo vocablo a gentes bonachonas, cordiales, un po-

co lentas y despaciosas. Evidénciase por lo tanto que se debe ser cuidadoso en estas apreciaciones. No se debe incluir ciegamente en el círculo epiléptico indistintamente todo aquello que se encuentra en su contorno o gira en su inmediata periferia; podría tratarse aquí de diferentes constituciones; especialmente respecto a la excitabilidad—que por mucho tiempo fue considerada como una característica típica de la genuina epilepsia—he adquirido lentamente la duda si ella pueda corresponder, por lo menos en determinada forma, (debilidad mental) a una constitución especial, o si antes bien pueda pertenecer a la epilepsia residual como a la genuina”, concluye el psiquiatra germano.

Fue Jans quien con su teoría de la “disposición convulsivante” ayudó a aclarar un tanto el enigma de la patología de la epilepsia; mediante sus trabajos experimentales logró establecer cierta relación entre la constitución y la disposición convulsivante, que diferencia muy claramente de la convulsividad; para este investigador “la convulsividad” debe interpretarse como una propiedad general del cerebro común a toda suerte de personas. La disposición convulsivante se define como la suma de todas las propiedades heredadas y adquiridas por el organismo que originan las convulsiones en determinadas consideraciones.

Existiría una disposición convulsivante absoluta, caracterizada por la frecuencia de las crisis convulsivas espontáneas; y otra disposición convulsiva relativa, en que la presencia de la crisis está determinada por una alteración artificiosa de las funciones vegetativas y hormonales “fácilmente determinable mediante pruebas farmacodinámicas de hidratación tisular”.

Ordenando un tanto los conceptos y aciertos de los tratadistas podríamos concluir que sólo puede aceptarse la constitución epileptoide cuando en determinado sujeto coinciden un gran número de signos somáticos y caracteres temperamentales, afectivos e intelectuales, estudiados, con una disposición convulsivante relativa. Y, al contrario cuando aquellos caracteres no se hallaren refrendados, por así decirlo, la disposición convulsivante relativa, cabría entonces descartar la epileptoidea y buscarles a esos sujetos otras de las clasificaciones conocidas, ubicándolos, por ejemplo, entre las personalidades psicopáticas excitables o irritables, o entre los psicópatas explosivos de Kurt Schneider.

Para la finalidad médico-legal que nos proponemos podemos prescindir de estas divagaciones un tanto teóricas, y definir brevemente la llamada constitución epileptoide con Uribe Cualla quien, refiriéndose a la “afectividad reconcentrada y viscosa” de la “glischroidie” de Minkowska, la circunscribe para aquellos individuos que “tienen un

estado intelectual paralelo al humor sombrío: una mezcla de timidez, con humildad servil, con ciertas descargas de indisciplina, explosiones de Minkowska, la circunscribe para aquellos individuos que "tienen un estado intelectual paralelo al humor sombrío: una mezcla de timidez, con humildad servil, con ciertas descargas de indisciplina, explosiones de cólera violenta, y aún violencias impulsivas brutales", y en quienes se compruebe, agregaríamos nosotros, una cierta disposición convulsivante relativa.

PSICOPATOGENIA

La psicopatogenia de los actos delictivos en los epilépticos debe ser entendida y estudiada a través de esas peculiarísimas características sociológicas anormales que exhiben su psiquismo y a las que Goter denomina atinadamente "idiosincrasia mental epiléptica".

Siendo la conducta la expresión final de la actividad personal, en el epiléptico esta debe estar supeditada al modo como los factores intelectivos, afectivos y volitivos entran en juego en esa idiosincrasia mental morbosa. Y entonces los actos delictivos originados sobre esa anomalía revestirán para el psiquiatra y especialmente para el médico-legista, un valor semiológico que permita considerarlos a la vez como el resultado de un psiquismo enfermo y también como claro síntoma de la enfermedad misma.

Lo que más interesa médico-legalmente en la personalidad epiléptica es su emotividad, su modo de reaccionar a las excitaciones, especialmente psíquicas, vale decir, su aptitud para la emoción. Sábese que la afectividad epiléptica caracterizase por hiperreactividad y larga aferración del afecto; que en lo general se trata de una afectividad explosiva y desencadenable por nimios motivos, máxime si existe una deficiencia intelectual, fallando entonces, las inhibiciones intelectivas superiores.

Siendo la emotividad la propiedad de reaccionar por la emoción; cumple estudiar la importancia que las emociones puedan tener en la psicopatogenia de los actos de los epilépticos y entonces conviene anotar que son principalmente las emociones desagradables las que más fácilmente dominan el psiquismo epiléptico en forma adherente, persistente e intensa. Capelli destaca a este propósito el rol peligroso de la cólera morbosa, emoción desagradable y agresiva que suele observarse en los epilépticos, que a veces se halla en un grado mínimo constituyendo la irritabilidad morbosa epileptoide, fuente permanente de su a-

gresividad: u otras veces opera en grado muy intenso pudiendo asumir proporciones hasta desencadenar el verdadero furor epiléptico.

Fuera de los actos delictuosos cometidos por los enfermos durante, o a consecuencia de los trastornos psíquicos paroxismales, que se estudiarán posteriormente, en el psiquismo epiléptico permanente son de esperar reacciones anormales por parte de su afectividad, cuyos trastornos, los de mayor importancia en sentir de Bleuler, se caracterizan por intensa reactividad y largo tiempo de persistencia del afecto.

No se debe caer en el error patrocinado por Trousseau y por Lombroso de asimilar a la epiléptica toda violencia impulsiva.

Por lo tanto, en la apreciación y calificación médico-forense de los ilícitos cometidos por sujetos dueños de constituciones psicopáticas, no debe olvidarse que se trata de "un desequilibrio psíquico degenerativo, congénito, de grado leve, pero dando ya un tinte anormal a la personalidad". (Nerio Rojas), con lo cual quedan sentadas las bases psicológicas para inquirir hasta qué grado el delito cometido por un tal delincuente dadas sus modalidades pueda ser juzgado según el espíritu del Artículo 29, (grave anomalía) de nuestro Código Penal vigente.

Pues es lógico que no todos los actos cometidos por personalidades psicopáticas revistan los caracteres de reacciones anómalas: sólo aquellos en los que se manifieste claramente el desequilibrio constitucional merecerán un detenido estudio desde el punto de vista psiquiátrico. Pero los delitos cometidos por estos sujetos en los que no se pueda demostrar el carácter patológico, es claro que deben ser apreciados como ilícitos comunes.

El peritazgo médico-legal en estos casos tiene que resolver, de inmediato una triple cuestión: Primero.—Hacer el diagnóstico de la constitución epileptoide:—Segundo.—Inquirir hasta qué punto la constitución anómala influyó en la ejecución del acto delictuoso o no: es decir, si el sujeto obró bajo el sino de su estigma constitucional que permita su clasificación entre los bio-criminales, o si simplemente se está en presencia de un meso-criminal, y Tercero.—Deducir conclusiones sobre la peligrosidad del procesado.

Perturbaciones psíquicas epilépticas.

Los trastornos psíquicos motivados por la Epilepsia (equivalente), constituyen uno de los más arduos problemas para los psiquiatras dedicados a la medicina legal.

Entre las principales manifestaciones merecen especial mención el estado psíquico permanente del epiléptico; la degeneración epilépti-

ca que generalmente suele presentarse tras larga y grave epilepsia; y las perturbaciones psíquicas pasajeras que pueden observarse, ya en conexión con ataques convulsivos aislados (crisis esporádicas), o más frecuentemente preceder o seguir a los accesos frecuentes; pero también los hay independientemente de las crisis, sin ninguna aparente relación con ellas o finalmente, en individuos que nunca han padecido ataques convulsivos; en éste último caso suele hablarse de "epilépticos sin epilepsia" y dan origen a difíciles peritazgos en cuanto al diagnóstico diferencial.

En las distimias comiciales puede predominar la irritabilidad que hay que tenerse en consideración los caracteres esenciales de la llamada idiosincrasia mental epiléptica y que hacen relación al carácter, el pensamiento, la memoria, la afectividad y el lenguaje egocentrismo, viscosidad, proligidad, etc.

Esta clase de enfermos, debido a su fondo mental y a su psicomotilidad pueden tornarse criminales y cometer delitos de violencia en los que se pondrá de manifiesto la brutalidad en la ejecución, propia de todas las reacciones violentas del epiléptico desencadenadas por nimios motivos.

En las distintas comiciales puede predominar la irritabilidad que influyendo directamente en su humor que los torna por demás desapacibles, "el más insignificante motivo desencadena ráptus de violencia y desesperación, con rotura de objetos y hasta violencia a las personas" (V.N.) o bien es la depresión que los torna hipocondríacos; los estados depresivos acompañados de miedo y temor conducen no raras veces a la vagancia sin ningún plan, a menudo con excesos alcohólicos, los que debido a la intolerancia propia del epiléptico hacia los tóxicos, pueden producir estados de embriaguez patológica.

Durante estos estados depresivos, acompañados en veces de miedo o de excitación, puede el enfermo ejecutar actos violentos, ya contra su propia persona, ya contra extraños, como también acciones impulsivas; en lo general en estos episodios no hay grave perturbación de la conciencia y por lo tanto suele conservarse su recuerdo.

Entre los trastornos psíquicos pasajeros o paroxismales anotaremos como de interés médico-legal el estupor epiléptico, los estados crepusculares, el sonambulismo y los delirios epilépticos; estos paroxismos pueden seguir inmediatamente a las crisis convulsivas, o presentarse después de uno o varios accesos con un corto intervalo lúcido entre la crisis y el paroxismo; pero también pueden aparecer antes de las crisis de gran mal a manera de pródromos; o finalmente producirse sin manifiesta conexión con las convulsiones.

Muchos y de diferentes clases son los actos delictuosos que pueden perpetrarse durante estas perturbaciones psíquicas transitorias y como lo característico de todos estos estados es la profunda perturbación de la conciencia, puede afirmarse que solo se considerarán como no generados por la epilepsia, aquellos crímenes y delitos para cuya ejecución sea necesario un largo y bien meditado plan de realización con toda clase de preparaciones, precauciones, etc.

Wagner Jauregg en su Psicopatología Criminal hace resaltar en la génesis de ésta clase de delitos, que pueden ser protagonizados aún por epilépticos de elevado nivel cultural, el hecho de la falla total de los frenos morales adquiridos por la educación a consecuencia de la obnubilación de la conciencia. Desaparecidos así los frenos adquiridos no encuentran entonces obstáculo para aflorar, en estado paroxismal, aquellos impulsos que en el comicial en su estado normal encuéntranse refrenados por ellos; y así surgen con frecuencia ciertas tendencias instintivas; impulsos cleptómanos, pirómanos, periómanos y homicidas; e instintos sexuales a menudo de forma perversa como el exhibicionismo. Cuando los trastornos paroxismales epilépticos adquieren un carácter delirante, tienen especial interés forense, aquellos que se presentan bajo la apariencia de la excitación furiosa y entonces son frecuentes los actos violentos de mayor peligrosidad bajo la influencia de fuertes afectos de miedo o de furor.

Las alteraciones psíquicas accesionales que se presentan independientemente de la crisis convulsiva propiamente dicha, tienen como característica común el repentino estallido y en veces también el repentino fin; los enfermos, víctimas súbitas de la perturbación, regresan de ella como si despertasen de un sueño que ha durado pocas horas o muchos días manifestando, bien una amnesia completa del episodio, o conservando algo así como un enfermizo recuerdo incompleto del mismo; predomina la primera forma de la perturbación amnésica para los accesos cortos y la segunda para los episodios que han durado horas o días.

La comprobación de la amnesia exige naturalmente un procedimiento crítico analítico cuidadoso, como quiera que a menudo se pretende fingir o simular un olvido de los hechos, en tratándose de actos criminales, para suscitar la apariencia de la grave anomalía psíquica. Son, por lo tanto, de especial interés, los primeros relatos espontáneos, deposiciones o confesiones del autor hechos a testigos presenciales, amigos, policías o funcionarios de instrucción inmediatamente después de los acontecimientos; puesto que en esos momentos aún no ha tenido el presunto simulador, tiempo ni oportunidad de idear la trama de su simulación. El perito psiquiatra sabrá usar de su pericia empenado los

medios psicológicos permitidos para tratar de desenmascarar al simulador.

Wagner Jauregg llama la atención hacia la importancia de inquirir los verdaderos móviles del acto perpetrado, afirmando que cuando se trata de verdaderos trastornos epilépticos psíquicos, en la gran mayoría de los casos, no existe aparente relación con los estados de la conciencia intervalar, es decir, con el estado previo del ánimo del enfermo. Para éste autor, los móviles delictuosos se presentan súbitamente durante la perturbación psíquica episódica en la conciencia perturbada del epiléptico, y no existían en ella antes, ni persisten después del acceso. Y agrega: "se hace por lo mismo indispensable un detenido estudio de la personalidad intervalar, de su carácter, de sus inclinaciones y de sus costumbres. Allí donde los móviles del acto tienen un franco contenido delirante, la tarea resulta más difícil. Con todo, no es permitido sacar la deducción de la ausencia de motivos conscientes en sentido negativo con base en la morbosidad comprobada; pues pudiera suceder que los móviles del acto, presentes aún en la conciencia intervalar, se mantuviesen suficientemente reprimidos, logrando un desenfrenado efecto durante el período psicótico".

Las psicosis epilépticas de carácter delirante y los raptus de furor epiléptico dejan en los testigos presenciales la impresión franca de verdaderos trastornos psíquicos y por lo tanto para su posterior comprobación tienen innegable valor las declaraciones de esas personas. No sucede lo mismo con los estados crepusculares epilépticos y algunas fugas equivalentes que permiten, en medida limitada, un actuar ordenado y planificado que no alcanza a producir en el público que tiene oportunidad de observar estos sujetos, la sensación de lo morboso.

Finalmente, hay que tener presente que existen trastornos equivalentes epilépticos en personas que nunca han sufrido crisis convulsivas y entonces adquiere especial valor diagnóstico, fuera de la exploración psicológica, las modalidades de subitaneidad en iniciación y en terminación, la similitud y monotonía de los mismos; la amnesia, etc. Estos casos pueden ofrecer dificultades diagnósticas con respecto a las psicosis descritas con el nombre de manía transitoria aún de oscura etiología. Pero como estos cuadros clínicos tienen en común la índole evidentemente psicótica, la apreciación forense de ellos apenas si durará en cuanto a la concepción teórica del trastorno y no en cuanto a su conclusión práctica médico-legal.

VI. Importancia semiológica de las crisis convulsivas.

Lo fundamental para el peritazgo psiquiátrico en estos casos es demostrar el fondo epiléptico del episodio; inquirir la existencia del mal comicial, comprobando el carácter esencialmente epiléptico de las crisis convulsivas, formulando un diagnóstico diferencial respecto a las convulsiones pseudo-epilépticas, tales como las crisis convulsivas subintran-tes que suelen presentarse en ciertas toxifrenias alcohólicas; las reacciones convulsivas psicogenéticas que acompañan a algunas neurósisis de deseo o psicosis bélicas; y especialmente las crisis epileptiformes psicógenas, cuyas formas clásicas encuéntrase en la histeria y la simulación. La simulación de ataques epilépticos entre el personal de las cárceles procesales en Europa es cosa muy frecuente quizás debido al alto nivel cultural del europeo; y si bien entre nosotros son muy raras las simulaciones del mal comicial, no debe olvidarse que, dada nuestra patología tropical, suelen presentarse epilepsias sintomáticas de que nos habla la Escuela de Stauder; así, se observan reacciones convulsivas en individuos cargados de helmintos, especialmente en organismos jóvenes. Autores hay, que niegan esas "indiscutibles relaciones causales con un agente patógeno externo, pero que han obrado sobre sujetos portadores de la constitución denominada enequética".

Surge aquí un interesante tema de estudio en nuestra criminología tropical, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial de las crisis convulsivas: sabemos que hay formas convulsivas de parasitismo intestinal, Ruge-Muehlens y Zur Verth ha comprobado igualmente formas convulsivas de la Malaria tropical, también ciertas formas del alcoholismo patológico pueden exteriorizar idénticas manifestaciones; convendría esclarecerse hasta qué punto está en lo cierto Stauder al presuponer "que en este grupo existe el gene epiléptico, pero con menor penetración que en la epilepsia esencial pura, en forma tal que la enfermedad no se habría manifestado si el agente etiológico externo no hubiera provocado la presentación de los síntomas patológicos (epilepsia provocada)". El profesor Jiménez Arango en un interesante estudio sobre "Cisticercosis del Encéfalo en Colombia", dice haber observado en algunos casos, no en todos, crisis convulsivas en portadores de vesículas de cisticercos intracraneales).

O, si como lo afirma Nájera, "tal grupo carece de razón de existencia, pues sabemos que los caracteres hereditarios, normales o patológicos, no salen de su estado de latencia sin que en alguna manera obre el medio ambiente. Han de reducirse las epilepsias, por consiguiente a los clásicos grupos idiopático y exógeno, pudiendo admitirse para el último,

como lo hace Pehlish, que el grupo se caracteriza por el modo de reaccionar la constitución y no por el modo de ser del individuo".

Recordemos aquí la moderna clasificación general de los diversos tipos de crisis epilépticas que trae Mira y López: "No obstante, desde el punto de vista clínico, dice, también resulta práctica la más genérica diferenciación propuesta por Muskens, de acuerdo a la naturaleza del síndrome en: a) epilepsia heredada (esencial o endógena); b) epilepsia encefalógena directa (procesos irritativos locales y autóctonos); c) epilepsia sintomática (encefalógena indirecta) debida a causas extraneúricas); d) epilepsia traumática. En cualquiera de estas clases, el estímulo desencadenante de las crisis, sólo es efectivo cuando el dintel de descarga motriz es inferior a él; de aquí la necesidad de acudir al concepto dinámico de Lennox y al estudio de los denominados por Forster "factores ictógenos" para valorar en cada caso el significado del ataque comicial".

Es lógico que a nadie se le va ocurrir estimar como epilépticas las reacciones convulsivas de un parasitado, debido a las tóxicas de sus parásitos, o de un palúdico, de un alcohólico, o las llamadas crisis residuales de las encefalopatías infantiles, etc. Ni tampoco se tratará de buscarle un fondo comicial al ilícito cometido por sujetos cuya anamnesis nos revela la existencia aislada de una crisis convulsiva en su pasada juventud o en su niñez, atribuible a un grave parasitismo intestinal, a un ataque malárico, o a un exceso alcohólico, cuando estos individuos, luégo de ser curados de sus enfermedades tropicales nunca presentaron síntomas epiletiformes.

Con todo constituye un interesante tema de estudio en la patogenia de la epilepsia el aclarar si esas formas convulsivas que muy excepcionalmente se presentan en el parasitismo, especialmente obedezcan a cierta disposición convulsivante de esos enfermos.

Creemos que en la investigación de estos casos podrían ser de utilidad, aquellas pruebas diagnósticas indicadas por el Profesor Sánchez en su Tratado de Clínica de las Enfermedades Mentales", tales como el método de Forster, la prueba de Muck Baumann, las pruebas convulsionantes el electrochoque, el encefalograma, etc.

Finalmente, para terminar éste acápite del valor semiológico de las crisis convulsivas, resaltaremos la importancia de la comprobación de los síntomas corporales o somáticos característicos y conocidos; pero puede presentarse el caso de individuos que ignoren sus ataques epilépticos, que no ostenten sus secuelas y cuyos familiares tampoco estén en condiciones de suministrarnos datos al respecto. Esto es esencialmente posible cuando se trata de ataques aislados o muy esporádicamente.

cos, o, como ocurre no rara vez, estos se presentan durante el sueño en forma muy atenuada o como equivalentes nocturnos, o en vigilia revisten la forma de fugaces ausencias, petit mal, cuyo carácter comicial no siempre lo sabe reconocer el público.

Por lo tanto, en presencia de hechos criminales que hagan sospechar un posible trastorno epiléptico, hácese indispensable adelantar una minuciosa investigación anamnésica en busca de indicios epilépticos; eliminada la posible existencia de crisis epilépticas diurnas, conviene inquirir sobre antiguos ataques nocturnos, que se remonten a su niñez o adolescencia y por lo tanto olvidados por el examinado y por sus familiares, y entonces merecen especial atención diagnóstica las distintas formas de somnambulismo, la enuresis nocturna, el pavor nocturno, las caídas del lecho, etc., etc.

LA CIANHIDRICOHEMOGLOBINA

(Dada la orientación especialmente psiquiátrica, de Salud Mental y de Medicina Forense, de este Congreso, hago con este trabajo sólo una ligera presentación del descubrimiento de un cuerpo, la cianhidricohemoglobina, que está llamado a jugar un gran papel en la Ciencia de la Toxicología, en la Medicina Legal y en la Medicina del Trabajo. Pues la descripción completa de esta investigación es más para ser presentada en un Congreso de Toxicología o de Medicina Legal).

En las investigaciones toxicológicas generalmente se encuentra ante el hecho de que la sustancia hallada es precisamente la que no ha matado, pues la acción de los tóxicos se debe esencialmente a las transformaciones químicas intraorgánicas que sufren las moléculas de las células de los tejidos orgánicos, y con estas transformaciones están, por ende, los cambios químicos que también sufre el tóxico. Así, por ejemplo, la anilina sufre varios procesos de oxidación y se elimina por la orina en forma de compuestos sulfonados, en gran parte, al tiempo que la excreción normal de sulfatos inorgánicos disminuye; y mientras la

(Trabajo presentado para el 2º Congreso de Neuropsiquiatría y Medicina Forense por el Dr. JOSE GARCIA GOMEZ, Químico Toxicólogo del Instituto de Medicina Legal de Bogotá).

anilina tiene estas modificaciones, actúa sobre los tejidos, degenerándolos, como en el caso de la sangre que la transforma en metahemoglobina. Del arsénico bien se sabe que parte de su mecanismo de acción es por unión con el azufre de las sulfoproteínas, transformando así su constitución química, imposibilitándolas para que cumplan su función fisiológica, con la aparición de anomalías como la amaurosis.

En esta forma, el análisis toxicológico de la anilina es necesario hacerlo por la investigación de la anilina que ha sobrado en el proceso de intoxicación, pues la anilina que ha transformado las funciones biológicas, ha sufrido, a su vez, transformaciones que la han hecho desaparecer como tal, y en este caso, es necesario conocer que ha sido la anilina la causante de dichos trastornos, para poder enfrascarse en la investigación de los compuestos de transformación de la anilina o en la dosificación de los sulfatos inorgánicos, los cuales, como arriba se dijo, disminuyen en la orina.

Pero este tipo de investigaciones presenta dos inconvenientes graves: el uno es que cuando no hay ningún dato que oriente la investigación en este sentido, es imposible pensar en hacerla, puesto que son infinitas el número de sustancias tóxicas, o mejor, de causales, que presentan el cuadro clínico, siempre mal descrito, por las personas que rodearon al enfermo. El otro es que no es sólo la anilina la que presenta los diferentes compuestos de eliminación que aparecen en la orina, y que por otra parte forman metahemoglobina, sino que también actúan en la misma forma cuerpos como el ácido fénico, el tolueno, los dimetilbencenos, etc.

Para el caso del arsénico, el aspecto es bien distinto: en su investigación se busca el elemento arsénico, para lo cual, por una serie de operaciones químicas se le retira de las moléculas orgánicas que ha formado en su proceso de intoxicación y se le identifica como el elemento, o con la obtención de alguno de sus compuestos más conocidos.

Así, hay muchos casos de investigaciones en las cuales es imposible determinar la presencia del cuerpo que ocasionó una intoxicación, pues si no ha sobrado parte del tóxico en dicho proceso, el toxicólogo no lo puede encontrar, presentándose muchas veces un resultado negativo, a pesar de haber tenido otras evidencias de que a tal o cual sustancia, se debe un caso de envenenamiento.

No es así el caso cuando en la investigación de un tóxico lo que se investiga es el cuerpo que forma dicho tóxico con las moléculas de los tejidos, que es lo que se presenta en el caso de la investigación del monóxido de carbono, en el cual, el cuerpo formado intraorgánicamente,

la carboxihemoglobina, se le determina por medio de la espectrografía, caracterizando una de sus propiedades físicas, sus dos bandas de absorción.

Con el ácido cianhídrico estábamos también expuestos a que cuando todo el tóxico se hubiera empleado en el proceso de intoxicación, fuera imposible el determinar su presencia.

El ácido cianhídrico es un cuerpo que funciona con propiedades similares a las de los halogenuros de hidrógeno, a la vez que es el primer término de una familia de compuestos orgánicos, los nitrilos, dentro de la cual se le llama metano-nitrilo. Presenta una gran cantidad de reacciones químicas actuando sobre muchas sustancias, en especial sobre las que contienen oxígeno en la forma de carbonilo de las funciones cetona y aldehído, con las cuales da las llamadas cianhidrinas, las que a su vez reaccionan fácilmente con el agua. Así mismo, se introduce con mucha facilidad en los dobles enlaces de las moléculas orgánicas.

Por estas características químicas, es que es tan violenta su acción tóxica, contándosele como el más activo de los venenos.

Cualquiera que sea su vía de entrada: ingestión en forma de una de sus sales, inhalación o absorción cutánea, se encontró que llega a la sangre, con la cual se une químicamente, dando un cuerpo cuya presencia fue demostrada en el curso de una investigación hecha con la Srta. Alicia González Sánchez, en el Laboratorio de Toxicología del Instituto de Medicina Legal de Bogotá.

En 1891, Kobert anunció la formación de un compuesto entre el HCN y la metahemoglobina, el cual denominó cianhemoglobina, y que tiene su característica banda de absorción en el espectro visible. Este compuesto, la cianhemoglobina, es de más fácil formación que el denominado por nosotros cianhidricohemoglobina, por cuya razón es tan eficaz el procedimiento de metahemoglobinizar la sangre con cuerpos tan activos como el nitrito de sodio, el nitrito de amilo, etc., en cuyo mecanismo, la metahemoglobina formada, que no es tóxica, se va regenerando poco a poco a hemoglobina, al tiempo que el ácido cianhídrico se transforma en ácido sulfocianico, que es muy poco tóxico, y que en la forma de una de sus sales se elimina por la orina.

La formación de un compuesto entre la sangre y el ácido cianhídrico fue discutida desde la época de Kobert, y muchos investigadores trataron de determinarlo, pero sin éxito, lo que se debió, probablemente, a que las bandas de absorción de la cianhidricohemoglobina son muy angostas y de muy poca intensidad, siendo así inobservables con el es-

pectroscopio. Con el espectógrafo, por medio de la fotografía, tampoco es posible determinarlas: ensayos hechos utilizando película fotográfica 16° asa, de grano muy fino, apta para diferenciar 160 líneas por milímetro, no permitió obtener fotografías del espectro de cianhidricohemoglobina, debido a la poca intensidad de las bandas. Ya los espectrofotogramas de la oxihemoglobina y de la hemoglobina muestran que sus bandas no tienen trazos nítidos, y que a pesar del contraste que se ve en el espectroscopio, el correspondiente contraste obtenido en los espectrogramas es muy bajo.

Otra razón por la cual es probable que antes no se haya encontrado el espectro para la cianhidricohemoglobina, es que ella no se forma entre el ácido cianhídrico y la sangre diluída, y al tratar de obtenerla, la primera idea es la de utilizar sangre diluída.

Las bandas de absorción de la cianhidricohemoglobina fueron encontradas en el espectrofotelómetro, pero el espectrograma obtenido presenta realmente muy pocas variaciones con relación al espectrograma de la sangre normal, debido a lo ya expresado de la poca intensidad de las bandas y a lo muy angostas de ellas, lo que exige gran cuidado en el trabajo para encontrarlas.

Con todo, y trabajando con el espectrofotelómetro, ya se presentan muchas ventajas para la Toxicología, el procedimiento de la investigación del ácido cianhídrico por el método óptico, estando así en condiciones similares al método de investigar el monóxido de carbono, eliminándose en esta forma del "NO SE ENCONTRO NINGUNA SUSTANCIA TOXICA", muchos casos de intoxicación por el ácido cianhídrico.

Para los casos de cianhidrismo profesional, en la Medicina del Trabajo, se tiene así un procedimiento seguro para determinar su existencia, eliminando el recurso único, muy sujeto a error, de la clínica.

También, en los casos de accidentes de trabajo, en los cuales una toxicidad crónica es negada por la empresa en su afán de librarse de la obligación de asistencia e indemnización que debe, quedando muy difícil para el obrero poder demostrar la procedencia de su mal, por no disponer de un medio de demostración que no pueda dar lugar a dudas. Al tiempo que, en el caso contrario, la fábrica podrá librarse del obrero que conociendo el cuadro clínico de la intoxicación cianhídrica, lo pueda simular y entablar una querrela a la empresa, que aunque en último término tenga mayores probabilidades de ganarla, siempre le resulta en trastornos en su normal funcionamiento.

EXPERIENCIA CON HIBICON EN LAS CRISIS CONVULSIVAS DE GRAN MAL

DR. LUIS C. POSADA

De un material de 158 epilépticos psicópatas asilados en el Frenocomio Departamental de Medellín, escogimos seis (6) enfermos y una enferma de la clientela particular, resistentes a la medicación anticonvulsiva con los Hidantoinatos de sodio a la dosis media de 0.30 gramos por día, asociados a una toma de Fenobarbital de 0.10 en la noche.

El tratamiento con Hibicón lo sostuvimos durante un tiempo variable de tres a seis meses.

El Hibicón- N-benzylB-chloropropionamide es un producto de la casa Lederle, de la American Cyanamide Co., que viene en cápsulas de 250 y 500 miligramos. Es un polvo blanco, cristalino, de un peso molecular 197.6, con punto de fusión 90 a 92°C; es poco soluble en agua, pero se absorbe rápidamente después de la administración oral. Estudios experimentales, han demostrado que la administración del Hibicón eleva el dintel eléctrico en los animales de laboratorios, sometidos a dosis letales de Pentylenetrazol USP; pero protege menos contra los efectos convulsivos del Metrazol en comparación con el Tridione, según Harnett et All. El Hibicón ha sido investigado clínicamente en varias Clínicas Norteamericanas y se ha demostrado su efectividad para controlar las crisis del Gran Mal y las Psicomotoras.

Los efectos secundarios son mínimos, y en nuestros casos no hemos observado intolerancias. Hemos usado como dosis media seis cápsulas de 250 mgrs. o sea 1.50 gramos repartidos de a 500 miligramos con las comidas y un fenobarbital de 0.10 gramos a tiempo de acostarse. La mayoría de las enfermas manifestaron mejoría de los síntomas tóxicos a los hidantoinatos, especialmente la hipertrofia gingival, la cual desapareció en todos los casos y disminuyeron la ataxia y el ligero estupor.

M. J. A. de H. - Crisis convulsivas tipo Gran Mal y episodios de psicosis post-ictial con agresividad, desde la infancia.

Se instituyó un tratamiento con hidantoinatos desde 1 de julio/53, a razón de 0.30 gramos al día y 0.10 fenobarbital por la noche. Durante 8 meses de este tratamiento presentó 36 crisis convulsivas, o sea un promedio de 4.5 por mes.

Con el tratamiento de Hibicón a razón de 500 mgrs. t. i. d. más

0.10 de fenobarbital por la noche, presentó 10 crisis en 6 meses, o sea un promedio de 1.67 crisis por mes.

El cuadro clínico mental mejoró considerablemente: disminuyó la agresividad y se volvió cooperante con las co-asiladas, cosa que no ocurría bajo la acción de los hidantoinatos.

A. M. T. C. - Crisis convulsivas de Gran Mal, desde los 12 años de edad, diurnas y nocturnas, con aura neurovagal, impulsiva post-ictal.

Sometida a tratamiento con hidantoinatos desde julio 1^o/53, a razón de 0.30 de hidantoinato durante el día y 0.10 de fenobarbital por la noche. Durante 10 meses presentó 17 ataques convulsivos, o sea un promedio de 1.7 por mes.

Con el Hibicón a razón de 500 mgrs. t. i. d. más 0.10 de fenobarbital por la noche, no ha presentado una sola crisis convulsiva durante 4 meses.

El cuadro clínico mental mejoró al punto de que se le dará de alta del asilo.

H. L. M. - Crisis convulsivas desde la menarca, de trece años de evolución, tipo Gran Mal y Psicomotor, con períodos de agresión pre y post-ictal.

El EEG. durante el tratamiento con hidantoinatos mostraba una disritmia cerebral tipo Gran Mal generalizado, con un 30% de ondas alfa. El EEG. después del tratamiento con Hibicón, muestra una notoria mejoría del ritmo difásico, con aumento del ritmo alfa a un 55% del total de la gráfica.

Sometida a tratamiento de hidantoinatos a razón de 0.30 al día con 0.10 fenobarbital por la noche, presentó durante 3 meses 29 crisis, o sea 9.67 crisis mensuales.

Durante el mes en que se operó el cambio de hidantoinato a Hicobón presentó 40 crisis convulsivas, y en los 5 meses siguientes presentó 20 crisis, o sea un promedio de 4 crisis por mes.

En esta enferma sólo se ha presentado una mejoría en el número de crisis mensuales. El psiquismo continúa igual a como estaba bajo los hidantoinatos.

T. R. C. - Crisis convulsivas de Gran Mal desde la edad de 8 años, con confusión mental post-ictal y crisis de agresión post-convulsivas.

El EEG. muestra una gráfica epiléptica, tipo Gran Mal, con un foco de atrofia cortical, bilateral, frontal.

Iniciado el tratamiento con hidantoinatos en julio 1^o/53, a razón

de 0.30 en el día y fenobarbital 0.10 por la noche. Durante 8 meses de este tratamiento presentó 44 ataques, o sea un promedio de 5.5 al mes.

El tratamiento con Hibicón a razón de 500 mgrs. t. i. d. y 010 de fenobarbital por la noche, durante 6 meses, presentó 11 crisis convulsivas, o sea 1.8 al mes.

En esta enferma se aprecia una franca mejoría tanto en el número de las crisis como en su intensidad, en su conducta y su estado mental mejoró, al punto de poder darle alta del asilo.

El EEG. durante el tratamiento con hidantoinatos mostraba una disritmia cerebral generalizada y acentuada, tipo Gran Mal con atrofia cortical frontal bilateral de predominio derecho. Después de 6 meses de tratamiento con Hibicón, el EEG. muestra una mejoría en el ritmo alfa, en el ritmo rápido, y disminución del número de espigas difásicas hasta de un 15%.

A. L. B. - Crisis convulsivas desde la edad de 15 años, tipo Gran Mal y psicomotoras, con accesos de furia terrible y de confusión mental post-ictal.

El EEG. muestra gráfica francamente epiléptica tipo Gral Mal, con un foco atrófico e irritativo en hemisferio cerebral derecho con excepción de la corteza occipital del mismo lado.

Se inició tratamiento con hidantoinato 0.30 al día con 0.10 de fenobarbital por la noche, desde julio 1^o/53; durante 8 meses de este tratamiento presentó 35 ataques, o sea 4.7 al mes.

Con el tratamiento de Hibicón 500 mgrs. t. i. d. y 0.10 fenobarbital por la noche, presentó durante 6 meses sólo 4 crisis, o sea 0.67 al mes.

Esta enferma ha mostrado una gran mejoría clínica y psiquiátrica; pero debido al foco que muestra el EEG. continúa en estudio para cirugía cerebral.

Durante el tratamiento con hidantoinatos el EEG. mostraba una disritmia cerebral tipo Gran Mal de ondas delta, con un foco de localización en la región frontal izquierda. Después del tratamiento con Hibicón el EEG. no muestra ninguna modificación a lo anterior.

R. G. E. - Crisis convulsivas desde la edad de 8 años, tipo Gran Mal y Pequeño Mal, con deterioro mental por su disritmia. No es agresiva.

El EEG. muestra disritmia cerebral tipo Mixto, Gran Mal y Diencefálica.

Se inició el tratamiento con hidantoinato en julio 1^o/53, con 0.30

gramos al día y 0.10 de fenobarbital por la noche. Durante 7 meses presentó 59 crisis o sea un promedio de 7.4 al mes.

Durante 7 meses de tratamiento con Hibicón, 500 mgrs. t. i. d. y 0.10 de fenobarbital por la noche, presentó 15 crisis convulsivas, o sea un promedio de 2.1 al mes.

Se aprecia gran mejoría en el número e intensidad de las crisis convulsivas, y aunque su coeficiente de inteligencia continúa disminuído, la enferma es más cooperante y útil en el trabajo con las co-asiladas.

A. E. G. - Crisis convulsivas desde los 8 años de edad, sin sintomatología mental, tipo Gran Mal, ocasionalmente de Pequeño Mal.

Tratada desde septiembre 9/49 con hidantoinato, a razón de 0.30 a 0.60 en el día, y 0.10 de fenobarbital al acostarse, con mejoría relativa pero con síntomas tóxicos a la droga, consistentes en sopor, ataxia, cefalea, vómito, gingivitis hipertrófica sangrante y constipación.

Se cambió por Hibicón, 500 mgrs. 4 veces al día y 0.10 de fenobarbital por la noche, en junio 21/54. Presentó mejoría considerable de las crisis convulsivas. Los síntomas tóxicos desaparecieron.

El EEG. antes del tratamiento con hidantoinatos es disrítmico, tipo Gran Mal y Psicomotor, con predominio de ondas beta difásicas. El ritmo dominante después del tratamiento con hidantoinatos y Hibicón, muestra un predominio de ondas alfa regulares, rítmicas en un 90% de la gráfica.

CONCLUSIONES: En nuestra escasa casuística sólo podemos afirmar, que el Hibicón es un buen anticonvulsivo de las crisis del Gran Mal, es menos tóxico que los hidantoinatos, y debe ser usado en reemplazo de los hidantoinatos, especialmente cuando éstos producen síntomas tóxicos. La dosis media varía de 1.50 gramos a 3 gramos en el día.

ORIENTACIONES Y DESORIENTACIONES DE LA PSIQUIATRÍA EN COLOMBIA

Prof. LUIS JAIME SANCHEZ

Reflexiones presentadas al segundo Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, reunido en Medellín, en octubre de 1954.

Señores delegados:

Varias, múltiples y diversas son las consideraciones que pueden y que deben hacerse en torno al tema, nuevo, renovado y actual de la Psiquiatría en Colombia. Descuento, por anticipado, los dos criterios extremistas que al respecto se han formado los psiquiatras nacionales: el uno, dice: "la Psiquiatría en Colombia, está en plena niñez"; el otro, reza: "La Psiquiatría en Colombia ha recitado, recita y recitará por mucho tiempo la lección europea o la contra-lección norteamericana". No trato, desde luego, en este breve escorzo, de limitar el marco dentro del cual se ha desarrollado, desde fuera, nuestra incipiente psiquiatría. Por el contrario. Quiero examinar, con vosotros, por dentro, desde dentro, en sus trabazones internas y peculiares, aquellas orientaciones propias que esta ciencia, en Colombia, ha adquirido a lo largo de su breve, difícil e intermitente vida pública.

Tres razones esenciales me han movido a hacer este examen de conciencia. Es la primera, una especie de acción catalizadora que la psiquiatría moderna ha ejercido sobre la suerte del hombre enfermo; la segunda, es el haber observado (igual que muchos de vosotros, seguramente), cómo los pilares de la Psiquiatría Tradicional, erigidos sobre el criterio de las clasificaciones nosocomiales, de tipo centro-europeo, ha cedido, en solidez, ante el creciente movimiento psicoterápico; y es la última, la perplejidad, rayana en desconcierto con que la juventud, que se acostumbra a catalogar bajo el común denominador de "las últimas generaciones", contempla los problemas de la Enfermedad Mental. No cabe duda de que, por lo menos, los llamados médicos jóvenes, han experimentado desde las aulas universitarias, la conmoción cultural que ha seguido al cambio de ruta en el estudio del neurótico. La misma conmoción, ha estremecido, tal vez en un plano distinto a aquellos médicos menos jóvenes; y los viejos maestros, ya en la madurez un tanto escéptica que da la experiencia y con la mirada tolerante y benévola del que todo lo comprende y todo lo perdona, habrán sentido así mismo que

el cuerpo de la Psiquiatría, se anima, desde hace algunos años acá, de movimientos distintos, de gestos y actitudes nuevas y que, dentro de ese renacimiento, se agita, vivo, el misterio del hombre.

1. - *La aparición de la Psiquiatría en la medicina nacional.*

Con variaciones formales, pero no de fondo, estos mismos problemas han impresionado a los alienistas de iberoamérica. Mas en el caso concreto de Colombia, creo que la fundación de una primera cátedra de enfermedades mentales, fue una manifestación típica de la cultura médica de comienzos del siglo XX; es más: de la segunda década de este siglo. En un primer momento, las enfermedades mentales en el ambiente médico y social del país, fueron víctimas de la gravitación pesimista que el pronóstico ejercía sobre ellas y respecto del cual los médicos poco podían hacer. Con todo, la veta original que abrió el interés por estos temas, fue en un principio, netamente europea; francesa para hablar más claro. Un tipo de psiquiatría puramente clínica, de ejercicio diagnóstico y de parálisis terapéutica, fue el que hacia los comienzos de la primera guerra europea se instauró en Colombia. Los nombres de Magnan, de Clérambault, de Régis y un poco, el de Kraepelin, se adueñaron del incipiente interés psiquiátrico. La larga y laboriosa gestación europea por aislar y definir el grupo de las psicosis endógenas, especialmente, envió su oleaje intermitente a nuestro medio en donde abrió un ancho surco. Pero una primera, natural y enorme desproporción apareció como resultado de este hecho sencillo. La clasificación de las dolencias de la mente, fruto de muchos años de maduración europea, nos llegaba, como un regalo. Como un regalo de otras culturas que ya, a fuer de crearlo, lo habían asimilado perfectamente. Y se sentó el siguiente precedente de singular importancia: el criterio de Iberoamérica en materias psiquiátricas, había de empezar por donde terminó el de Europa: por la clasificación nosológica. Norteamérica, en cambio, ya había adquirido personalidad psiquiátrica, en manos de BEARD, en 1868, y de MITCHELL, en 1875, quienes con la descripción de la Neurastenia y de la cura de reposo, respectivamente habían cosechado merecida notoriedad, para su país. Ultimo y extraño reflejo de una luz auténticamente norteamericana en Psiquiatría, que debería extinguirse para siempre con Adolf MEYER, y dar paso a una sistemática influencia foránea!

Recibir el regalo psiquiátrico de Europa, era una cosa: digerirlo, otra. Las enfermedades mentales, no despertaban en nuestro medio universitario, el menor interés. El médico, miraba con desprecio a una especialidad que se contentaba con desenvolver la brillante madeja diag-

nóstica y que se cruzaba de brazos, amargamente, ante el pronóstico y el tratamiento. Las generaciones médicas, pasaban de lejos, mirando de reojo, esa extraña y absurda especialidad que nada prometía. Pasada la primera guerra mundial, hacia 1920, no había en toda Colombia más de cuatro especialistas en enfermedades mentales. Esta circunstancia, explica suficientemente el hecho de que no hubiese en absoluto investigación psiquiátrica, y asimismo el que la evolución de esta ciencia se hubiese detenido, por largos años en la contemplación del regalo europeo. Lo cual formó, por fuerza de los hechos, un furioso individualismo en la enseñanza, una auto-docencia en el estudio y en la investigación y un explicable resentimiento en la vida profesional. Los grandes solitarios de la Psiquiatría Colombiana, hubieron de tener, ciertamente, motivos de grave y de grande desolación!

2. - *La educación refleja y la angustia cultural:*

En toda Iberoamérica, con excepción acaso de Méjico, Argentina y el Perú, el anterior fenómeno fue notable. Mas pronto iba a ser presionado, cada vez con mayor ahinco y apremio, por nuevos acontecimientos, esta vez ya no estrictamente científicos, sino culturales, políticos, sociales, e inclusive religiosos y raciales. La total marginación de la América Hispana en los dos conflictos bélicos de ultramar, fue una marginación solamente de carácter humano; pero su compromiso en lo económico y en las formas nuevas de vida que hubo de adoptar en las dos post-guerras, fue evidente. Terminada la primera guerra, el soporte humano de la ciencia europea, quedó intacto, en el sentido de su prestigio. Francia conoció entre los años de 1919 y las vecindades del 30, un florecimiento estupendo. El éxodo de nuestras juventudes médicas, hacia ella, en esa época, no conoció límites. La Medicina Gala, paseaba su inteligencia y su brillo por todas las capitales del mundo, con insuperable orgullo. Pero ya comenzaron a perfilarse, nítidamente dos hechos que irían a influir decisivamente: la influencia de la técnica y de la especialización en los estudios médicos, radicados en el pragmatismo norteamericano, y la progresiva, lenta y segura marcha de las huestes freudianas. Justamente, en 1929, Honorio Delgado tradujo, para el mundo de habla española, la "Técnica del psicoanálisis" de Smith Elly Jelliffe. Es decir, hace exactamente un cuarto de siglo. La generación que maduró en esa época, en realidad fue una generación psiquiátricamente tranquila. De Francia y de Alemania, dimanaban constantemente los destellos de una psiquiatría aún clínica, en sus métodos, en sus proyecciones y en sus nosografías. La conquista del premio Nobel de Medicina, por un psiquiatra estrictamente clínico, como lo fue V. JAUREGG, acentuó más

la fuerza de esa tendencia somatológica en psiquiatría. Y mientras las discusiones sobre la autonomía nosográfica de la esquizofrenia llenaron todo el interés clínico y psicopatológico por espacio de diez años, en el mundo de la psiquiatría europea, la América Hispana, a la vez que seguía lejanamente la chispeante discusión, continuaba asimilando, penosamente la gran revolución kraepeliniana de la nosografía.

Pero este cuadro contemplativo, iba a experimentar en la década de 1930 a 1940, un cambio absoluto. La psiquiatría iberoamericana, va a entrar en contacto con tres hechos poderosos: es el primero, el eclipse (llamémoslo así por no emplear una palabra más triste) de la estrella francesa; el segundo la fulgurante invasión psicoanalítica de Norteamérica; el tercero, el estallido de la segunda guerra mundial. Estos tres fenómenos, hubieran sido suficientes, de suyo, para producir en la América Hispana un natural desconcierto en materias científicas. Pero la aparición de un nuevo factor, agudizó hasta el máximun el problema para la psiquiatría: los tratamientos de choque. No deja de llamar la atención, aunque no sea sino por su aspecto coincidencial, el que en una época de predominio de choques políticos, diplomáticos, raciales y culturales, el choque terapéutico haya hecho su aparición en psiquiatría. De todas maneras, el éxito de las sismoterapias, produjo una conclusión natural, inmediata, directa e inevitable. El viraje de la psiquiatría, de su período contemplativo y diagnóstico, hacia un período terapéutico desenfrenado. El largo sopor en que las psicosis habían estado, desaparecía poco a poco al socaire de los comas insulínicos y de las descargas convulsivantes; la electroencefalografía por su lado, abría nuevos horizontes al estudio de las epilepsias y la psicocirugía estaba iniciando poco a poco sus embates contra el lóbulo pre-frontal. Por todas partes, súbitamente en un tiempo menor de tres lustros, la psiquiatría se sintió ella misma invadida por una serie de fuerzas difíciles de controlar, con las solas armas de la tradición nosográfica. Y de pronto, también, las generaciones médicas que maduraban en este clima, de renovación, de asombro, de sorpresas y de técnicas imprevistas, se encontró fatalmente bajo la gravitación polivalente del signo pragmático: de un lado, ya lejana, la fuerza de la psiquiatría tradicional, ejercía académicamente, su densa fascinación clínica; de otro lado, el desenfreno terapéutico, por sí mismo, prometía algo más que la fidelidad a las viejas normas; de una parte, el torrente psicoanalítico norteamericano volcaba la fuerza objetiva de sus estadísticas, sobre el mundo latinoamericano y por último, la Neurología reclama su parte en este gran festín, ya con el bisturí, ya con los ritmos encefálicos de BERGER.

Entonces recibimos el segundo regalo: el regalo de una psiquiatría descuartizada; era un regalo de angustia en tiempos de angustia. Sobre el cuerpo inerte de los destrozos culturales, de las tendencias apagadas, de las orientaciones frustráneas, de los métodos inexpertos, de los sistemas en germinación, se lanzó toda una generación del orbe. Cada cual, quería para sí algo: uno el leucótomo; otro, el electro-choque, otro la jeringuilla de insulina, otro el diván analítico. Y cada cual salía con lo suyo. Pero en qué forma! En medio de la angustia del saber, estaba la angustia del hacer. La una excluye la otra. Sometido a presión creciente desde distintos lados, el cuerpo de las nuevas generaciones se deformó. Pero el daño, estaba dentro: la angustia, traducía ante todo, una catástrofe cultural. Llegó un momento en que pareció que para ser psiquiatra no se necesitaba sino ser ignorante. Y ese grave momento, es el que ha dejado saldos rojos temibles en toda Iberoamérica. Porque sin un respaldo cultural y filosófico que dé perspectiva a los hechos y los respalde, todo puede hacerse. Así, el neurólogo, podía ser psiquiatra si disponía de un aparato de electrochoques; el cirujano, podía ser a la vez un neurólogo y un psiquiatra si disponía de un leucótomo adiestrado. Pero en el fondo de todo esto, se vivía una tremenda tragedia de ignorancia. Y lo que es peor, de una ignorancia remunerada.

Si buscamos los motivos de semejante situación, encontramos que la Psiquiatría no estaba preparada, para tantos impactos. Y que esta impreparación, se debió única, exclusivamente, a una tergiversación de los principios que deben regular la comprensión del hombre sano y enfermo. O a un menosprecio de ellos, que es peor.

3. - *La crisis necesaria:*

Tengo para mí, que la Psiquiatría, como rama de la Medicina que estudia las enfermedades mentales, está en crisis. Las fosforescencias terapéuticas sólo han acentuado su actual incapacidad para comprenderlas, integralmente, y para tratarlas, sintomáticamente. El progreso, es aparente. Es como si para salvar a una nave que zozobra, en vez de tratar de anclarla en roca firme se cortan las velas para que el vendaval aparezca menos cruel. Pero, a pesar de todo, no soy pesimista. Creo que la crisis, era necesaria. Es la crisis del uso de la razón. Pero la generación que ha percibido estas cosas y que ha sufrido con ellas y por ellas, está fatigada, en ocasiones perpleja. La aparición de la llamada Medicina Psicosomática, significa para mí, un comienzo de orientación general. Porque este sí no es un regalo de última hora, sino un regalo, con una auténtica tradición. La Hipocrática, ni más ni menos. Y porque además, es esta una oportunidad muy pertinente para que, fuera

del terreno de la psiquiatría puramente clínica, los médicos jóvenes se den cuenta de que "soma" y "Psique" son indisolubles en su unión original y trascendente y de que en la enfermedad, somática o psíquica, aparecen las jerarquías, las ordenaciones y los sistemas funcionales, a menudo con más claridad y nitidez que en el estado normal. El Renacimiento de la Medicina Psicosomática que no es otra cosa que la Medicina Integral con apodo, va a servir mucho, culturalmente. Por una parte, es un símbolo, y por otra parte es un signo. Símbolo de la Tradición, que los siglos, a pesar de haberla atravesado de polo a polo, no ha podido desintegrar; y signo de mejores tiempos, de mejores días y de mejores gentes; porque en el terreno de la Medicina Psicosomática, se han citado tres sujetos, al parecer enemistados para siempre: La Medicina Interna, la Psicoterapia y la Patología Funcional. Esa espantable crisis por que atraviesa la psiquiatría moderna, palpable hasta la saciedad en las actas del primer Congreso Mundial, reunido en París en 1950, en el que la anarquía organizada so capa del especialismo más inverosímil, reinó y no pudo gobernar, esa crisis se justifica plenamente y adquiere toda una unidad de sentido histórico, si al lado de ella, como una compañera no invitada, pero necesaria, encontramos, otra vez vivo, el cuerpo entero de la Medicina de antaño, que, esta Medicina de hogaño, destrozada, se empeña en olvidar. Hacia atrás, como saliendo de una perspectiva difícil, podemos recorrer de esta manera las etapas que la psiquiatría moderna, no ha podido asimilar. Hacia atrás, en busca de huellas tradicionales, en busca de los pasos firmes que hemos nosotros mismos borrado con otros pasos vacilantes, podemos contemplar el diverso panorama. Hagamos, señores delegados, una abstracción. Supongamos que todo este desconcierto terapéutico, etiológico, patogénico, no es un vector que nos lance adelante, al abismo; sino una experiencia que nos permita juzgar un pasado y un presente. Supongamos, por un momento no más, deteniendo el fluir de nuestra memoria y la corriente del pensamiento que la Psiquiatría se detenga, ahora mismo, en su evolución. ¿Qué observamos? Acaso una norma fundamental? Acaso una tradición? Acaso un programa académico? Acaso, siquiera un equívoco en las maneras fáciles de pensar? Si la Psiquiatría se detuviera, acaso existiría un pensamiento, un sistema, una generación que se parara, al borde de otra generación? Verdad que no? Todo lo contrario. Habría un grave desconcierto. Todos quienes hubiesen asistido a esta detención, se hubieran preguntado, afanosamente: "Y después...?" Esa es la pregunta: "Y después...?" Porque por un efecto de óptica, toda la perspectiva ventura de la psiquiatría, se detiene en este trémulo interrogan-

te. No es lo mismo el "antes". Este "antes", está preñado de incógnitas. Porque es la Tradición. La Tradición que se ignora. Pero el "después", implica toda la implacable cadena fatalista, toda la serie burda de determinismos, toda la tristeza inmanente de una cultura mortal. Por eso, desgraciadamente, desapareció ese insomne vigilante de la muerte cordial, esperada, intuída, aceptada, que era el médico de familia. Y en su desaparición, y no en su bancarrota ni en su destrucción, está uno de los signos siniestros del siglo XX. Toda esta divagación, puede hacerme aparecer como un reaccionario, un desconocedor del llamado progreso médico y un pesimista incorregible. La verdad es muy otra. Son ya varias las ocasiones en que he insistido, ante médicos especialistas y estudiantes, en la necesidad de "desblindar" la psiquiatría y de humanizarla. Pero esta humanización, que es lo que las nuevas generaciones desean, al través de la Medicina Psicosomática, no puede hacerse partiendo de las actuales bases. Es preciso dar un vuelco. Si existe un desconcierto cultural, como he dicho, en estas materias, es por carencia de principios filosóficos. La Psiquiatría sin bases sólidas en una filosofía que no desvalorice al hombre y que no lo automatice, seguirá su marcha a la deriva. Porque no se puede comprender a un ser, sobre quien no se ha hecho previamente un balance objetivo de los valores, que lo rodean y de los fines hacia los cuales tiende, naturalmente.

4. - *La Psicoterapia del vis a tergo y la Psicoterapia Integral.*

La segunda gran revolución de la Psiquiatría, la freudiana, fue asimismo una revolución en psicología pero se torció en su enrutamiento filosófico. Sin embargo, fue tan importante, como revolución, que todos sus grandes y graves errores filosóficos, no han podido opacar sus méritos a la vez psiquiátricos y psicológicos. El vuelco total que dio Freud al tratamiento del neurótico, no solamente fue un vuelco clínico, que hubiera sido lo de menos; fue un vuelco de orientación personal y a la vez un vuelco de sistemas, de métodos y de doctrinas. Inicialmente el psicoanálisis llamado ortodoxo, con su visión unifocal de las neurosis, construyó un sistema sobre el cual cierto tipo de culturas, centradas especialmente en su ausencia de sistema vertebral, se lanzaron a absorberlo. No es que el Psicoanálisis haya ido a buscarlas. Es que ellas lo han llamado y han salido a encontrarlo. Las generaciones que han mirado hacia allá, lo han hecho, movidas por muchos móviles, pero especialmente por el espejismo que daba el freudismo, de haber encontrado todas las respuestas para todas las preguntas sobre el misterio humano. Y esto ejerce una atracción poderosa, no ya en lo clínico, sino en lo anímico. Téngase en cuenta que la revolución freudiana, giró siempre en

torno a *SOLUCIONES*. Es lo importante y lo llamativo. No fue una revolución problemática, en su esencia. Lo fue de tipo positivo y práctico. En su misma objetividad, llevaba sus postulados y en estos, las soluciones. Semejante sistema cerrado, cuyos dogmas iniciales se presentaban a las generaciones como otros tantos imponderables, tuvo que ejercer un como movimiento de succión dentro de ciertos países, acostumbrados, en su población médica y psicológica, a otros tipos de conducta. Y apareció, lo que yo llamaría la psicoterapia del vis a tergo, es decir,, ese gran movimiento en un comienzo capitalizado por Freud, y que por su misma novedad creciente y su origen, iba desarrollando en torno suyo una fuerza centrípeta violenta a la que era difícil sustraerse y a la que muchos se sumaron. Además, es preciso considerar al freudismo, como un movimiento social, dentro de la ciencia, alrededor del cual se formó el siguiente curioso fenómeno: la aglutinación en derredor suyo, no solamente de psiquiatras y de médicos, sino de psicólogos hasta entonces reducidos en su actividad a una labor supeditada y marginal. Abierto el campo inmenso de la psicoterapia a los psicólogos no médicos, el freudismo amplió su radio de acción en una forma antes no llevada a cabo por nadie. Y al prestigio que le venía por línea directa de la revolución en el terreno de la neurosis, se sumó la satisfacción claramente profesional de quienes, de un momento a otro, se sentían con iguales títulos que muchos, para penetrar los arcanos del alma humana. Este fenómeno, a mi juicio muy importante en la valoración sociológica del freudismo, no ha sido lo suficientemente estimado por los críticos exégetas del mago de Viena. Y en realidad, si algo tuvo de genial este movimiento, en sus orígenes, fue el hecho de haber comprendido que una revolución no se hace con elementos de dentro, sino con contingentes de fuera. Por eso ha sido tan fuerte la coraza freudiana, y asimismo tan densa su propia, recóndita intimidad.

Cumplido ya el movimiento freudiano y hechos y verificados ya los reajustes indispensables y necesarios, la situación de la Psiquiatría, ante el nuevo frente y ante el nuevo hecho indiscutible, era otra muy distinta. Y es en la actualidad muy distinta. Es, a mi ver, en síntesis, la siguiente. A la Psiquiatría del Centenario, fincada en la revolución nosológica de Krapelin y de la escuela francesa, siguió un movimiento extra-nosológico, psicológico y psicoterápico. Al criterio de la diagnosis diferencial, siguió un criterio de análisis individual. Entre esas dos tendencias, se interpuso la corriente somato-terápica, de los diversos choques, y también la psico-cirugía. Como un resultado de todo esto, surgió, surge, la Medicina Psicosomática que es un movimiento contra-revo-

lucionario (inconsciente en los médicos) y tendiente a recoger las viejas normas sobre el hombre enfermo, con las nuevas armas, los nuevos métodos y los nuevos sistemas. Yo, llamaría a la Medicina Psicósomática, el Neo-Hipocratismo. Y a la Psicoterapia que de él dimana, Psicoterapia Integral.

5. - *Hacia una Tradición del Porvenir:*

Brevemente, a vuelapluma, he esbozado un clima y un ambiente dentro del cual se mueve actualmente la Psiquiatría. El joven que antaño pasaba delante de ella, con aire despreciativo y suficiente, en veces lastimero, ha cambiado ya su actitud. Quiere adentrarse en ella, penetrar sus recintos, impregnarse de sus vahos; pero no puede hacerlo, si antes no lleva muy dentro de sí, aquello a lo cual debió la Psiquiatría una de sus más agudas crisis: un concepto sobre el hombre. Porque el hombre, no es variedad, sino auténtica Unidad indisoluble; no es accidente, sino esencia; no es quimera, sino realidad; no es esclavo, sino libre. "Está condenado a ser libre", según la aguda frase de Simone Weil. Y por girar en torno a realidades ontológicas, y por ser UN SER, colocado por voluntad trascendente, sobre el mundo de las cosas y de los objetos, no puede ser una cosa, ni un objeto. Ni una doctrina, ni una teoría que los tiempos amoldan y destruyen. Pero en sus terrenos. En los terrenos que nadie más, sino otro hombre, tan respetable como él, puede pisar sin temor. Quien se acerque a estudiarle, a inquirir por su vida íntima, por su soledad interior, por sus fracasos y sus bancarrotas, tiene que tener sobre todo hombre una norma inviolable de principios y una tradición que lo enaltezca. Y si quien se acerca a estudiar a su semejante es un psiquiatra o un psicólogo, cuán alta ha de ser la estima en que lo tenga, para que no caiga por debajo de él y desprecie su naturaleza y su destino! Por esta razón, yo veo en una Psiquiatría Católica, la única salvación. Porque en ninguna doctrina están tan ajustados los principios a los fines y éstos a los medios que les predicán. Porque una Psiquiatría católica, tiene en sus manos las más grandes fuentes que toda psicoterapia humana puede pedir. Porque, en fin, el católico, es un redimido; y justamente, porque ha caído, su redención suprema, por ser redención y ser suprema, lo salva de ser un eterno caído.

Yo sé que es esta una tarea que está por hacer. Que los mismos católicos no nos damos cuenta que en nuestra doctrina, tenemos, viva, palpitante y actual, todas las fuentes y todos los sistemas de una nueva Revolución. Esta sí que sería profunda y fecunda! La Revolución del Hombre por el Hombre y para el Hombre. La Revolución de la Criatu-

ra, en bien de la Criatura. Una Revolución hacia Arriba y no hacia abajo! Ya tenemos la experiencia de los regalos europeos. Europa nos dio esquemas. Esquemas que hemos visto agrietarse. Pero sólo Dios nos ha dado Alma. Esta es la verdadera Tradición del Porvenir.

APORTE AL ESTUDIO PSICOSOMATICO DE LA OBESIDAD

ESTUDIO DE 27 CASOS

Dr. HERNAN QUIJADA,
psicoanalista.

Dr. L. M. MANZANILLA,
endocrinólogo.

La obesidad es un viejo problema de la humanidad. El espíritu de los pueblos muy temprano descubrió en el obeso problemas psicológicos y sexuales: al gordo siempre se lo consideró como un individuo bonachón, pero poco activo, dado a la pereza y a la gula; de lo sexual, cercano a un temperamento apacible, más dado a los placeres orales que a la verdadera actividad genital. Recuérdese el caso histórico de Luis XVI. También vale la pena recordar, cuando Cervantes presenta a Sancho ante la mesa cubierta de manjares, haciéndolo sufrir a cada impulso de su apetito por la prohibición de la varita inflexible del médico de la Isla Barataria. Por lo demás, tomando de la misma obra cervantina el aspecto que nos interesa, destácase el marcado contraste de sus dos principales personajes: mientras Don Quijote vivía delirio de luchas como ofrendas a su Dulcinea, descuidando la comida y el bienestar físico, Sancho hacía lo posible por traerlo a su realidad oral.

La medicina psicosomática, al abrir nuevos caminos de estudio, se ocupa del problema. Todos los tratados sobre esta materia conceden páginas a la obesidad, pero no todos han enfocado la cuestión desde el punto de vista de la psicología dinámica, en las causales inconscientes más profundas. Ateniéndonos a que cada nuevo aporte a los distintos mecanismos inconscientes del síndrome conducen a su mejor comprensión, presentamos este trabajo, basado en la interpretación de 27 casos, dos de los cuales siguen terapia psicoanalítica.

Se ha repartido así:

- I. Somera introducción sobre la trascendencia del tubo digestivo en la constitución psicológica del hombre.
- II. Mecanismos inconscientes fundamentales en la provocación y marcha de la obesidad.
- III. Historiales clínicos.
- IV. Conclusiones.

I. *Somera introducción sobre la trascendencia del tubo digestivo en la constitución psicológica del hombre.*

Referirse a obesidad es tratar del tubo digestivo. El aparato digestivo en el hombre no sólo es indispensable para sobrevivir, sino que es factor primordial en su desenvolvimiento psíquico.

A fin de apreciar la importancia de este aparato en la vida del hombre, dividamos su estudio en dos grandes secciones: ontogénica la una y filogénica la otra. En ambas ha de contemplarse el aparato como medio fundamental de nutrición y como fuente de placer.

En lo que se refiere a la ontogenia, encuéntrase que, desde el punto de vista placentero, ya en el vientre materno la boca desempeña una función de gratificación; así, se han hallado fetos succionando uno de sus pulgares en plena cavidad uterina. Después del nacimiento es asaz conocido lo común del chupeteo o succión placentera. Ya Lindner en 1879, citado por Freud, presentó un estudio sobre la cuestión, haciendo resaltar la naturaleza sexual del chupeteo. Las conclusiones más importantes de Freud con respecto a la succión productora de placer son, que está "apoyada en una de las funciones físicas de más importancia vital", que es autoerótica y está bajo el dominio de una zona erógena. De aquí parte la primera de las organizaciones pregenitales, la oral, con una fase canibalística.

Por otra parte, es de pensarse que si el feto no emplea la función visual, las impresiones táctiles han de ser de gran y fundamental importancia en su constitución psicológica. No de otra manera podría explicarse que permanezca tan grabada en el hombre su permanencia en la cavidad uterina. No sólo se ve en los sueños traídos por los pacientes en análisis, sino que su fuerza se transmite a las costumbres y rituales de los individuos subcivilizados, manifestándose en el deseo inconsciente de vuelta al seno materno. Ahora bien, la experiencia psicoanalítica y en especial los trabajos de Abraham, han puesto de relieve el marcado predominio de la boca y sus mucosas sobre el resto del revestimiento y cavidades humanas en el primer lapso de la vida. Tal predominio —es

lógico suponerlo— no va a aparecer después del nacimiento únicamente, sino que ya en el vientre materno ha desenvuelto sus facultades, sus experiencias, impregnando lo psíquico de todo un mundo psicológico que va a jugar un papel decisivo en la vida del hombre.

Si en psicoanálisis encontramos que el proceso de identificación a los padres es una introyección oral, mal podríamos desligarla de las primitivas experiencias bucales. Para nosotros tal experiencia ya la ha vivido en el vientre materno. El niño no sólo se siente parte de la madre —y por lo demás lo es—, sino que introyecta a aquella en forma de líquido amniótico por el tubo digestivo; es decir, el proceso de identificación, de formación del yo, ya ha sido vivido in utero. Tal experiencia queda impresa y será la base de determinadas tendencias psíquicas. Queda casi como un hecho biológico, de imbibición de células por sustancias similares. Para aumentar el valor de lo que anotamos, recuérdese que a los 7 meses el feto es viable, significando su permanencia in utero, ya una verdadera vida. Esto puede darnos claridad en muchos otros casos: por ejemplo, las tendencias homosexuales del hombre también han de encontrar allí su origen en la biología misma, para hacerse más intensas o presionantes en la conducta, de acuerdo con el proceso psicológico fuera del vientre.

Si importante y decisivo es el papel de la zona erógena bucal en la vida del hombre, no lo es menos la región anal y la función rectal. Desde la retención de las materias para obtener placer con el bolo fecal, hasta la masturbación anal, se ven a ese nivel los más variados medios de placer. Desde la negativa a emplear y seguir los métodos educacionales de la defecación, hasta los rituales y prácticas secretas de los neuróticos, el ano y el recto representan parte fundamental en el origen de los trastornos psicológicos.

Al hacer alusión a la nutrición y al placer oral, debemos referirnos a la frase de Freud de que una actividad es objeto de la otra y recíprocamente. Por lo tanto, en determinadas condiciones, la ingestión alimenticia va a representar un verdadero acto libidinoso, como veremos más adelante a propósito de un caso seguido analíticamente por uno de nosotros. Además, la nutrición va a participar, tanto de características amorosas como agresivas.

Dejemos este breve resumen ontogénico y pasemos a ver qué nos suministra la filogenia.

La aparición de las religiones marca un momento trascendental en la historia del hombre. Y si se acepta que el totemismo es una manifestación religiosa del hombre primitivo, hemos de tropezarnos con la

función oral de sus rituales. Como es bien sabido, en determinadas circunstancias el animal totem es sacrificado y comido en festín de toda una tribu o grupo. De esta manera, se incorporan, con la carne del animal, las características mágicas atribuídas. Cada individuo de la tribu después de esta comida se siente poseído de los atributos totémicos. Esto en cuanto al contenido mágico de ciertas comidas.

Vale la pena hurgar un poco más. Remontémonos hasta el hombre prehistórico. Tal período va a mostrarnos algo sumamente interesante: las mujeres plasmadas en sus estatuillas y las más antiguas, son obesas. Copiemos de reciente publicación que recoge lo encontrado a través de todas las excavaciones, lo relativo a este arte escultural: "Caso notable, este arte comienza por representaciones de la figura humana" ("L'art préhistorique", Bandi et Maringer) (*). Trátase del auriñaciense medio. Más adelante casi desaparece. Se han encontrado alrededor de 130 estatuillas de mujer; en cambio de hombre, apenas una cabeza. Al referirse a la llamada Venus de Willendorf y otras, dicen los citados autores: "Representa una mujer de edad madura, con un peinado que evocaría un panal de abejas en forma de cesta, enormes senos caídos y caderas desmesuradamente anchas, mientras que los brazos, recogidos sobre el pecho, son notablemente delgados. A primera vista, sin embargo, es la extraordinaria obesidad de esta figura la que impresiona más; pero veremos que el caso no constituye de ninguna manera una excepción. Se puede más o menos considerar a la mujer de Willendorf como el modelo clásico (el subrayado es nuestro) de este tipo de belleza carnuda". Ha de tenerse en cuenta también que el hecho no es aislado, sino que el hallazgo de tales producciones artísticas con representación de mujeres obesas, se extiende —hasta ahora— desde los Pirineos hasta el Lago Baikal en la Rusia Asiática.

De esto deben destacarse dos hechos fundamentales: la iniciación de la escultura con la representación de la mujer y la elección del tipo femenino obeso. Qué significado pueden tener tales hechos? Ya Cohen, en un estudio psicoanalítico sobre la Venus de Willendorf, dice que tal especie de peinado o cubierta de la cara de la estatuilla, es efecto de la defensa del artista prehistórico ante las pulsiones inconscientes que lo llevan hacia la madre; cubriéndole la cara, transforma a la madre en otra mujer; o simplemente, es como si el mismo artista cerrara los ojos. Ahora bien, tal cubierta de la cara sólo aparece en dos estatuillas prehistóricas; en cambio, la obesidad es una representación común al arte

(*) Trátase de una obra de arqueología.

escultural de la prehistoria. Tomando en cuenta este hecho y los descubrimientos del psicoanálisis sobre el contenido inconsciente de las motivaciones de la obesidad, es fácil llegar a la conclusión de que el hombre prehistórico, el artista, representó a su madre —tomando el modelo desde su inconsciente— como una mujer extremadamente obesa, vale decir, una mujer hombruna, viril, castradora, para así defenderse de sus tendencias incestuosas.

II. *Mecanismos inconscientes fundamentales en la provocación y marcha de la obesidad.*

Recibir comida es ser amado (Alexander); la comida en lo inconsciente es símbolo de amor. Parece que en el niño la comida que recibe es parte de la persona que la da; con ella ingiere a su objeto amoroso. Esto nos explicaría el que reciba comida de algunas personas y de otras no. En los casos en que no recibe de la madre, hay un evidente rechazo a su progenitora o un intento de frustrarla. Cuando recibe el alimento de la criada, es síntoma de estar en armoniosa comprensión con ella.

Para llegar a explicarse la sobrealimentación o el suministro exagerado de manjares y golosinas por parte de los padres, es necesario descubrir que en lo inconsciente del adulto todavía la comida es símbolo de amor. Dar a sus hijos comida en exceso es colmarlos de amor. Esto les permite compensar sentimientos de culpa por rechazo al hijo; es decir, los padres incapaces de amar o de manifestar amor a sus pequeños, incapaces de atenderlos debidamente, de educarlos y dedicarles el tiempo necesario, de mimarlos, etc., llenan el estómago de sus hijos... pero con el agravante —muchas veces— de dejar la alimentación en manos de los criados u otras personas. Tal actitud de los padres apacigua sus sentimientos de culpa: "Yo doy alimentación a mis hijos, los visto, etc., luego los amo".

Qué resulta de tal actitud? Es evidente que se topan dos pulsiones, dos problemas. El padre trata de compensar una o más tendencias, puede proyectar en su hijo sus propias frustraciones: "Yo no comí, él debe comer", lo que en el inconsciente es: "No me amaron, yo sí lo amo"; esto, de un padre fijado a tendencias orales. Otra causal inconsciente sería: "No lo amo y no puedo amarlo porque mi esposa es como mi madre y tendría que compartir con él el amor de ella, como dividí el amor materno con mis hermanos"; pero la reacción consciente es otra: "lo amo demasiado, le daré todo el amor que encierran los alimentos".

Todo ese mundo inconsciente va a desatar el suministro excesivo

de alimentos al niño. Esa sería la actitud de los padres, a la que va a sumarse la del pequeño: "No me aman, no me quieren suficientemente, debo hacer todo lo que esté a mi alcance para lograrlo, tener conmigo a mi madre y a mi padre; los debo ingerir para contar siempre con su amor". Pueden presentarse mejores circunstancias para que se dé un exceso de alimentación? Aquí se toca el fondo del problema con fantasías en uno y otro lado, el substratum primitivo arraigado en las funciones psíquicas que puede condicionar el tubo digestivo.

No siempre han de sumarse el aporte de los problemas inconscientes del niño y del adulto, pero su coetaneidad es frecuente; comúnmente se observa que un estado psicológico influye más que el otro. Uno de estos casos sería el del niño comilón; aquí la cuestión es más fuerte de parte del menor, quien busca y encuentra en la sobrealimentación la manera de saciar su hambre afectiva. En estos casos la actitud familiar neurótica aparece cuando no controla debidamente tan desbordada ingestión alimenticia.

Cuando desde lo inconsciente el hijo ha sido rechazado, es posible encontrar de parte del progenitor una actitud consciente que sobrepasa los límites del amor y de las atenciones normales hacia los hijos. Se ve entonces un mimo y protección exagerados, exceso de vestidos y de útiles y una atención personal constante; a nadie confían el hijo y temen aun que todo lo que hacen no sea suficiente para salvaguardarlo de los peligros externos y de la falta de alimentación. (Casos 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 23 y 26).

De todo el conjunto de mecanismos en los que se intrincan las pulsiones de los padres y del propio niño, va a surgir un hecho evidente por parte del menor: una ingestión de comida que sobrepasa sus necesidades calóricas y alimenticias.

Si nos detenemos por un momento a pensar que en el niño la boca es como la tercera mano o un tercer ojo y superior a ellos en ciertas experiencias, no debe sorprender que una mayoría de los problemas psicológicos repercutan a nivel del tubo digestivo. Las cavidades estomacal e intestinal, dispuestas a recibir simbólicamente a cualquier ser amado o a expulsarlo de sí mismo, aumentan lo trascendental de la cuestión. Por lo demás, no sólo funciones placenteras y apacibles se relacionan con el aparato digestivo, sino que la agresividad echa también allí sus primeros brotes: desgarrar, destruir con los dientes e ingerir, aparecen muy temprano en la vida del hombre.

Veamos otras estructuras psicológicas:

Desaparición de uno de los padres. - Tal catástrofe afectiva puede

desatar un impulso a la ingestión de alimentos y al aumento de la cantidad de las comidas, con el consiguiente sobrepeso y obesidad. Se trata de incorporar al ser amado que desapareció, ingerirlo insaciablemente. Sábese que uno de los mecanismos más tempranos es la incorporación del objeto amado, como identificación, lo cual, para nosotros, se inicia en el vientre materno, como dijimos en la introducción. Las fases sucesivas en el desenvolvimiento psicológico deben ir desprendiendo tal incorporación y logrando la diferenciación entre la madre y el hijo hasta adquirir éste la independencia. La incorporación simbólica es pues un mecanismo regresivo, por medio del cual se niega la desaparición y se persiste en el amor inseparable. (Casos 1, 3, 5, 17) .

Fantasías de desamparo. - Por sentimientos de culpa derivados de la agresividad y la lucha por el amor de los padres, pueden nacer fantasías de abandono: "Como deseo a mi madre para mí solo, puedo ser castigado con el abandono de mis padres". O bien las fantasías parecen desprenderse de sucesos reales, como viajes de los padres, separación del niño a otro hogar o a un colegio: "He sido abandonado, no me aman". Tal fantasía desata el hambre insaciable, la polifagia y la obesidad. Necesita sentir en sí mismo a sus padres, ingerirlos, tenerlos consigo. (Casos 5, 10 y 21) .

Separación del hogar o de la patria, matrimonio. - La separación del hogar es vista inconscientemente como pérdida de los padres; la separación o alejamiento forzoso de la patria son sentidos como frustración de la madre. El matrimonio es la independencia de los padres, la que conlleva la pérdida de su protección, del hogar; en lo inconsciente viene a ser lo mismo que los dos anteriores. En tales circunstancias los individuos recuperan el amor de los padres, simbólica e inconscientemente, por medio de la ingestión alimenticia. (Casos 1, 2, 5, 6, 9, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 24, 25 y 27) .

Pubertad. - En esta encrucijada tremenda de la vida, en especial para la mujer, se pueden presentar diversos mecanismos. Como es bien sabido, el brote hormonal precipita las tendencias libidinosas. Qué rumbo pueden tomar tales tendencias? Sin entrar en sus diferentes aspectos, toquemos sólo el que nos atañe en este trabajo. La libido puede volver a sus primitivos reductos orales y en el placer bucal saciarse con manjares, golosinas y falta total de control alimenticio. Por eso no es rara la obesidad puberal que más tarde puede corregirse solamente por una marcha de la libido a sus contenidos genitales. (Casos 9 y 25) .

Otro mecanismo sería el de que, a la par del brote hormonal, con el nacimiento de la seguridad de ser mujer, aparecen las fantasías de

embarazo: se engorda para satisfacer sus tendencias inconscientes de estar embarazada. (Caso de Raskovsky).

Frustraciones conyugales. - Aquí también se ve la satisfacción libidinosa a nivel de la boca por falta de una marcha normal de las relaciones sexuales. A la cuestión genital puede agregarse también lo puramente afectivo de pérdida del esposo, lo que en una unión teñida de significado incestuoso, reforzaría la impulsión a comer. La muerte de uno de los cónyuges entra a formar parte de lo anterior con fuerza muy intensa. La impotencia del marido viene a dar pie a la búsqueda de satisfacción de la libido en el plano placentero oral. (Casos 1, 8, 12, 13, 14, 16, 18, 22, 24 y 24).

Frigidez. - La libido busca aquí, como siempre, otra forma de satisfacción. Es de pensar que en sujetos fijados a la etapa oral, la libido encontrará por allí una salida a tal satisfacción. Por lo demás, uno de los mecanismos inconscientes de la frigidez es el rechazo al hombre, buscando también identificación a él. Así pues, en la frigidez acompañada de obesidad, se cumplen dos tendencias inconscientes: el rechazo a la feminidad y la virilización. (Casos 1, 6, 12, 22).

Actitud viriloide en la mujer. - La no identificación a la madre es un rechazo a la feminidad, que puede estar sustentado por distintos temores inconscientes: ser como la madre es caer en el incesto; ser mujer es aceptar la no existencia de unos genitales masculinos, fantaseados en su más tierna infancia; ser femenina es aceptar el sometimiento al hombre y la maternidad. Luchando contra estos temores, intrincados con otras pulsiones, la mujer llega a las actitudes viriloides, desembocando —entre otras— en la manifestación psicosomática de la obesidad. Cuando la mujer engorda, tiende a ser como el hombre: fuerte y robusta. Es sabido que la femineidad por excelencia da la mujer grácil, perenne expresión de la belleza femenina (salvo para el hombre prehistórico del período auriñaciense, que en este trabajo analizamos). (Casos 14, 15 y 23).

Para terminar con esta somera descripción de mecanismos inconscientes, debemos decir que en fin de cuentas en cada obeso debe buscarse un neurótico.

Como se desprende de los casos por nosotros estudiados, los síntomas de problemas psicológicos varían de unos a otros. Se pueden esalonar desde la simple angustia hasta la arraigada tendencia al suicidio, pasando por mericismo y eyaculación precoz (Caso 19), vómitos, constipación pertinaz y sonambulismo. Como neuróticos que son, cada

uno de estos síntomas ha de contar con su causal inconsciente, variando posiblemente para cada paciente.

Ahora bien, vale la pena destacar la marcada frecuencia, por no decir lo constante, en los casos estudiados aquí, del síntoma estreñimiento. Tal comportamiento intestinal vendría a completar el cuadro del intenso deseo inconsciente de los obesos de no perder lo que ingieren, como compensación de su o sus frustraciones.

NOTA: En las páginas finales de este trabajo encuéntranse interpretaciones detalladas de los casos en tratamiento psicoanalítico.

III. *Historiales clínicos.*

Los casos presentados aquí corresponden a un grupo de pacientes vistos por exceso de peso en una consulta de endocrinología, en los cuales se hizo un interrogatorio dirigido a investigar aquellas circunstancias de su vida pasada o actual que pudieran ser índice de conflictos psíquicos con repercusión en su estado somático. Se tomó especial interés en la evolución de la gordura y los problemas afectivos. Dos de estos pacientes, como se verá más adelante, son objeto de psicoterapia analítica; además de su aumento de peso, manifiestan evidentes síntomas neuróticos que los llevan a sentirse angustiados y desadaptados a la vida común. (Casos 26 y 27).

Después del examen físico se practicaron los exámenes complementarios de rutina y si el caso lo requería, algunos especiales. Los exámenes rutinarios fueron: metabolismo basal, colesterolemia, glicemia o prueba de Exton-Rose, hematología completa, heces, orina y reacción de Kahn. La curva de tolerancia a los hidratos de carbono que usamos fue la de Exton-Rose algo modificada, pues incluye una prueba final en sangre y orina practicada al cumplirse dos horas de la primera. El estudio hematológico incluye recuentos globulares de rojos y blancos, hemograma de Schilling, dosificación de hemoglobina, volumen hematocrito y sedimentación globular.

En líneas generales, el tratamiento que se indicó tuvo como fundamento la imposición de un régimen de restricción calórica, reglas higiénicas y suplementos vitamínicos. En la mayoría de los pacientes usamos drogas depresoras del apetito. Se indicó extracto tiroideo en pacientes de metabolismo basal bajo. Salvo los dos casos en tratamiento psicoanalítico, en ninguno de los otros se ha practicado psicoterapia destinada específicamente a resolver los problemas inconscientes relacionados con el aumento del apetito; en la mayoría la labor se ha limitado

a hacer interpretaciones superficiales de los hechos más sobresalientes.

Copiamos a continuación las historias clínicas. Advertimos que para brevedad en la exposición de los exámenes, en lo funcional y psíquico consignamos solamente los datos positivos; y del mismo modo, en los complementarios se indican los hallazgos anormales y los análisis especiales que se hicieron.

(Por falta de espacio se omiten las observaciones, que sin duda serán publicadas más tarde).

THEMATIC APERCEPTION TEST

Por la Dra. LUCIA MARQUEZ
de la Delegación de Antioquia.

El Thematic Aperception Test es una prueba de carácter proyectivo, en donde se revelan los sentimientos, emociones, complejos y conflictos de la personalidad.

El T. A. T. podrá ser útil en cualquier estudio o interpretación de los desórdenes del comportamiento, trastornos psicossomáticos, neurosis y psicosis. Su aplicación es especialmente recomendada para conocer las causas ocultas de los trastornos psíquicos y así poder encauzar la psicoterapia o tratamiento adecuado.

Este trabajo consiste en la aplicación del T. A. T. a un grupo de niños de las Escuelas Especiales, todos con trastornos de la conducta.

Es indiscutible la ayuda que en el conocimiento de los trastornos psíquicos del niño nos presta este test; pues es muy frecuente ver niños que ante un simple interrogatorio se coartan y se niegan a dar ningún detalle y ante las láminas fabulan gran cantidad de historias ricas en datos y revelaciones sobre sus propios sentimientos y fantasías.

Para la aplicación del test es necesario establecer previamente el Rapport o relación afectiva con el niño; luego se le presenta una serie de láminas una a una y se le anima a que diga historias acerca de las mismas, imaginadas sobre lo que está ocurriendo. Son en total 20 láminas divididas en dos series de 10 cada una. Las del grupo segundo son menos corrientes, más dramáticas y raras que las del grupo primero. Una hora es dedicada a cada serie, siendo necesario que haya un día o más de intervalo entre la primera y la segunda sesión.

El hecho de que las historietas coleccionadas en esta forma a menudo revelen componentes significativos de la personalidad, depende de la prevalencia de 2 tendencias psicológicas: la tendencia del sujeto a interpretar una situación humana ambigua, de acuerdo con sus experiencias pasadas y sus necesidades presentes y la tendencia de aquellos que crean las historias para expresar sus sentimientos y necesidades, ya sean conscientes o inconscientes.

Si las láminas son presentadas como test de imaginación, el interés del sujeto y su deseo de salir bien pueden envolverlo de tal manera, que olvida su propia sensibilidad y la necesidad de defenderse contra las indagaciones del examinador y antes de darse cuenta, ha dicho cosas inventadas que se aplica a sí mismo: cosas que él nunca hubiera confesado ante una pregunta directa.

Generalmente el sujeto termina la prueba muy satisfecho de sus habilidades y sin imaginarse que ha presentado un retrato de sus interioridades.

La mayoría de los pacientes no necesitan ninguna preparación más que el darles alguna explicación aceptable para justificar la aplicación del test; pero en personas desconfiadas, sospechosas, torpes, es recomendable someterlos a una prueba más fácil (test de inteligencia, atención, etc.) antes de aplicarles el T. A. T.

El espíritu amigable y acogedor impartido por el examinador así como sus modales y personalidad, afectan la imaginación del sujeto. Como el ideal es obtener la mayor cantidad de datos de la mejor calidad posible y como la obtención de esto depende de la voluntad y la espontaneidad del sujeto en el momento del examen, y considerando que crear o imaginar es un proceso delicado e involuntario que no debe forzarse a producirse en un ambiente inadecuado, es importante que el paciente se sienta en una atmósfera de comprensión y buena voluntad. Así son necesarios la transferencia y el ambiente agradable.

Los casos presentados en este trabajo son pocos, pero en ellos podremos darnos cuenta de los procesos que pueden causar trastornos de la conducta. Además lo que puede esperarse del comportamiento inadecuado de los padres o personas que desempeñan dicho papel.

CASO N° 1.

————— Edad 13 años. Es el hijo de un matrimonio que tuvo 9; 3 de ellos fuera del paciente son de conducta difícil. 3 abortos. Padre alcohólico desde muy joven, va poco a la casa y cuando lo hace es muy agresivo y golpea y ultraja tanto a la esposa como a los hijos.

Madre de buena salud física, es nerviosa. Trabaja y sólo va a la casa a la hora del almuerzo y por la tarde.

Un tío paterno es idiota y dos alcohólicos. Tío materno epiléptico y tartamudo. Los padres son primos hermanos.

Embarazo, normal; parto a los 8 meses sin ninguna dificultad. Alimentación materna por espacio de 8 meses. Después del nacimiento, la madre tuvo varias crisis nerviosas. De un año, el niño tuvo tos ferina y de 4 fiebre tifoidea, desde entonces su sueño ha sido intranquilo y presentó insomnio y terrores nocturnos que aún persisten. No es capaz de dormir solo y es enurético. Poco afectuoso y con los hermanos pelea constantemente. Egoísta, impulsivo y en ocasiones destruye los objetos que tiene a su alcance.

Mala escolaridad, pese a su buena inteligencia; rehusa ir a la escuela y cuando va su comportamiento es bueno.

LÁMINA N^o 1: Este muchacho está viendo el violín y estaba muy triste porque no sabía tocar y contemplaba el violín por varias horas. El violín es del papá y no lo puede tocar porque le está prohibido.

LÁMINA N^o 3: A este niño le pegó la mamá y se fue para la pieza y se recostó a un sillón y empezó a llorar. La mamá le pegó porque había cogido unos dulces sin permiso.

LÁMINA N^o 4: Este hombre mató a un señor y salió huyendo para la casa, de miedo de los policías. Ahí estaba la señora de él y lo detenía, poco después, los policías vinieron y se lo llevaron.

LÁMINA N^o 6: La mamá de este joven lo regañaba mucho porque era muy vicioso, él lo reconocía, agachaba la cabeza y se ponía muy pensativo diciendo para sí: yo por qué habré sido tan vicioso y no habré hecho caso a mi mamá?; yo procuraré enmendarme de estos vicios que están acabando conmigo y deshonorando mi familia.

LÁMINA N^o 8: Horacio era un niño que había perdido a su mamá. Fue sometida a una operación quirúrgica y luego se murió. Él quería coger el rifle para matar a los doctores que habían sido los culpables.

LÁMINA N^o 9: Caminaban unos hombres por un largo camino y en cada tienda que veían tomaban un trago de aguardiente hasta que se emborracharon, no podían caminar y cuando llegó la noche cayeron inconscientes sobre unas espinas y al otro día amanecieron muy heridos y maltratados.

LÁMINA N^o 11: Iba una familia en su carro, de repente cayó un derrumbe y los mató a todos. Después vinieron los trabajadores, quitaron las piedras y sacaron los cadáveres.

LÁMINA N^o 12: Hacía varios años que este joven tenía una enfermedad del corazón. Poco tiempo después se agravó y murió. El padre se puso muy triste.

LÁMINA N^o 13: La señora le decía al marido que se corrigiera de su mal proceder pues con éste se deshonoraba él y sus hijos. El marido se llenó de cólera y mató a la señora. Luego se dio cuenta de lo que había hecho y de que la gente lo tendría a él por un tipo criminal y antisocial.

LÁMINA N^o 18: El esposo peleó con la señora, sacó un cuchillo y la mató. Eso ocurrió hace muchos años. Desde entonces todas las noches se le aparece la señora y lo invita a que vaya a expiar su crimen al infierno. El está muy desesperado y le pide perdón.

Varias de estas interpretaciones están movidas por la agresividad, y estos impulsos están dirigidos especialmente contra los padres. Esta es la principal causa del sentimiento de culpabilidad.

A través de los cuentos puede seguirse toda su vida: muy pequeño, se nos muestra como un niño frustrado en sus deseos e ideales por la severidad e intransigencia del padre. Esto es muy manifiesto en las láminas 1 y 3; en esta última sufre castigos de dolor por haber desacatado una orden materna. Hay sentimientos de culpa y él trata de justificarse. En la lámina 8 hace sufrir a la madre una operación quirúrgica y luego muere. En el deseo que manifiesta por vengarla, vuelve a evidenciarse su culpabilidad. En la lámina 9, hace expiar su falta sufriendo heridas en su propio cuerpo. En la número 12, se identifica con un niño enfermo que luego muere, proporcionándole gran dolor al padre. En la lámina 18, la agresividad continúa dirigida hacia los padres, llevándolos a la destrucción. Toma un aspecto sádico contra el padre, haciéndolo expiar su crimen durante toda su vida.

La agresividad contenida en este niño, se explica por las representaciones de que fue objeto por parte de unos padres muy severos. Sus sentimientos son ambivalentes de amor y de odio, pues a la vez que los hace morir, se entristece por ello y desea vengarlos, demostrando sus sentimientos de culpa.

Así comienza la pubertad, su inseguridad es muy manifiesta. Su conducta hasta ahora relativamente pasiva, puede estallar y producirse

la ruptura y desadaptación con el medio familiar, escolar y social. El conocimiento oportuno de estos trastornos, evitarán que se produzcan mayores males mediante una psicoterapia bien llevada, un reajuste de la personalidad y la canalización de su agresividad hacia la culminación de sus estudios.

CASO N° 2:

———— Niña de 14 años. La madre murió al nacer la niña y el padre, quien parece ser un individuo desadaptado, volvió a casarse poco después de estar viudo. El padre tiene un hermano epiléptico.

La paciente fue criada con un espíritu de perfección por parte de su madrastra, quien de esta manera expresaba su rechazo por la paciente. El padre poco cariñoso, manifestaba su predilección por el hijo del segundo matrimonio. La niña fue internada en Las Escuelas Especiales, por presentar crisis de tristeza y ensimismamiento a la vez que de negativismo, actitud que exasperaba a sus protectores y era reprendida fuertemente, optando la niña en los últimos tiempos por fugarse yendo a parar a casa de sus tíos y siendo forzada a regresar a su hogar. Sustrae pequeños objetos a su madrastra los que guarda celosamente.

Al examen se presenta una niña tranquila, poco emotiva e introvertida. Se necesita de varias entrevistas hasta lograr obtener un rapport que permitió hacer una buena interpretación de las láminas.

LÁMINA N° 1: Es un niño que está muy triste porque no sabe tocar el violín. Tal vez el maestro lo va a regañar.

LÁMINA N° 2: Ella está aterrada. Venía sola por el camino, venía como a buscar algo. Se asustó de ver a esa mujer que es como enemiga. Trata de llorar al sentirse tan sola en ese campo baldío. El señor debe ser su padre pero parece que no le importa; está disimulado.

El contenido de esta historia, nos permite conocer su estado de angustia, soledad, la búsqueda de algo imposible de obtener. Presencia de alguien que intenta hacerle daño. La protagonista se siente indefensa a pesar de la presencia del padre a quien le es indiferente.

LÁMINA N° 3: Es una mujer muy angustiada que quiere abrir esa puerta pero no le es posible. Es como un enemigo que se la cerró. Esa es la casa de ella y no la quiere dejar entrar. Impotencia, soledad; de nuevo la presencia de un enemigo. Negación de protección.

LÁMINA N° 5: Ella salió a la puerta; espera a alguien y está triste al ver que no llega; parece que llegó otra persona que ella no esperaba y está teniendo la puerta para impedirle que entre. Soledad. Espera inútil de alcanzar lo que ha perdido.

LÁMINA N° 7: Es una señora que le está leyendo a su hija, pero ésta no le pone cuidado y está pensando en otras cosas; no quiere oír lo que ella lee porque es sobre buena educación y la niña está aburrida y su pensamiento está muy lejos.

Distanciamiento entre los dos mundos espirituales de la madre y la hija. Protesta de ésta ante la actitud perfeccionista de la primera.

Son muy escasos los datos que se tienen de infancia de la paciente. Sólo un hogar frío, sin afectos y lleno de reproches. Se trata de una niña que ni siquiera conoció a su madre, ni tuvo jamás sus atenciones ni cariño. La historia N° 2 refleja el estado de angustia y soledad; en la mayoría de sus interpretaciones hay la búsqueda desesperada de algo inalcanzable.

No progresa en el colegio, lo que crea disconformidad en su hogar. La niña va contra las órdenes y deseos de aquellos que se niegan a comprenderla y amarla.

CASO N° 3:

Este niño tiene 10 años de edad. Es ingresado en las Escuelas Especiales por presentar algunos trastornos de la conducta: desde hace 6 meses se ha negado a ir a la escuela y en cambio se va para la calle con amigos mayores que él y no regresa a la casa sino a avanzadas horas de la noche. Fuma y le gusta mucho el cine; para obtener dinero que necesita para sus aficiones, lo sustrae del monedero de su madre y también roba objetos de la casa los cuales vende. A veces vende prensa en la calle. Es violento y agresivo, muy poco afectuoso y desobediente.

Es hijo natural; la madre, mujer joven y bondadosa pero ignorante, rechazó en un principio al niño, dadas sus dificultades como mujer soltera y pobre. Tuvo alimentación materna durante 40 días. El niño desde pequeño ha estado al cuidado de su abuela materna, pues su madre trabaja durante el día. Tiene una hermanita de 6 años a quien nunca ha querido, es muy celoso de ella y la golpea. Ha preguntado a la madre por qué él no tiene padre como los demás niños y nunca se le ha respondido satisfactoriamente.

Duerme mal, muy excitado, inquieto, habla dormido y sufre pesadillas.

LÁMINA N^o 1: Este niño está muy solo y triste, quiere aprender a tocar pero no puede y no tiene a nadie que le ayude. El nunca sabrá tocar porque no hay quién le enseñe.

LÁMINA N^o 3: Este niño está llorando porque su mamá lo castigó y él se fue de la casa. Tiene hambre y está cansado y no quiere volver a la casa.

LÁMINA N^o 5: Esta señora estaba en la casa cuando oyó un ruido, se asomó muy asustada, pero no vio a nadie. Después se le apareció una bruja y le preguntó por el hijo de ella para castigarlo y la señora le dijo que no estaba allí.

LÁMINA N^o 10: Un señor mirándose la manos. Encima hay un espanto que lo va a coger pero él está distraído. Ese espanto está muy aterrador y él no lo ha visto. Lo va a coger y él no tiene quién le avise ni lo defienda.

La historia de este niño está llena de traumatismos: la madre lo rechaza desde antes de nacer. Por los compromisos y la necesidad de trabajar, el niño es dejado en manos de la abuela, mujer intransigente y déspota, que no tiene para con el pequeño más que exigencias y reproches. En la lámina N^o 5 la identifica con una vieja bruja que le infunde miedo. En la 10 ve un espanto que va a hacerle algún daño y él se encuentra solo e indefenso. En todas las láminas puede observarse el sentimiento de desamparo y soledad, el deseo de tener una persona que lo comprenda, lo ayude y lo proteja. Su deseo de permanecer el mayor tiempo posible en la calle con sus amigos, es debido a la indiferencia y frialdad de su hogar en donde no existe el padre; la madre permanece ausente y sólo la presencia de una abuela que sólo tiene para él reproches. Así el niño encuentra su mundo en un grupo de amigos. Allí encuentra afecto y compañerismo, quién lo defienda y comparta con él peligros y emociones.

Estos niños hambrientos de cariño y comprensión, son los que forman las pandillas de pequeños delincuentes, que más tarde serán los criminales adultos.

RESULTADOS DEL EMPLEO DE LA CLORPROMAZINA EN TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LOS ESTADOS DE AGITACION

(Comunicación del Asilo de Locas de Bogotá).

La presente comunicación sobre la experiencia acumulada en el Asilo de Locas de Bogotá con el empleo de la Clorpromazina en el tratamiento sintomático de los estados de agitación recoge los cincuenta primeros casos tratados y veinte más, estos últimos de enfermas epilépticas con fenómenos de agitación controlados exclusivamente con clorpromazina.

En un trabajo anterior se reportaron sólo 3 epilépticas con intensas manifestaciones de agitación psicomotora y se llamó especialmente al atención sobre el interés de la clorpromazina en el tratamiento de tales manifestaciones, y sobre la posible utilidad del producto asociado a los antiepilépticos para abortar dichos episodios en los enfermos epilépticos.

En la comunicación anterior se hizo una síntesis de las propiedades químicas, farmacológicas y farmacodinámicas del producto y se hizo una revisión bibliográfica de las indicaciones psiquiátricas, así como de las técnicas de aplicación en los síndromes de excitación psicomotora. En esta oportunidad sólo presentaremos la técnica empleada corrientemente en el Asilo de Locas de Bogotá y las conclusiones a que hemos llegado.

TECNICA DEL TRATAMIENTO

Iniciamos el tratamiento con una ampolla de 25 mgrms. por vía intramuscular, seguida de la administración oral de 10 centigramos de nembutal; luego repetimos la inyección cada 4 a 8 horas durante ocho a quince días al cabo de los cuales seguimos administrando la mitad de la dosis diaria por vía oral durante un tiempo aproximadamente igual al empleado para la administración parenteral. La máxima dosis diaria ha sido de 250 mgrms., y 25 días la máxima duración del tratamiento. En las epilépticas no hemos necesitado una dosis diaria que sobrepase los 150 mgrms. y la duración del tratamiento no ha excedido 5 días.

De las comunicaciones de los autores extranjeros parecía deducirse que la más temible manifestación farmacodinámica era la hipotensión arterial y que ésta podía combatirse con el empleo de las inyecciones de cafeína. El cuidadoso estudio que hicimos sobre este aspecto nos permite afirmar que la hipotensión no constituye un serio peligro,

si se vigila cuidadosamente y se tratan con m-anfetamina y no con cafeína cuya efectividad demostramos que es nula.

Los resultados del tratamiento en los 50 primeros casos tratados los resumimos en los cuadros siguientes. No se incluyen los 20 casos de epilépticas tratados posteriormente, en los cuales el efecto sobre la agitación fue de remisión completa en el 90% de los casos y de remisión parcial en el 10% restante.

DIAGNOSTICO	Nº de casos	RESULTADOS		
		R. Compl.	R. Parcial	R. Nula
Psicosis periódica	10	7	2	1
Brote maniaco	13	11	—	2
Manía puerperal	4	2	2	—
Manía gestacional	2	1	1	—
Excitación esquizofrénica	16	7	5	4
Excitación epiléptica	3	2	1	—
D. senil	2	1	1	—
Totales	50	31	12	7

TIPO	Nº de casos	RESULTADOS		
		R. Compl.	R. Parcial	R. Nula
Aguda	32	21	6	5
Sub-aguda	1	—	1	—
Crónica	17	10	5	2
Totales	50	31	12	7

Estos cuadros demuestran que el porcentaje de remisiones completas llega al 62%; las remisiones parciales al 24% y los resultados nulos al 14%.

Las cinco enfermas agudas en quienes fracasó el tratamiento fueron las de menor edad en el grupo de 50 enfermas estudiadas.

Los mejores resultados se obtuvieron con los brotes maniacos

(84.6% de remisiones completas). En las excitaciones esquizofrénicas sólo se obtuvo un 43.3% de remisiones completas.

CONCLUSIONES

1ª - Es un producto inocuo, prácticamente sin contraindicaciones, que amplía las posibilidades de tratamiento de muchos pacientes con lesiones orgánicas para los cuales está contraindicado el electroshock.

2ª - Dada su mayor inocuidad, el tratamiento con Clorpromazina debería ser instituido antes de recurrir a la terapia electroconvulsiva.

3ª - Los mejores resultados se obtuvieron en los brotes maníacos (84.6% de remisiones completas en un grupo de 13 casos).

4ª - En 16 casos de excitación esquizofrénica, 7 casos remitieron por completo; 5 parcialmente y 4 no se beneficiaron. Las esquizofrénicas más jóvenes del grupo fueron las que no se beneficiaron del tratamiento.

5ª - La administración de la Clorpromazina durante un tiempo prolongado no da lugar a fenómenos desagradables; bien dosificado, y vigilado el paciente con alguna periodicidad, puede constituir una forma de tratamiento ambulatorio de excitados crónicos.

6ª - Igual cosa puede decirse respecto a los epilépticos con frecuentes accesos de excitación psicomotora, en cuyo caso proponemos su asociación con los antiépilépticos.

7ª - Su combinación con el electroshock puede constituir una forma de tratamiento que permita disminuir el número de sesiones de electroshock.

8ª - La hipotensión a que da lugar la droga por su acción farmacodinámica no se aumentó en los casos que no guardaron cama durante el tratamiento (15 casos). La cafeína se mostró ineficaz para controlar esa hipotensión que en nuestro juicio hace parte del cuadro de bloqueo central que produce la droga, y evoluciona independientemente de las medidas terapéuticas. Recomendamos la m-anfetamina para controlar las hipotensiones por debajo de 7 mm. de mercurio para la máxima y 5 para la mínima.

Bogotá, octubre de 1954.

ORGANIZACION PSIQUIATRICA E HIGIENE MENTAL

DR. MOISES PIANETA MUÑOZ, M.D.

Monografía presentada al segundo Congreso Nacional de Neuropsiquitría y Medicina Forense por el Dr. Moisés Pianeta Muñoz. M.D.

Señores médicos:

Yo no soy un especialista de la Psiquiatría, sino un amoroso de la especialidad. Mis motivos de contacto con la misma desde mi antigua cátedra de "Delincuencia Infantil y Factores de Criminalidad en la Mujer"—en la Facultad de Derecho—y posteriormente desde mi cátedra de "Dermatología, Sifilografía y Veneorología"— y "Deontología Médica" en la Facultad de Medicina de Cartagena, por una parte, y además mi vieja afición por los problemas médico sociales y la psicología, que he regentado en varios colegios y escuelas, me ha conducido insensiblemente a estos estudios que hace poco han culminado con mi participación en la fundación de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, en la ciudad de Cartagena.

Pues bien, señores médicos, leyendo y releendo estudios e informes, revistas y actividades de esta especialidad en Colombia, no he encontrado en realidad una organización psiquiátrica clara, definida y metódica que encauce y sistematice por así decir la psiquiatría y las ciencias y actividades afines bajo un solo y unitario organismo, con miras a rodear de toda seriedad e importancia una rama de la medicina, que de suyo posee importancia suma y seriedad indiscutible, por poco que se la estudie y discrimine.

Y esto no es de invento propio y acaso tampoco sea la primera vez que de éllo se hable entre vosotros; ya sé lo que laboró en este sentido el último Congreso. Pero si algún valor tuviere cuanto diga, este sería tan sólo el de insistir en una necesidad que cada vez se hace más perentoria, en esta especialidad, por la clase de afecciones de que se ocupa, por la calidad de los enfermos y por la trascendencia que éllo tiene en la grave responsabilidad material y moral que acarrea a la Medicina, la desorientación de estos estudios, hoy más que nunca de gran utilidad, en la formación integral de los médicos.

Valdría la pena insistir con algún detenimiento en cada punto de los que acabo de enunciar, sin ánimo de ilustrar a los que me honran

escuchándome, que no lo necesitan; es tan solo el deseo justificable de recordar cosas sabidas para alentar el interés por ellas, lo que me anima a solicitar vuestra generosa atención y vuestro desprevenido juicio.

Dije que es necesaria la organización, por tres motivos: la clase de enfermedades de que debe ocuparse, la calidad de los enfermos y la responsabilidad que cabe en ello a la Medicina.

La clase de enfermedades de que debe ocuparse la psiquiatría es de todos Uds. conocida pero vale la pena llamar la atención sobre esta verdad desconcertante: estas enfermedades cuyos estragos aumentan de manera alarmante, no han obtenido de la Medicina la atención que merecen ni el Estado les ha prestado, que yo sepa, el interés que se tiene por otra clase de enfermedades como la lepra, la tuberculosis, la buba o el paludismo. Y sin embargo, —porque Uds. lo saben— esta clase de enfermedades merece tanta atención como aquellas y yo me atrevería a asegurar que más que aquellas, porque más daño hace a los pueblos un solo maníaco, un angustiado o un demente, que diez tuberculosos, cien cancerosos o mil leprosos. Las enfermedades mentales por la repercusión que tienen en la vida de los pueblos y de las naciones, y por la estirpe misma del sistema que lesionan, deberían ser el motivo de alarma y de preocupación permanente de los Gobiernos, de los científicos y de los moralistas. A qué extendernos en consideraciones que sobran entre médicos ilustres como vosotros para ratificar mi aserto?. Quién duda del porcentaje inmenso de culpabilidad que tienen en aquellos fenómenos la desatención del niño en sus primeros años de la vida mental, víctima inocente de la herencia nerviosa, de la infección congénita o del traumatismo en el parto?.

Quién desconoce los efectos futuros de las deficiencias fatales de la oligofrenia en todas sus etapas y manifestaciones? Quién olvida los puntos de contacto y el odioso parentesco entre aquellas deficiencias y la amoral conducta del joven para conducirlo por los tortuosos caminos de la vida, hasta el vicio y el crimen?. Quién duda —como no sea con criterio interesado— de la íntima dependencia, como de causa a efecto, que une estos defectos a la delincuencia infantil y la prostitución?. Quién duda del terreno abonado en los primeros años para la demencia precoz, las toxicomanías, el asesinato y el suicidio?.

Permítaseme reprobar de paso, sin más tiempo, cierto estudio novísimo que atribuye a la legitimidad del matrimonio, a los hábitos honestos y a la educación religiosa que denomina represiones, las causales de todos los defectos que acabo de enumerar arriba. Ya habrá tiempo en otra ocasión de refutar tal despropósito antimoral y anticientífico.

La calidad de los enfermos es otro punto de interés para la organización.

Los enfermos mentales no se pueden hacinar en cualquier parte como los anémicos o parasitados. No pueden estar en manos de cualquiera, ni convienen a su estado todos los ambientes; los factores del medio son determinantes en sus tratamientos. La psicoterapia que hoy se sirve de todos los elementos que la naturaleza pone en manos del experto para curaciones sorprendentes, necesita de escoger esos elementos con cuidado so pena de hacer negativas sus capacidades o perjudiciales sus efectos.

La mente normal demanda para su ejercicio no sólo la integridad del órgano anatómico y su funcionalismo, sino la bondad del ambiente para manifestarse con cordura y producir con grandeza. Qué diremos de la mente enferma en circunstancias en que todo actúa desfavorablemente, ya la normal conformación del cerebro y sus órganos anexos por causas patológicas o la distonía de los nervios provocando en los territorios de la psiquis reacciones incontrolables, en las cuales obra más que el agente mórbido, el ambiente, la temperatura, los sonidos, la luz o los colores, excitantes unas veces y sedantes otras.

Ello indica que los enfermos mentales necesitan la organización científica y técnica de sus institutos de prevención y tratamiento.

Y dije, que la responsabilidad de la medicina en la desorganización psiquiátrica es de mérito, por las razones que paso a enumerar:

Primero, porque es a los médicos en general y a los psiquiatras en particular a quienes incumbe dar la voz de alerta a las entidades oficiales sobre cosas que son del terreno de la medicina y que solo los médicos de manera íntima, conocen y valoran.

Segundo, porque ha llegado la hora de decir bien alto desde esta tribuna científica que es el Congreso de Psiquiatría, que estamos descuidando pecaminosamente esta parte, la más preciosa de la personalidad humana: la mente o el espíritu. Los estudios psicológicos, psicopatológicos o psiquiátricos, se están descuidando todavía en nuestras Facultades de Medellín, porque o hay desconocimiento de los problemas psicológicos que debe dominar el médico moderno con la medicina psicosomática que es hoy disciplina universal, o los conocemos y los despreciamos, lo cual acarrea una grave responsabilidad moral por parte de personas y entidades que tienen el deber moral y material de cuidar de la persona humana.

Antes de terminar con las recomendaciones que voy a permitirme someter a la consideración del Congreso, quiero exponer algunos conceptos como complementarios a cuanto dejo dicho y que tienen ín-

tima relación con lo anterior; es el tema muy oportuno de la higiene mental.

La higiene mental, saben todos Uds. lo que es: la adopción de medidas encaminadas a conservar la salud de la mente, de igual forma que nos esforzamos por observar reglas de higiene para conservar la salud corporal. Sin censurar en modo alguno el entusiasmo con que se desarrollan las campañas de la higiene pública y la salubridad, queremos decir algunas palabras en lo tocante a la salud mental, que nadie cuida ni protege en Colombia. Acaso sea un buen síntoma el decreto sobre injurias y el decreto sobre moral médica...

Pues, la higiene mental como organización establecida y orientada por el Estado, valido de los elementos científicos y técnicos del caso, tampoco existe en Colombia y es necesario e indispensable que exista en íntima conexión con la organización psiquiátrica de que acabamos de hablar.

El Comité o Liga de Higiene Mental debe ser su cabeza y su matriz. Este Comité estará encargado como en todos los países donde existe, de la organización psiquiátrica, de la supervigilancia de los demás organismos que han de funcionar bajo su dependencia, (que detallaremos luego) y del fomento de la investigación, congresos, conferencias, escuelas, consultorios, clínicas y hospitales de la especialidad. Su utilidad y necesidad urgentes están ya demostradas al hablar de las enfermedades y de los enfermos mentales, toda vez que esta organización se dedica muy principalmente a la profilaxis y a la prevención, pero extiende su influencia necesariamente a la cura de los enfermos mentales.

La vieja y sabia máxima de que más vale prevenir que curar, y que yo cito siempre en mis escritos, hasta cansar, tiene aquí bellísima aplicación y eficacia. Vale más sorprender y corregir la primera manifestación psicótica en los amenazados o en los débiles mentales, que hacer uso de la terapéutica psiquiátrica en casos declarados o crónicos, sin grandes esperanzas de remedios y siempre con la amenaza de la recrudescencia de las enfermedades. En terapéutica mental como en terapéutica orgánica, hemos de llegar a la conclusión que hemos llegado: la medicina preventiva es más útil y hasta más segura que la curativa.

Así las cosas, ocupémonos del programa por desarrollar que tendría el Comité de Higiene Mental: Este es el orden dado por muchos autores europeos, norte y sur americanos:

Cátedra de Psiquiatría e Higiene Mental (dependiente de la Facultad de Medicina).

Consultorio externo de Higiene Mental para toda clase de afectados neuro-psiquiátricos, (lazo de unión entre la clínica y el medio).

Clínica Neuro-psiquiátrica (para tratamiento de las enfermedades agudas).

Hospital para enfermos mentales, fin último de la organización oficial donde irán a parar los enfermos recluidos para largos tratamientos, o los intratables. Centro de estudio y experimentación y alta escuela psiquiátrica que irradiará sus proyecciones sobre todo lo demás de la organización.

Ahora veamos cual sería el radio de acción de toda esta organización someramente hablando: propaganda orientada a ilustrar y advertir al público sobre su objeto y fines. Sobre el origen y consecuencia de las enfermedades herenciales o adquiridas de repercusión nerviosa o mental. Sobre las toxicomanías, sobre el alcoholismo, morfomanía, marihuana, etc., y sus efectos. Sobre la prostitución, sus causas y consecuencias. Campaña contra la sífilis, blenorragia y otras venéreas que es necesario combatir con denuedo y decisión gastando en ello tanto o más que en carreteras y ferrocarriles, porque primero es el hombre y después sus menesteres.

Ya sé que se me contestará que para eso están ya establecidas infinidad de campañas sanitarias sostenidas por los organismos del Ministerio de la salud; pero Uds. saben, señores médicos, que no es lo mismo ni obedecen éllas a este plan que propongo. Lo primero es un deber de los especialistas que me escuchan, acaso los únicos que por razón de sus disciplinas están en capacidad de atender a este aspecto humano de la ciencia, apartándose un poco de la mera mecánica de curar que —con ser muy noble— tiene ya famosos servidores desde el punto de vista de todas las enfermedades que azotan a la humanidad.

Pero es preciso que los psicólogos, los psiquiatras y aún los sociólogos y los pedagogos, sin prescindir de los propiamente médicos generales, se unan en esta campaña salvadora del hombre en lo más alto y significativo que tiene como ser, con su complicado mecanismo de acción, su génesis biológica y sus conexiones sociológicas y ambientales, que venimos ignorando o descuidando con desmedro de la ciencia y grave perjuicio del hombre mismo, de los pueblos y de los estados.

Debemos repetir estas verdades aún a fuer de repetirnos: no estamos cumpliendo con el deber moral del médico, si solo atendemos a las enfermedades del cuerpo y a la parte curativa de las afecciones mentales, sin cuidarnos de impedir por todos los caminos que el niño y el joven caigan en las redes de los males del siglo, víctimas de sus instintos desenfrenados, de su anormal desarrollo mental, de la heren-

cia maldita de sus progenitores o de la influencia nefasta de la conducta antisocial de quienes hechos en la misma indiferencia y herederos de las mismas taras, son hoy los mentores, tutores o rectores de las juventudes y autores responsables de su anormal mentalidad y su conducta peligrosa y reprobable.

Quienes son los gestores del gran mal?. Los borrachos, los sifilíticos, los toxicómanos, los pervertidos sexuales, los descreídos y los apátridas.

Quienes son las víctimas?. Los idiotas, los imbéciles, los retardados mentales, los epilépticos, los delincuentes infantiles, los ladrones, las prostitutas, las suicidas, los revolucionarios de todas las instituciones, los réprobos y los traidores.

Cuáles son los remedios?. La Higiene Mental, la cura del cuerpo y la cura del espíritu.

Con esta organización y este programa de acción, creo que este Congreso se apuntará un gran éxito contra los agentes destructivos de la personalidad y hará un gran servicio a la República y al Gobierno que hoy preside el Teniente General Gustavo Rojas Pinilla.

He aquí los votos que propongo a la consideración de este ilustre Congreso;

El Congreso de Neuro-psiquiatría y Medicina Legal reunido en Medellín se permite proponer al Exmo. Sr. Presidente de la República y al Sr. Ministro de Salud Pública, la creación en corto plazo del Departamento de Higiene Mental, dependiente de aquel Ministerio a cargo de un médico especializado, y en el cual actuarán un psicólogo social, un antropólogo, un psiquátra, un pedagogo y una enfermera o asistente social especializada, e inspectores técnicos que colaboren en la mejor forma en la campaña de divulgación, orientación y desarrollo de la higiene mental en Colombia.

Segundo: en cada Dirección de Higiene Dptal. habrá un comité que funcionará con dependencia del Dpto. Nacional, tendrá las mismas funciones y constará de los mismos empleados.

Tercero: los fondos destinados al desarrollo de tales actividades, serán con exclusividad para los señalados fines, y no podrán ser inferiores a los que se destinen a las demás campañas de salud pública en el país.

Cuarto: excítese a los Decanos de las diversas Facultades de Medicina del país para que abran, dentro del pènsum ordinario de cada Facultad, la cátedra de psicología e higiene mental anexa a la de psiquiatría y encaminada a ilustrar a los estudiantes sobre estas materias.

Quinto: propèndase al intercambio con las instituciones simila-

res dentro del continente o de otras latitudes y ábrase la posibilidad de crear becas de información para quienes estén en condiciones de dedicarse a la especialidad de Higiene Mental y Psiquiatría.

Sexto: sujétese la organización y el plan de trabajo del Dpto. de Higiene Mental, a las normas trazadas por el Comité de expertos en Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud.

M. Pianeta Muñoz. M.D.

Medellín, Octubre 29/54.

UN METODO DE CONTROL DEL NARCOANALISIS

Profesor JEAN DELAY
Dr. PIERRE PICHOT y
Dr. EDUARDO MARTINEZ GOMEZ

Memoria presentada a la Facultad de Medicina de París
por el doctor Eduardo Martínez Gómez
para optar al título de Asistente Extranjero.

El psiquiatra inglés, Hughins Jackson, en 1884, bajo la influencia de la doctrina evolucionista filosófica de su maestro Spencer, concibe la ley de la disolución mental considerando la disolución como una regresión de la evolución en el campo de las enfermedades nerviosas.

En el estado normal, el sistema nervioso es regido por principios explicables por la evolución, que constituyen una organización ascendente que va desde centros nerviosos inferiores, que son los más automáticos y simples y también los más sólidos y mejor organizados, subordinados de manera progresiva a centros cada vez más voluntarios, pero que en el perfeccionamiento de su complejidad van perdiendo su organización y fuerza de solidez, por lo cual en la disolución general, cuando un factor patológico altera la totalidad de la organización, son éstos los más voluntarios y complejos, los más frágiles, los que van a anularse paulatinamente en sus funciones de manera descendente liberando los centros que mientras más inferiores, simples y automáticos tienen una mayor solidez y ocupan en este caso las funciones de sus directores que

han sido incapacitados funcionalmente en el proceso, produciendo dos clases de síntomas: los negativos debidos al aniquilamiento de las funciones superiores y los positivos por la liberación de los centros inferiores anteriormente subordinados. Entonces, sufrir una disolución viene a equivaler a "quedar reducido a un nivel inferior de evolución".

Fue Ribot quien introdujo el Jacksonismo en Francia intentando su aplicación general en los estudios de psicopatología para esclarecer los mecanismos mentales normales con ayuda de la patología mental. De esta base parte el Profesor Dean Delay en una brillante trayectoria de investigación, perfeccionándola y complementándola, y son sus aplicaciones al estudio de la función vigil los fundamentos de nuestras investigaciones.

Sostiene el Profesor Delay en diversas obras "que bajo el punto de vista psicofisiológico la conciencia puede asimilarse a la función vigil (estar consciente es estar vigilante y estar inconsciente es estar dormido) y los grados de la conciencia son los grados de la vigilancia". Aplicando la ley de Jackson a la conciencia, los niveles de conciencia son determinados por los grados de vigilancia y somnolencia entre los cuales se escalonan. Considera a la patología el poder de ponerlos en planos separados de manera neta en los comas, las letargias, las confusiones y los estados hipnoides, los onirismos y los estados oniroides, considerando estos estados morbígenos como alteraciones de una misma función reguladora del sueño y la vigilia la función vigil. Apoya la unidad etiológica de estos estados aparentemente por su aparición en la epilepsia, trastorno patológico en el cual todas las manifestaciones tienen como denominador común la pérdida de la conciencia y corresponderían a la liberación patológica de instancias inferiores automáticas y normalmente inhibidas por la conciencia.

En la aplicación de estos conceptos a la concepción del narcosis, ha insistido en muchas ocasiones en que su valor en la exploración y en la terapéutica es función de la obtención de un adecuado *nivel de disolución de la conciencia*, proponiendo como signo de gran importancia la amnesia del enfermo en lo concerniente a lo sucedido en el curso de la subnarcosis.

Hemos considerado de singular trascendencia hallar un método objetivo de controlar y evaluar los niveles de conciencia. Nuestras primeras investigaciones nos han llevado a la creación de una técnica susceptible de aplicaciones interesantes.

TECNICA.

La inyección intravenosa de los barbitúricos ha sido realizada con el aparato de perfusión de JOUVELET, el cual posee un motor eléctrico con el fin de mantener una velocidad en la perfusión rigurosamente constante. En todos los casos, realizamos la inyección al ritmo de 1 cc. por minuto. La concentración de la solución la hacemos variar de acuerdo con el peso del paciente con el objeto de mantener la cantidad de barbitúrico inyectado constante en la unidad de tiempo. Tres minutos después de haber comenzado la inyección, presentamos al sujeto a intervalos de un minuto una imagen representando un objeto solicitándole mirarla con atención para lograr su memorización. El tiempo de presentación de la imagen es de 30 segundos. 24 horas después de esta experiencia se presentan al sujeto los dos álbumes de donde habían sido extraídas las imágenes presentadas indicándole identificar entre las 128 imágenes que éstos contienen aquellas que le habían sido presentadas en el curso de la subnarcosis. Es notable el hecho que entre 18 enfermos en los cuales se realizó la prueba sólo se presentó un falso reconocimiento. En el curso de la experiencia, después de realizar la presentación de una imagen, se propone al sujeto resolver una sustracción. Todas las sustracciones son del tipo 39-4, habiendo sido 4 siempre la cifra que debía ser sustraída de un número de dos cifras. Se anota en segundos el tiempo transcurrido entre el enunciado de la sustracción y la respuesta dada por el sujeto y si ésta es correcta o no. El tiempo máximo de esta prueba es de 30 segundos. Se anotan también el tiempo de aparición de una notoria somnolencia y el tiempo de aparición del sueño.

Entonces tenemos que en el curso de la experiencia el individuo es sometido cada minuto a una prueba de memoria y a una prueba de sustracción.

Hemos escogido estas dos pruebas en la hipótesis de que los trastornos de la memoria no eran concomitantes con los trastornos de la atención-concentración, los cuales evidenciábamos con el test de sustracción y que el período en el cual se manifestaban trastornos de la memoria de fijación sin trastornos de la atención-concentración, era el período fecundo del narcoanálisis.

RESULTADOS.

Hemos realizado dos series de experiencias: una utilizando el pentobarbital sódico (Pentothal, Nesdonal), y otra con el amobarbital sódico (Amytal, Eunoctal). La primera serie la realizamos en diez in-

dividuos y la segunda en ocho. Todas mujeres, escogidas con el sentido de que no presentaron trastornos mentales susceptibles de falsear los resultados, entre los pacientes del servicio libre de la Clínica de enfermedades mentales de la Facultad de Medicina de París en el Hospital de Sainte-Anne.

Después de ensayos preliminares, fijamos la dosis de pentobarbital en 0,67 Mg. por Kg. de peso y la dosis de amobarbital en 1 Mg. por Kg.

Los resultados promedios obtenidos con las dos drogas son los siguientes:

Tiempos de aparición:	Pentobarbital	Amobarbital
de la somnolencia	11,8	18,1
del sueño	13,3	20,1
de los trastornos de la memoria	6,3	9,25
de los trastornos de la atención	9,0	18,0

Siendo las dosis de los dos productos diferentes no podemos realizar comparaciones en esta forma, por lo cual para su interpretación proponemos utilizar dos índices.

1) El índice de utilidad que se obtiene dividiendo el tiempo transcurrido hasta el comienzo de los trastornos de la atención-concentración, entre el tiempo que pasa antes de la aparición de los trastornos de la memoria. Este índice se eleva en relación directa con el período útil (presencia de trastornos de la memoria sin trastornos de la atención) y es más largo, pero independiente del tiempo de aparición del sueño completo. Consideramos que la obtención de este índice nos indica el valor del producto empleado en el narcoanálisis.

2) Dividiendo el tiempo total transcurrido en la prueba en tercios; una relación del promedio del tiempo de reacción en el test de la sustracción durante el tercer tercio, sobre el mismo promedio de tiempo durante el primer tercio de la experiencia, nos muestra un índice que caracteriza en qué medida tiene el sujeto tendencia a alargar su tiempo de reacción si se le aumenta la cantidad del producto inyectado.

Los resultados son los siguientes:

	Pentobarbital	Amobarbital
Índice de utilidad	1,49	2,14
Relación tercer tercio sobre primer tercio	2,75	2,91

El índice de utilidad varía de manera muy significativa de acuerdo con el producto empleado. Por el contrario el índice que nos proporciona la división del promedio de tiempo del tercer tercio entre el del

primer tercio, parece corresponder a una característica de los sujetos, independiente del producto utilizado.

Como existe en el conjunto de nuestras experiencias una marcada correlación entre los dos índices, podemos concluir que el índice de utilidad depende de una parte del producto empleado y de otra de las características individuales del sujeto, que apreciamos en la relación tercer tercio sobre primer tercio.

Ante estos hallazgos consideramos que este método parece útil para ser empleado en un estudio comparativo de los diversos productos que se aplican en el narcoanálisis. La limitación de nuestro trabajo nos impide precisar cierto número de puntos que nos plantean interrogantes dignos de atención.

La constancia de las características individuales en el curso de sucesivas subnarcosis.

Las variaciones en función del sexo, la edad, los diversos productos, la velocidad de perfusión, etc.

Pensamos que la aplicación masiva de esta técnica permitirá aclarar estos diversos problemas y podrá ofrecernos la posibilidad de obtener a voluntad un grado de disolución de la conciencia de una profundidad determinada.

INFORME SOBRE LAS CONDICIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA RECLUSIÓN DE ENFERMOS MENTALES EN BARRANQUILLA

Dr. ANTONIO REALES OROZCO

El Manicomio de Varones de Barranquilla está situado al sur de la ciudad. Empezó a funcionar en el año de 1933 siendo Secretario de Higiene del Departamento el Dr. Arturo Ponce Rojas y Alcalde Mayor de la ciudad D. Julio Montes. Este último funcionario contemplando el problema de Barranquilla en el sentido de que los enfermos mentales deambulaban por las calles de la ciudad constituyendo una seria amenaza social, con gran espíritu cívico y animado de un gran deseo de servir a la ciudad hizo recluir estos enfermos, por conducto de la Secretaría de Higiene del Departamento en un lote de su propiedad que en años anteriores había sido una cochera. En este sitio existían cinco piezas, un salón grande de madera, a manera de depósito, que se utilizó como dormitorio y una letrina. La Secretaría de Higiene del Departamento se hizo cargo de esta nueva dependencia nombrando un médico ad-honorem, y dos agentes de la Policía Municipal como guardianes. Las cinco camas fueron un obsequio del Sr. Alcalde de esa época. El Manicomio empezó sus labores con quince enfermos. Hay que advertir que la mayoría de los enfermos, especialmente aquellos que no tenían familiares, permanecían desnudos puesto que no se suministraban vestidos por parte de la Beneficencia.

En el año de 1942 se reemplazó el médico ad-honorem por un médico que tenía alguna experiencia sobre esta especialidad y se le asignó sueldo. Igualmente se nombró un enfermero. Puede decirse que en este año, es decir, diez años después de estar funcionando el Manicomio, fue cuando empezó el tratamiento convulsivante con Sedocardil. Siguieron actuando los dos agentes de la Policía Municipal como guardianes. Las cosas continuaron en el mismo estado hasta que en el año de 1945 se reemplazó aquel médico por un especialista en la materia, quien en Bogotá desempeñó la Jefatura de Clínica Psiquiátrica de la Facultad Nacional de Medicina. Continuaron los tratamientos de convulso-terapia con Sedocardil y se inició el tratamiento de Insulina a pequeñas dosis por falta de camas y elementos para realizar la terapéutica comatógena. Hay que anotar igualmente que la terapéutica convulsivante se practicaba en el suelo por falta de la cama adecuada para este tratamiento.

En el año de 1949 el que habla fue nombrado Director del Mani-

comio de Barranquilla, cargo que desempeño actualmente, encontrando el cuadro anteriormente descrito. Los enfermos debían dormir en el suelo y muchos de ellos a la intemperie asidos a los árboles por una pesada cadena. En este mismo año los herederos de D. Julio Montes regalaron al departamento el terreno y la construcción en donde estaba funcionando el Manicomio.

Posteriormente, en el año de 1950, el Club Rotario de Barranquilla costeó la construcción de cinco piezas para enfermos y un servicio sanitario para empleados. En el año de 1951, con una pequeña partida que asignó la Beneficencia, se reconstruyó el antiguo salón de madera con paredes de ladrillo y techos de teja y se construyeron cinco celdas más. En este mismo año, por insistente solicitud de la Dirección del Manicomio a mi cargo, la Secretaría de Higiene del Departamento suministró un aparato de Electro-Shock, una camilla para los tratamientos convulsivantes y dotación completa de elementos médicos, elementos de enfermería y los libros necesarios para la estadística. Por donación de algunas casas comerciales llegaron algunas camas dando esto motivo para la iniciación de Insulina-Comatógena. Se modificó igualmente los elementos para la alimentación de los enfermos que consistían en latas vacías de productos alimenticios por una vajilla de peltre de 500 piezas que obsequió una distinguida dama de la ciudad. Hay que observar pues las deficiencias fundamentales que existían en ese entonces en que para cuarenta enfermos hospitalizados disponíamos de cinco piezas, una letrina, una ducha, cinco camas y escasas drogas para los tratamientos. A pesar de estas condiciones precarias empezamos, de acuerdo con este medio, la terapéutica activa de Electro-Shock e Insulina-Comatógena.

Fue solamente a mediados de este año en que ocupando el cargo de Secretario de Higiene y Asistencia Social del Departamento el Dr. Miguel Angel Arcos, cuando se inició y se terminó la construcción de 26 piezas para el Manicomio, cada una con su servicio sanitario, tres duchas, un dormitorio para enfermos convalecientes, para 20 camas, reconstruído. Se inició la construcción de la cocina y un cuarto para el guardián de turno.

ESTADO ACTUAL DEL MANICOMIO DE VARONES

Como quiera que las antiguas celdas se demolieron por el estado de destrucción en que se encontraban, existen 26 celdas; un dormitorio para enfermos tranquilos o convalecientes con capacidad para 20 camas; un comedor abierto en forma de media-agua con una mesa larga de cemento armado y bancas, del mismo material alrededor de la mesa, con

capacidad para 20 enfermos; un servicio sanitario en cada una de las celdas en forma de hueco pero con cañería directa a las pozas para facilitar el aseo; tres duchas independientes de las celdas y cuatro servicios sanitarios de la misma construcción de los ya nombrados independientemente también de las celdas; un cuarto para consultorio médico en donde se realizan los tratamientos convulsivantes con un baño independiente; un cuarto para el guardián de turno y en estos días se inició la construcción de una cocina.

CAMAS. - Solamente existen seis camas con 20 años de uso. En estos días llegó una dotación, por parte de la Beneficencia del Departamento, de 26 camas que todavía no se han dado al servicio esperando la inauguración.

PIEZAS. - En realidad existen 26 celdas con puertas de hierro en forma de rejas para enfermos excitados que resuelven en parte el problema de reclusión ya que como dije antes por falta de celdas los enfermos debían permanecer encadenados debajo de los árboles. De todos modos, pues había la necesidad, en ese entonces, de aislar esos enfermos del medio familiar por cuanto eran pacientes de impulsos violentos e instintos criminales.

La manera como están construídas estas piezas dificulta el tratamiento de Insulina-Comatógena en épocas de invierno como el presente por cuanto por falta de aleros tanto el médico como el enfermero y los guardianes se bañan al llegar a cada una de ellas. Dificulta este tratamiento también el hecho de que un solo enfermero no es capaz de controlar una docena de enfermos en tratamiento. En la actualidad hay reclusos 46 enfermos, de los cuales 36 deben permanecer en celdas debido a su estado, pero como no hay sino 26 para enfermos excitados quedan todavía 10 sin alojamiento.

EMPLEADOS DEL MANICOMIO. - El que habla tiene a su cargo la Dirección del Manicomio de Barranquilla sin médicos auxiliares y sin internos. Solamente un enfermero presta sus servicios por la mañana; 3 guardianes; 1 portero mensajero; una cocinera que al mismo tiempo presta los servicios de celadora nocturna.

ALIMENTACIÓN. - La alimentación es insuficiente por cuanto la Beneficencia del Departamento tiene asignada una partida de \$ 1.000.00 (un mil pesos) mensuales para gastos de alimentación, drogas, agua, luz, teléfono, útiles de escritorio, suministro de bombillos y pequeñas reparaciones.

VESTIDOS. - Se comprenderá claramente la forma como permanecen vestidos estos enfermos siendo así que la mayoría de ellos o no

tienen familiares o sus familiares una vez que los internan no aparecen más nunca. Fue solamente a principios de este mes en que por insistente solicitud de la Dirección del Manicomio, la Beneficencia del Departamento envió vestidos, blusas para el médico, para el enfermero y vestidos kakis para los guardianes que todavía no están en uso esperando órdenes superiores.

COCINA. - Todavía se emplean los sistemas rudimentarios para cocinar, es decir: tres piedras en el suelo y mucho carbón.

LAS VÍAS DE ACCESO AL MANICOMIO. - Puesto que el Manicomio está situado en uno de los barrios apartados de la ciudad, la pavimentación ni el asfalto han llegado a ese lugar. Si en verano constituye un problema llegar hasta el Manicomio por el estado de la vía, en invierno es una proeza la llegada de vehículos de cualquier naturaleza por los lodazales que se forman desde donde termina la pavimentación de la calle 32 hasta tres cuadras más arriba en donde está situado el Manicomio.

MANICOMIO DE MUJERES

El Manicomio de mujeres es una dependencia del Hospital de Barranquilla y funciona en el mismo edificio de éste, hace muchos años. El Manicomio, pues, depende del Hospital de Caridad el cual a su vez está vigilado por la Auditoría Fiscal de la Nación. Las condiciones de este servicio para reclusión y tratamiento de enfermas mentales son lamentables, como se comprenderá por la descripción que sigue.

ALOJAMIENTO. - Cuenta este servicio con 17 celdas de construcción antigua, faltas de luz, de ventilación, de sol, deterioradas y en malas condiciones higiénicas. La mayoría de estas celdas carece de puertas y las que la tienen se encuentran en mal estado. Diez y siete celdas, he dicho, pues, para un personal asilado de 50 enfermas. Los techos de estas celdas construídos hace muchos años se encuentran en estado de abandono, ocasionando la inundación de estas piezas en las épocas de lluvia y facilitando, por otra parte, la fuga de las enfermas.

CAMAS. - Solamente existen 7 camas en muy mal estado, sin colchón y sin cobertores.

ALIMENTACIÓN. - La alimentación es insuficiente en cuanto a valor alimenticio se refiere, por cuanto el hospital tiene asignada una partida de 16.000.00 pesos mensuales para gastos de alimentación total para todos sus servicios, pero en general satisface. Al Manicomio se le suministra la alimentación general de los enfermos de caridad.

DROGAS. - Igualmente son suministradas por el Hospital de su partida global de \$ 5.000.00 mensuales para todos sus servicios; pero

no se suministra sino muy poca cantidad, especialmente Insulina, debido a que la partida global es escasa.

VESTIDOS. - Los suministra el Hospital de sus fondos comunes. En algunas ocasiones los costureros de caridad en Barranquilla han obsequiado elementos de vestir.

TRATAMIENTOS. - El tratamiento de Insulina-comatógena se practica, pero no en forma satisfactoria debido a la falta de los elementos para realizar esa terapéutica, por las razones ya expuestas. En el año de 1951 se adquirió un aparato de Electro-Shock con el cual se realiza la terapéutica convulsivante.

EMPLEADOS DEL MANICOMIO. - Un médico Director, 4 enfermeras y una hermana de la caridad prestan sus servicios en este establecimiento.

SERVICIOS SANITARIOS. - Solamente existen en todo el Manicomio una letrina y una regadera para el uso de las enfermas. Estos servicios para un número de reclusos que oscila entre 50 y 60 enfermos.

COMEDORES - Las enfermas toman su alimentación en el patio, debajo de los árboles.

Quiero llamar aquí la atención para manifestar que lo más alarmante del Manicomio de mujeres de Barranquilla es su vecindad con el pabellón de tuberculosas y tuberculosos. Solamente una pared de un metro de altura divide estos servicios de manera que por estas circunstancias hay que tener una estricta vigilancia por cuanto las enfermas mentales se dedican a conversar y a cambiar comidas con el servicio de tuberculosas. Hay que tener presente que este servicio de tuberculosas llegan solamente las enfermas con amplias cavernas, la mayoría bilaterales y en donde no reciben ningún tratamiento sino las bondadosas frases y los cuidados solícitos de las Hermanas de la Caridad. Este es uno de los grandes problemas que contempla Barranquilla y el mayor de los interrogantes que no se ha podido contestar. De las 57 enfermas hospitalizadas actualmente en el Manicomio a mi cargo han resultado positivas, con cavernas, 5 enfermas. De las pacientes restantes, 16 son sospechosas de T. B. C. En total 21 enfermas de T. B. C., en 57 hospitalizadas.

CONCLUSIONES:

1ª) En el Manicomio de mujeres existe un grave problema que lo constituye la vecindad del manicomio con el servicio de tuberculosos y tuberculosas, por el contagio permanente a que están expuestas las enfermas mentales.

2ª) La solución práctica de este problema se realizaría retirando

los enfermos afectados de tuberculosis, del hospital de Barranquilla o construyendo en otro sitio el manicomio de mujeres.

3ª) Al retirar los enfermos tuberculosos del hospital queda en pie el mal estado del manicomio bajo todos sus aspectos, como lo he relatado anteriormente.

4ª) Es una necesidad de Barranquilla la construcción de un manicomio moderno.

5ª) Las mejoras introducidas últimamente al manicomio de hombres por los gobiernos seccionales del Coronel Marco A. Villamizar y el Mayor Jacinto E. Márquez, son valiosas por cuanto han resuelto el problema de alojamiento, y han mejorado las condiciones higiénicas del mismo, pero requiere, como ya lo he expuesto, modificaciones sustanciales para realizar una terapéutica que satisfaga las necesidades de un servicio para enfermos mentales.

6ª) Es urgente que la Secretaría de Obras Públicas del Municipio emprenda, cuanto antes, el arreglo de las vías que conducen al Manicomio a fin de que no se interrumpan los tratamientos que se realizan, en primer término, y como una obra de necesidad pública, en segundo lugar.

7ª) Tanto en el manicomio de hombres como en el de mujeres de Barranquilla son reclusos además de los enfermos del Departamento del Atlántico, pacientes que llegan de los departamentos del Magdalena, Bolívar y Córdoba ya que en ninguna de las ciudades de estos departamentos existen establecimientos para reclusión y tratamientos de enfermos mentales.

8ª) Mientras que se realice la construcción de un Hospital Psiquiátrico para Barranquilla es urgente mejorar las condiciones actuales del que está prestando servicios.

ENTRADA, SALIDA Y CAUSA DE LA SALIDA DE ENFERMOS RECLUIDOS EN EN MANICOMIO DE HOMBRES DURANTE LOS AÑOS DE 1952, 1953 Y 1954.

Año 1952:

Enfermos entrados en el año 1952.....	38
Enfermos salidos en el año 1952.....	36
Causa de la salida:	
Por mejoría	19
Por fuga	5
Por petición familiar	7
Por muerte	5

Año 1953:

Enfermos entrados en el año 1953.....	39
Enfermos salidos en el año 1953.....	41
Causa de la salida:	
Por mejoría	24
Por fuga	4
Por petición familiar	9
Por muerte	4

Año 1954:

Enfermos entrados en el año 1954.....	52
Enfermos salidos en el año 1954.....	30
Causa de la salida:	
Por mejoría	14
Por fuga	3
Por petición familiar	9
Por muerte	4

ENTRADA, SALIDA Y CAUSA DE LA SALIDA DE ENFERMAS RECLUIDAS EN EL MANICOMIO DE MUJERES DURANTE LOS AÑOS DE 1952, 1953 Y 1954.

Barranquilla, 25 de octubre de 1954

Señor doctor Antonio Reales Orozco.
Ciudad.

Atentamente acuso recibo de su oficio de fecha 9 del presente, y a la vez tengo el gusto de transcribir a continuación los datos que Ud. solicita desde el año 1952 hasta el mes de septiembre inclusive de 1954.

Enfermas entradas en el año 1952	43
Enfermas salidas en el año 1952	26
Causa de la salida:	
Por mejoría	18
Por voluntad	2
Por cambio de servicio	1
Por fuga	4
Por muerte	1
Enfermas entradas en el año de 1953.....	50
Enfermas salidas en el año de 1953.....	47
Causa de la salida:	
Por mejoría	27
Por voluntad	7

Por cambio de servicio	6
Por fuga	3
Por muerte	4
Enfermas entradas en el año de 1954.....	49
Enfermas salidas en el año de 1954.....	54
Causa de la salida:	
Por mejoría	38
Por voluntad	4
Por cambio de servicio	9
Por fuga	1
Por muerte	1

De Ud. muy atentamente S. S.,
Dr. Teodo Tarud, Director Técnico del Hosp. de Barranquilla.

ALGUNAS APORTACIONES PSICOANALITICAS A LA COMPRESION DE LA ESQUIZOFRENIA PSEUDO-NEUROTICA

DR. ARTURO LIZARAZO B.

Octubre de 1954

El presente trabajo se basa en el estudio psicoanalítico prolongado de una paciente y dará una visión fugaz y resumida de los sorprendentes mecanismos psicológicos subyacentes, de las especiales dificultades con que se tropieza al abordar tales casos con el criterio de la psicología profunda y del delicado manejo, por parte del médico, de las más formidables energías instintivas, que en dislocada actividad trastornan el equilibrio estructural del aparato psíquico.

Clínicamente, en este caso es fácil la mayoría de las características que han sido agrupadas magistralmente por Hoch, bajo la denominación de "esquizofrenia pseudo-neurótica". Desde luego, que bajo este rótulo caben a mi juicio, los llamados por otros autores "borderline states", estados limítrofes entre las neurosis y la psicosis, y muchas de las llamadas "neurosis de carácter".

DESCRIPCION DEL CASO

Esta paciente de 22 años, muy inteligente e hija de un padre muy cultivado, llega a mi consulta a raíz de la ruptura de un noviazgo, sumida en profunda desolación y en el más extremo aislamiento. Pero cosa extraña, mis esfuerzos para suspender la entrevista fueron inútiles y hube de atenderla por primera vez durante 3 largas horas. Otro hecho sorprendente, ad initio, fue su convencida y repetida afirmación, de que no debería ser ella quien me pagase remuneración profesional, sino yo quien la retribuyese a ella por permitirme que me encargara de su caso. En resumen, desde niña había sido extraña, indisciplinada y soberbia, retraída, rebelde e insociable; detalles banales en la conducta de sus familiares constituían imperdonables heridas a su amor propio; conserbava al rojo vivo, una violenta agresividad consciente y un odio sin restricciones contra un pariente que pretendió dominar su carácter. Siempre se había sentido indigna y absolutamente incapaz de amar y ser amada; cuando por fin un pretendiente consiguió interesarla, fue totalmente invadida por dos sentimientos contrapuestos, constitutivos de la más extrema ambivalencia: el abrumador y desbordante afecto y la absoluta imposibilidad de mantener esa relación, la cual finalmente hubo de romperse. Pero la ruptura no hizo más que incrementar la hoguera, en la medida que el objeto perdido se hacía cada vez más inaccesible. Lejos estaba yo de medir aquel día la fuerza descomunal de esta afirmación: "no dejaré de amarlo nunca". El conflicto entre la inmensidad de su afecto y la cruda realidad frustrante, fue la base de una pan-fobia que lo abarca absolutamente todo: todas las horas, todos los lugares, todas las actividades, todas las relaciones, todos los objetos, desencadenaban su angustia y debían ser evitados, porque todo tenía alguna conexión con la angustiosísima tragedia, la que por otro lado era sentida como definitivamente insolucionable. Agréguese la percepción de que este estado de cosas habría de durar inequívocadamente hasta el último día de su vida.

Seis situaciones demostraron ser cruciales en la historia de su vida:

1ª Siendo muy pequeña, no más de 3 años de edad, una noche estaba en la alcoba de su madre próxima a dar a luz, con ella y su hermano y hermana mayores. Como la puerta de la pieza estuviese entreabierta, su madre le indicó que la cerrara. Ella no quiso obedecer y pretendió que lo hicieran sus hermanos. Su madre quiso callarla poniendo su mano sobre la boca de la niña, pero ésta enfurecida le mordió violentamente los dedos. Con este motivo fue perseguida para cas-

tigarla por los demás miembros de la familia, entre ellos por una tía que la amenazó con su caja de dientes, a la cual ya por entonces le tenía pavor. La muchacha pretende que en la desesperación de ser cogida, ya acorralada, quiso botarse del 2º al 1er. piso, con lo cual la persecución cesó.

2ª) Pocos días después, precisamente el día anterior al nacimiento de su hermana menor, sus hermanos, en el comedor y en su presencia, parten el pan con un cuchillo y lo distribuyen y comen, sin asignarle parte a ella, alegando que éso tenía que ocurrirle por ser la más pequeña. Este episodio constituyó la base de una ulterior fobia a los cuchillos.

3ª) De 4 o 4½ años de edad, el hermanito mayor que le seguía le exhibe su genital, presionando hacia atrás el prepucio, de suerte que ella temió que aquello fuera a reventarse y salió huyendo presa del pánico.

4ª) De 8 años, bañándose en el río con sus padres y hermanos, sorprendió el genital de su padre, accidentalmente descubierto.

5ª) Por entonces, una mañana fue despertada por su padre; una enorme serpiente había sido descubierta en la casa de campo; se le dio caza y fue muerta en su presencia, destrozada a machetazos. Desde entonces la culebra fue objeto de fobia tan tremenda, que el sólo pensamiento o recuerdo del animal, le desencadenaba una duradera crisis de pavor.

6ª) A partir de los 13 años desarrolla una hipertrichosis de las piernas, en la que fundamenta su incapacidad para el amor.

En el curso del análisis que puedo dividir en 3 períodos, muchos hechos merecen destacarse:

Dentro del primer período: 1º) Resistencia muy severa a la asociación libre, ley fundamental del psicoanálisis. Esta resistencia estaba racionalizada en la intensidad del estado depresivo y en que su absolutamente único pensamiento era su tragedia amorosa, sin que pudiera existir una sólo asociación que no estuviera íntimamente relacionada con ella. 2º) Una extrema rigidez moral, que la hacía rechazar con horror cualquier hecho o recuerdo o cualquier interpretación que tuviese algo que ver con la sexualidad; en general, todo postulado analítico le parecía sistemáticamente inadmisibles y repugnante. 3º) Inconciencia absoluta de enfermedad; se aferró indisolublemente a la doctrina de que padecía las consecuencias de una catastrófica desgracia, absolutamente irremediable, que nada ni nadie podría nunca reparar. 4º). Todo lo relacionado con el objeto amoroso tenía magnitudes infinitas: el muchacho era el hombre más perfecto que podía encontrarse sobre

la tierra, no podía ser sustituido por nadie más, aún sus defectos eran adorables; el amor que sentía por él era universal y traspasaba ciegamente todas las leyes biológicas, humanas y divinas y tenía que ser infinito y eterno. De estos hechos puede colegirse la inmensidad de su dolor y su abandono.

5º). La aplicación de la técnica psicoanalítica clásica constituía un absoluto fracaso, a pesar de haberse logrado, dentro de las dificultades que son de suponer, la interpretación de algunos síntomas y la comprensión de algunos mecanismos.

El segundo período de su análisis se inicia con un cambio formal en la aplicación de la técnica. Varias consideraciones me condujeron a introducirlo, a saber: Las tentativas para obtener la remuneración profesional no solo habían sido estériles, sino que invariablemente habían condicionado una importante agravación, y el peligro de suicidio parecía cernirse como desenlace fatal. Por otro lado, la paciente era rigurosamente cumplida en sus citas y horarios, adhesión que contrastaba con su noción de incurabilidad y con el fracaso de mi acción.

Además, yo no dejaba de recordar que la paciente me había impuesto 3 largas horas de atención en la primera consulta, que había rechazado responder siquiera, al interrogatorio de otro colega y que tan sólo a mí me había revelado secretos rigurosamente guardados. La historia de su vida, desde la más temprana niñez, estaba sobrecargada de frustraciones, a la que venía a sumarse la que yo mismo le estaba proporcionando. Se me hizo claro que ésta niña desde el principio mismo de su vida, arrastraba un hambre afectiva verdaderamente abismal.

Como por entonces mi criterio ya era claro acerca de su estructura psicótica y tenía ya algún conocimiento de las técnicas que Rosen seguía con esquizofrénicos declarados, resolví introducir las modificaciones técnicas que las circunstancias me dictaban. No pesaba sobre mí el lastre del costo del tratamiento para ella o su familia, pues ya he dicho que los honorarios no existían.

Este segundo período se caracterizó por los siguientes hechos: 1º). Procedimientos activos de mi parte, que nunca deben realizarse en las neurosis corrientes, para despertar la transferencia, resorte principal de la terapia analítica, transferencia de la que yo tenía indicios evidentes pero que estaba imposibilitada de explotar, a causa de la irreductible fijación de la afectividad en el objeto amado—después veremos cuán odiado también—que había perdido. Me constituí en su padre y en su madre, más no como figuras actuales, sino como figuras primitivas, pretendido reconstruir desde su nacimiento las relaciones

con los padres, que entonces no pudieron ser conducidas satisfactoriamente. Podría decirse que la niña entró a hacer parte de mi hogar. No sólo fue atendida solícita y gratuitamente por mí, sino que almorzó y comió frecuentemente a nuestra mesa, recibió pequeños obsequios, siempre de cosas de comer, y en no pocas ocasiones llevé personalmente a su boca la cuchara portadora de alimento. En síntesis, le dí y le hice dar por mi esposa, el mayor afecto posible que las circunstancias permitían, considerándola y haciéndola considerar exclusivamente como una niña muy pequeña, en su período de lactancia. Fue largo y tenaz su rechazo, inclusive en forma francamente agresiva a esta conducta, pero poco a poco la fue tolerando cada vez más, hasta llegar a hacersele indispensable elemento de su vida y el único motivo para vivir.

2º). Mientras tanto, al menos por períodos, iba relatando los hechos de su vida detalladamente, y la investigación psicoanalítica continuaba: se interpretaban los mecanismos de resistencia, los contenidos inconscientes, las emociones que iba reviviendo, los fundamentos de sus rasgos caracterológicos y las raíces psico-biológicas de su ligazón amorosa, eminentemente patológica. Sin embargo, dicha fijación, dura como una montaña de pedernal, así como la consiguiente angustia y depresión, seguían desafiando, diría yo que burlándose sarcásticamente, tanto de la tozudez como de la inutilidad de mi labor.

3º). Pero mientras tanto el análisis había empezado a penetrar en capas muy profundas. Un día, muy angustiada, para callarme definitivamente, fundamentó la imposibilidad de abandonar su ligazón afectiva con la siguiente frase: "Es que yo soy él y él soy yo". Esta unión estructural no era tan solo una figura retórica, sino que resultó ser una profunda realidad psico-biológica y correspondía a las dos situaciones siguientes: a). La unión estructural anatómica y fisiológica, del niño con su madre, durante la vida intrauterina. b). La estructuración físico-psicológica que el niño hace a expensas del cuerpo de su madre cuando come de ella, la incorpora y procede con ese material materno, a la integración de su protoplasma y de su organismo entero en crecimiento. Muy difícilmente podrían encontrarse como no sea en la biología—dos hechos como los citados que den comprensión básica y luz meridiana al sentido de la citada frase; realmente durante la vida intrauterina y durante la lactancia podría decir el niño con un lenguaje biológico: "Yo soy mi madre y mi madre soy yo". La paciente había regresado pues, psicológicamente, en función del novio perdido, a la vinculación afectiva con el objeto más primitivo del amor, la madre, allá en los períodos iniciales de la vida, cuando la satisfacción amorosa sigue por imperativos biológicos, el invariable patrón de la fusión es-

tructural. Este tipo de fusión, transferida al novio, necesitaba ser indestructible, puesto que lo contrario involucraba tanto la desintegración de la madre como la suya propia.

4º). El análisis pudo investigar así mismo otros motivos por los que la paciente necesitó ir tan lejos en el camino de la regresión psicológica. Ellos son: a). Su vida de relación estuvo precozmente dominada por el sadismo y especialmente, por el sadismo oral; recordemos que de 3 años mordió agresivamente los dedos de su madre. b). Sobre esa actividad sádica oral recayó la prohibición moral; recordemos que ella no tuvo derecho a usar el cuchillo de sus hermanos para cortar el pan ni tuvo derecho para comerlo, y que su agresión oral contra los dedos de la madre fue seguida de violentas represalias. c). Con ocasión del episodio exhibicionista de su hermano, el sadismo oral, latente e inextinguible, pretendió hacer blanco en el genital de aquel, tendencia que hubo de rechazar horrorizada; esa tendencia fue la verdadera razón, inconsciente después, para huír entonces, presa del pavor. d). Cuando ocurrió el incidente de la serpiente, nuevamente el sadismo oral estuvo listo a descargarse contra el genital paterno, visto también por ella poco antes, ahora simbólicamente representado en la serpiente. Pero la muerte brutal del áspid, seccionada a machetazos, recorrió ante sus ojos todo el sentido agresivo, toda la violencia criminal de sus tendencias instintivas y su horror no tuvo límites. Su relación con los objetos amorosos y su vida de relación entera, involucraba automáticamente la puesta en marcha de un sadismo oral triturante, intolerable. e). La activa persistencia de esa tremenda agresividad, no sólo la inundaba con el sentimiento de culpa correspondiente, sino que en la inconsciencia esperaba y temía como castigo expiatorio igual sadismo contra ella, procedente del objeto con quien entrase en relación. Por eso, amando infinitamente, rechaza el objeto de su afecto, para protegerse y para protegerlo. Pero en la exteriorización regresiva de su conflicto, cuando **él es ella**, está satisfaciendo el sadismo devorante; y cuando **ella es él**, su amado la ha devorado, satisfaciendo así las exigencias punitivas de su rigidez moral. De los hechos recién enumerados puede fácilmente deducirse que a la paciente le sobraban motivos para romper con el presente y refugiarse, regresivamente, en el único tipo de relación biológica y psicológicamente posible, la fusión estructural con la madre; pero remedio heroico, que para desgracia suya, sembraba su vida de amargas insatisfacciones, puesto que fijada así la totalidad de su energía instintiva en objetos y situaciones tan primitivas, estaba irremisiblemente privada de toda satisfacción emocional en el plano de la adultez. La desproporción entre lo que quería gozar y dis-

frutar, con toda la violencia de su regresado instinto y la imposibilidad material que la realidad crudamente le oponía, era fuente de frustraciones cuantitativamente enormes.

5º). Simultáneamente, la lucha contra la enfermedad se realizaba en otros frentes. Uno de ellos era la lucha contra el desmesurado narcisismo, procedente en este caso del sentimiento de omnipotencia que caracteriza al niño durante la lactancia y más especialmente durante la vida intrauterina, etapa en la que todas las necesidades aparecen automáticamente satisfechas. Este sentimiento de omnipotencia se manifestaba en la hipervalorización, en la rígida y permanente actitud de rechazar el criterio del analista, la veracidad de sus hallazgos o la legitimidad de sus concepciones, y en la orgullosa trinchera desde donde defendía su complejo de masculinidad. Otro de los frentes de combate era el intento permanente de lograr la aceptación de las leyes de la naturaleza, principalmente del desplazamiento de los afectos desde un objeto a otro, en fin, la aceptación de la realidad y su adaptación a ella, como fuente adecuada, adulta y posible, de extraer satisfacciones. También la denodada acción para relajar la rigidez de conciencia moral automática, tan desmesurada y severa que le vedaba hasta la posibilidad de muchos fenómenos naturales, y tan punitiva que le imponía, siempre dentro de la patología, los castigos más tremendos.

6º). Describiré, por último, todavía dentro del segundo período del tratamiento, un recurso que podría llamar táctico, pero que afincado en la realidad terapéutica vino en ayuda tanto mía como de la paciente. Cuando la psicoterapia prolongada fracasó, Hoch recomienda una de las formas de lobotomía pequeña. Formulé esta indicación a mi paciente ahincada y reiteradamente, pero cosa extraña, ella no quiso por motivo alguno, aceptar jamás dicha solución, ni habiéndosela formulado personalmente el propio Hoch, quien tuvo ocasión de ver a la enferma con motivo de sus dos viajes a Colombia. Pero la indicación de lobotomía, presentada insistentemente como única y última solución, tenía invariablemente por efecto que la paciente aportaba más material psicológico, el cual era psicoanalíticamente interpretado; de ésta manera el progreso se cumplía aunque en el curso de trágicos jalones. Además, con base en estos resultados y recordando un procedimiento similar de Freud, anuncié a la enferma que en vista del fracaso de mi acción terapéutica y de su rechazo a la lobotomía, pondría término a mi relación con ella. Y para hacer más efectiva y real la sinceridad de mi decisión, empecé por disminuírle, casi podría decir que cruelmente, una de sus horas semanales.

Tercer período. Por fin, tras larga noche y después de años de sem-

brar en tierra inhóspita, empiezo a cosechar el fruto de mi esfuerzo. Claro que la cosecha tiene aspectos que muchos no quisieran para sí. La paciente ha transferido al analista parte muy principal de sus afectos infantiles, me ha sentido como padre, como madre, como hermano, ha recabado de mí y me ha dispensado el amor de la más temprana puerilidad; pero también me ha sometido a la tiranía correspondiente, a los caprichos, a las exigencias, a los desvelos que una niña enferma impone a sus progenitores. Y por otro lado, se ha atrevido—hermosa cosecha!—a transferir y descargar sobre mí formidables magnitudes de agresividad, ahora no yá en la forma difusa e indeterminada de antes, sino claramente vinculadas a situaciones precisas, a situaciones claves, dentro de la evolución infantil primitiva. Veamos algunas muestras de esa agresividad: Con motivo de ocasiones en que no pude atenderla, recaían sobre mí las recriminaciones más injustas, comprensibles tan solo como el violento reproche del niño que se siente abandonado. Otras veces ocurrió la acción destructiva real de algunos objetos de mi consultorio, que arrojaba furiosamente contra mí, contra el suelo o las paredes. Muchas veces me agredió a puntapiés y en una ocasión me descargó un garrotazo con su paraguas, el cual habiendo logrado yo esquivar, rebotó contra el suelo y se partió en pedazos. Puede calcularse con estos antecedentes, su reacción a la supresión definitiva de una de sus 4 citas semanales. Al principio, confirmando la observación de Hoch, de que este tipo de paciente se agrava al pretender romper la relación con el médico, la paciente hizo tan formidable reacción de abandono, se sumió en una depresión ansiosa de tal magnitud, que no dudé por un momento de que perdería a mi paciente por suicidio, solución que pude pronto descartar, al reparar en la fidelidad y solidez de la transferencia positiva que yo mismo había contribuído a edificar. Esta ingente auto-agresividad no tardó sin embargo en exteriorizarse contra mí, ante el anuncio hecho a manera de prueba, de que pensaba suspender otra de sus citas semanales. Esta vez me tocó asistir a una escena dramática que jamás hubiese podido imaginar: presa de una cólera incontrolada, vesánica, como una fiera hambrienta, se arrojó contra mi cuerpo y me acometió a dentelladas, acción devoradora tremenda que difícilmente pude controlar.

No podía ser que esta hermosa y abundante cosecha transferencial, oportunamente interpretada y reducida a la relación sádica original con su madre y más tarde con su hermano y padre, no tuviese una significativa correspondencia en el resquebrajamiento de la estructura psicopática de mi paciente. El volcán empezó a apaciguarse; la angustia y la depresión fueron esfumándose, la fobia a las serpientes y la

pan-fobia vinculada a la tragedia amorosa se fueron desvaneciendo; su carácter se tornó más apacible y espontáneo; su relación social y familiar hizo su reaparición; se mantuvo y estabilizó en el trabajo; se hizo menos exigente y soportó mejor las frustraciones naturales de la vida; se tornó comprensiva de las interpretaciones y reconoció el sentido de sus síntomas y el motivo inconsciente de sus conflictos; reconoció la labor realizada por el terapeuta y empezó a remunerar su trabajo; concibió la posibilidad de romper la fusión patológica con el objeto amoroso perdido, la aceptó y empezó a sentir, que de ser viable, con éste o aquel señor podría pensar en matrimonio; aparecieron intereses libidinosos en el plano de la adultez, y la sonrisa y en veces una discreta euforia tuvieron acceso a su afectividad. Finalmente aceptó la ruptura de la relación médico-paciente a la que ella misma puso fecha.

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

Todos los autores coinciden en la existencia de estados psicopáticos a los que han dado diferentes nombres, pero que en esencia aparentando ser psico-neurosis, encubren una estructura cuyos rasgos y cuya inaccesibilidad a la forma clásica de terapia psicoanalítica, permite compararlas con idénticas condiciones del psicótico. Me interesa discutir la terapéutica de tales casos. Eisenstein en un trabajo por lo demás excelente, titulado "Psicoterapia diferencial de los estados limítrofes", dice textualmente: "Tratar estados limítrofes como neurosis de transferencia es un error lleno de contratiempos, con el peligro de precipitar episodios psicóticos". Y Federn, citado por el anterior, dice: "La defensa propia más importante contra la esquizofrenia es la neurosis, la cual es usualmente de tipo histérico u obsesivo. El esquizofrénico latente no debe ser curado de su neurosis y definitivamente no debe ser curado por la forma standard de psicoanálisis". El primero de los autores citados, ya para terminar su trabajo establece: "Mientras una terapia continua hasta la terminación es el ideal en neurosis ordinarias, ello no es frecuentemente obtenible en casos limítrofes"... Sugiere un tratamiento discontinuo y presume que la tercera fase de la terapia es a término remoto, "si nó asunto de toda la vida".

Estas conclusiones están basadas en la manera como ellos han abordado sus respectivos casos; por mi parte, mi experiencia, aunque limitada, procedente de un enfoque distinto, me permite hacer planteamientos un tanto diferentes y abrigar esperanzas en un pronóstico mejor. En primer lugar, creo que se tiene demasiado temor al episodio francamente psicótico. En alguna ocasión puede ser beneficioso provo-

carlo. Otra paciente mía hizo una típica y completa disociación esquizofrénica, de la que pude sacarla rápidamente mediante la adopción de la actitud maternal descrita, a raíz de la cual no sólo mejoró un importante síntoma, sino que pudo posteriormente soportar el "stress" de una acción analítica profunda.

No puedo desconocer el hecho de que la aplicación de lo que podría llamar "las formalidades externas" del psicoanálisis clásico, tales como la permanencia del paciente en el diván, la actitud afectiva neutra del psicoanalista y la permanente sujeción al método de la libre asociación, es frecuentemente impracticable en el esquizofrénico pseudo-neurótico. Pero tampoco está demostrado y mi experiencia no lo confirma, que todos los casos a los que hoy puede aplicarse el diagnóstico de esquizofrenia pseudo-neurótica, sean incompatibles con la aplicación clásica del método psicoanalítico prolongado. Por lo demás, aquellas formalidades externas no constituyen la esencia del método psicoanalítico. Esta podemos verla más bien, por ejemplo, en el psicodinamismo, en la fijación y regresión de muchas formas de la instintividad a los objetos y situaciones más precoces de la vida, en el levantamiento de las resistencias, en el manejo de la transferencia a cuyo través el paciente vivencia y descarga la afectividad patógena reprimida, etc., etc.

En el manejo de mis casos he renunciado sin pesar a las formalidades accesorias, pero me he conservado invariablemente fiel a la esencia y a la ortodoxia de la doctrina psicoanalítica. La aceptación y el necesario uso de cambios formales de la técnica fueron impuestos en mi caso por una importantísima causa psicológica: mi paciente tenía sed y hambre de afecto, estaba tan vacía de él y en este campo su miseria era tan extrema, que solo podía recibir y estaba absolutamente incapacitada para darme nada. Eso sería empobrecerse más aún. Por eso necesitó ser atendida más de 3 horas la primera vez y por eso no sólo no podía pagarme, sino que necesitaba que yo le retribuyera a ella, lo cual era indudablemente una forma de reclamar afecto. Tampoco podía someterse a la libre asociación que era una manera de darme cosas y de empobrecerse afectivamente. Ni podía progresar en el proceso analítico que también era una forma de darme afecto, mientras yo adoptase la actitud neutral clásica, que ella no podía percibir sino como una cruel avaricia frustradora de mi parte, continuadora de la avaricia afectiva parental. La paciente no recordaba haber recibido de niña una sola caricia de su madre, ni oído dirigida a ella, ninguna de aquellas hermosas frases con que los adultos suelen demostrar su interés y su amor por los pequeños. La primera premisa y condición para

la psicoterapia era atender a la caquexia psicológica por desnutrición afectiva. Por eso me convertí en su padre y en su madre. En casos como éste no basta, en esta primera fase del tratamiento, con tener cierta benevolencia y comprensión o discutir amistosamente los problemas o apaciguar la desconfianza y el temor; es necesario dar activamente amor y darlo a manos llenas. Entiéndase por supuesto, que se trata de amor paternal y maternal, especialmente de éste último, sin traspasar un ápice las fronteras de la ética más rigurosa y exigente.

Este punto preciso del procedimiento técnico incide frontalmente en el problema de lo que se ha llamado **fortaleza** o **debilidad** del yo. Constituye un postulado universalmente aceptado la pobreza o debilidad estructural del yo en el esquizofrénico, lo que permite su compromiso patológico y la invasión y dominio de su territorio por las tendencias del ello—de las cuales el narcisismo es una de las más importantes—lo que hace tan pobre su tolerancia a los estímulos de la realidad externa y tan difícil su adaptación a ella. Pues bien, ante esa pobre y débil organización del yo, los psicoterapeutas coinciden en que es necesario proceder a su fortalecimiento y señalan diversos procedimientos. Creo que hay uno que es esencial y comprende a muchos otros: la integración del yo con el ya señalado amor materno, dispensado larga y generosamente, a fin de reconstruir el objeto bueno perdido en los comienzos de la vida y llenar el vacío estructural, que determinó la sensación precoz de su abandono. El yo del paciente debe ser apoyado largamente por la confianza y seguridad que le den la perdurabilidad y pertenencia de ese objeto real, tolerante y bueno. Solamente así habrá adquirido el yo, buena parte de su deseable **fortaleza** y estará armado, sin mayor peligro de desintegración, para la descomunal batalla que representa el proceso de reviviscencia, por ejemplo, de la turbulenta agresividad de mi paciente.

Debo agregar por otro lado, que el yo del esquizofrénico está también, paradójicamente, invadido por las exigencias de un superyó tiránico, porque en mi enferma pude darme cuenta cabal de las extravagancias, verdaderamente psicóticas, de sus imperativos morales. La necesidad, llevada a la más severa práctica, de ser eternamente fiel a un solo único amor, aunque éste haya desaparecido, sobrepasa todo código de moral vigente. Y la intensa depresión crónica salpicada con agudas crisis de angustia y ansiedad psicóticas, la condenación a este estado de cosas absolutamente irremediable hasta el último día de su vida y la fuerte inclinación hacia el suicidio, no son escasas muestras de tiranía super-yoica.

Además, el psicoanálisis ha demostrado en los neuróticos, que

el mejor ensachamiento normal del yo, es el terreno que pueda ganar en el dominio, por un lado del ello inconsciente y por el otro del superyó intolerante, cuyas respectivas tensiones, es necesario relajar. En el psicótico—y mi enferma lo demuestra claramente—a pesar de la invasión del yo, hay tensiones de formidable magnitud, tanto en el ello como en el superyó, que requieren adecuada descarga. No se ve claro, al menos teóricamente, porqué no deba buscarse dicho equilibrio tensional, al igual que en las neurosis. Y en cuanto al aspecto de la posibilidad práctica, creo que este caso, bastante severo, demuestra inequívocamente la posibilidad práctica real de la descarga mencionada.

Hay otro problema que suele apasionar a los psiquiatras: se ha hablado siempre de un factor constitucional en la esquizofrenia que no parece haberse dilucidado suficientemente. La mayoría de los autores psiquiátricos se inclinan a pensar que dicho factor sea de naturaleza orgánica. Sin negar su posible existencia ni la importancia del papel que pudiera desempeñar, me corresponde señalar que en mi paciente es fácil descubrir dos importantes factores constitucionales pero de naturaleza psicológica. Los puntualizaré separadamente: 1º). **El incrementado sentimiento narcisista de omnipotencia.** Desde los primeros años de su vida, esta muchacha aparece orgullosa, indisciplinada y rebelde; a los 3 años rechaza secundar a su madre, obedecer su indicación de cerrar la puerta de una habitación y ese rechazo lo hace de una manera verdaderamente olímpica: se limita a conservar la posición que tenía y a decir una y otra vez: "la puerta está abierta", indicando a sus hermanos mayores que deben ser ellos quienes deben acatar la orden de su madre. Frecuentemente ante solicitudes banales del mundo externo ella respondía, encastillada dentro de su amor propio: "no, y no, y no", rotunda negativa al rebajamiento de la endiosada concepción de sí misma, que trascendía en alarmante medida a sus actitudes y conductas. A través de este rasgo constitucional es que podemos comprender la mayor parte de los impactos producidos por los estímulos del mundo externo, cuya solicitud constituían para la niña intolerables ataques a su dignidad, insoportables heridas a su auto-estimación. Es también este rasgo de incrementado narcisismo el que la hace crear un amor indestructible, en realidad omnipotente. Obsérvese que hasta el propio superyó es invadido por la omnipotencia cuando impone puniciones inconmensurables y eternas. En otro trabajo, "Valor y sentido de las supersticiones", he mostrado este factor, biológicamente derivado de la situación de omnipotencia intrauterina, vivida indefectiblemente por la infinita serie de generaciones ancestrales.

2º). **La violencia de la agresividad innata.** La magnitud de su intensidad se perfila aquel día del incidente de la puerta, produciendo conmoción en el seno del hogar: al querer la madre que la niña aceptase las imposiciones de la realidad y queriendo callarla poniendo la mano sobre su boca, recibe el impacto agresivo de sus dientes. El sadismo es legado filogenético que viene ocurriendo desde la existencia misma del hombre sobre la tierra y no tenemos derecho a dejar de considerarlo como ingrediente constitutivo de la estructura psicológica. La violencia de este rasgo se hizo patente además, en la agresividad y rebeldía habitual de su carácter y en la actuación devorante **tenida** contra mí. Este factor, tan decisivo en el futuro de su desarmonía psíquica, es el responsable de muy buena parte de su desadaptación con el mundo exterior, a través primero del rechazo defensivo de los otros seres del ambiente y segundo, del peligro en sí mismo involucrado, toda vez que el sadismo puede ocasionar por destrucción, la pérdida de los objetos amorosos, precisamente de aquellos a cuyas **expensas** obtiene el yo en desarrollo, parte muy decisiva de su integración.

A este nivel, interesa argumentar, haciéndose eco del criterio organicista, que la paciente antes de la eclosión de su **esquizofrenia**, presentó un importante trastorno endocrino, una de cuyas **manifestaciones** era un grado relativamente avanzado de hipertriosis, de tanto mayor valor cuanto que ella fundamentaba allí su rechazo al amor y la imposibilidad de ser querida. Pero no es tan fácil decidirse en este caso en favor de la tesis organicista. En primer lugar, porque la paciente traía desde la niñez claras perturbaciones psicopáticas y en seguida, porque la hipertriosis tenía también una significación psicológica evidente. En efecto, ella representaba una repugnante virilización satisfacía las tendencias reprimidas de la paciente en relación con su envidia del pene; el hirsutismo tenía para ella el valor nada menos, que de la posesión en su cuerpo de aquel genital que a los 4½ años y a los 8 años había querido arrancar a dentelladas a su hermano y a su padre, respectivamente. En la vida real su excesiva pilosidad constituía una desgracia, pero en la vida tan significativa de los sueños, exhibía orgullosamente su mechón pubiano. Cabe entonces preguntarse si en vez de ser el trastorno orgánico el agente causal de la perturbación psicopática, fuese por el contrario ésta, entendida con toda la actividad de los mecanismos psicodinámicos descubiertos, la que tomando la senda de la estimulación neuro-endocrina, determinase la aparición del trastorno orgánico hipertriosótico. Sin tratar de negar las razones válidas en contrario que pudieran serme dadas, por el momento me inclino sin contrapeso, por el mecanismo psicológico de esta hipertriosis.

CONSIDERACIONES FINALES

Naturalmente el tratamiento psicoanalítico de un caso como este, conlleva las más espinosas dificultades. Ellas derivan, como puede deducirse de lo que llevo dicho.

1º). De la debilidad del yo, que está entregado e invadido por la enfermedad, hasta el punto de no reconocerla como extraña a él ni concebir la posibilidad de su extrañamiento.

2º). De la intensa actividad del sadismo y del narcisismo innatos, el segundo de los cuales se opone con toda la fuerza de su omnipotencia a la aceptación del principio de realidad.

3º). De la crueldad y rigidez patológicas del superyó, inaccesible a toda transacción, y responsable de los más tremendos auto castigos, entre ellos la más profunda depresión ansiosa y la pan-angustia extrema.

4º). De la intensidad verdaderamente demoníaca de la agresividad transferencial, que exige del médico una tolerancia casi ilimitada.

5º). De la resistencia del paciente a romper con el médico su fijación infantil, para establecer relaciones adecuadas y adultas en el medio externo.

Pero todo ese esfuerzo está suficientemente compensado si con ello se logra el equilibrio estable de un aparato psíquico tan profundamente perturbado. Después de haber asistido al dramático juego de energías instintivas de esta paciente, en el centro mismo del aparato psíquico, y luego a su apaciguamiento y reestructuración solo después de labor tan ardua a tales profundidades, uno tiene el derecho de preguntarse si las técnicas psicoterápicas del gran Kretschmer, las premisas en que las fundamenta y la esperanza que les dispensa en su libro "estudios psicoterapéuticos", no adolecen de una relativa aunque sana ingenuidad.

A pesar de la acción exitosa de una psicoterapia cualquiera, los conflictos básicos no resueltos no permitirán al paciente más que un equilibrio inestable, dispuesto a romperse fácilmente. En este sentido es muy instructiva la "Historia de una neurosis infantil" de Freud. El paciente, que ha pasado a la historia como "el hombre de los lobos", fue curado por Freud de su neurosis obsesiva, pero el tratamiento fue especialmente difícil, no progresaba y Freud hubo de apelar por primera vez, al recurso de poner una fecha impostergable para la terminación de la cura. Esta medida que hizo emerger gran cantidad de material inconsciente, permitió la curación de la neurosis obsesiva pero impidió la resolución natural de una importante situación transferen-

cial. El paciente, a la luz de los conocimientos actuales, hubiera sido indiscutiblemente diagnosticado como esquizofrénico pseudo-neurótico. El caso fue que 12 años más tarde desarrolla un cuadro paranoico-hipocondríaco a nivel de su nariz, cuadro cuyo tratamiento analítico emprende Ruth Mack Brunswick por indicación del propio Freud, víctima ya de los estragos de su afección maligna. Este nuevo tratamiento que tuvo un completo éxito, no añadió ningún dato fundamental nuevo al historial clínico de Freud, salvo que descubrió y liquidó la parte aún no resuelta de su ligazón transferencial con el padre genial del psicoanálisis.

Múltiples limitaciones de la realidad práctica, tiempo, economía, lugar de residencia, ambiente familiar, amén de la escasez de psicoanalistas, etc., hacen imposible que la terapia analítica profunda pueda ser aplicada a un número considerable de esquizofrénicos pseudo-neuróticos. Y claro que el equilibrio inestable de muchos pacientes puede permanecer sin romperse indefinidamente, pero estará tanto mejor asegurado, cuanto mayor base de sustentación le sea dada. Y el presente trabajo tiende a demostrar que esa base puede obtenerse dentro de la ortodoxia psicoanalítica. Con todo, ignoro la suerte que haya de correr en el futuro mi paciente; abrigo la esperanza de haberla sustraído definitivamente a las garras de la psicosis, pero me asiste el temor de interferencias en su equilibrio emocional, procedentes de los conflictos en la etapa sádico anal de la libido, que aún no ha habido tiempo de abordar y resolver.

LEUCOTOMIA PREFRONTAL BILATERAL METODO DE POPPEM

Dres.: Luis C. Posada G., Jesús Mora C., Alberto Morales T., Hugo Campillo.
(Manicomio Deptal. de Antioquia 1954)

En el primer Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría de Bogotá, presentamos con los Dres. Roberto Carmona y Jesús Mora C. un trabajo aparecido en la Revista de Medicina Legal de Colombia, Vol. XIII N° 69-70, sobre los resultados en 31 enfermos lobotomizados y analizamos los aspectos neurológicos, psiquiátricos y electroencefalográficos. Los resultados los valoramos en la siguiente forma:

Grupo 1: + + + +, significa que el paciente es capaz de adaptarse

nuevamente a vivir en sociedad. Trabaja y es apreciado por sus familiares como "muy mejorado" o "tan bien como nunca".

Grupo 2: + + +, significa que los síntomas de perturbación mental han disminuído en cantidad y en intensidad. La conducta del enfermo es mejor, se adapta más fácilmente, coopera con el médico, habla en forma coherente. Necesita de tratamiento psicoterápico y puede vivir con sus familiares si ellos lo toleran un poco.

Grupo 3: + +, significa una ligera reducción en la intensidad y cantidad de los síntomas de perturbación mental. La conducta es más adecuada aunque ocasionalmente pueden estar más excitados y tener impulsos agresivos. Frecuentemente hay que ayudarlos a vestir, comer y cuidarse de su aseo personal. El curso del pensamiento puede estar mal orientado en estos enfermos. Sin embargo si se compara la conducta preoperatoria y post-operatoria la mejoría es indiscutible.

Grupo 4: +, significa que la lobotomía no ha modificado el cuadro psiquiátrico y por último el grupo 5 o negativo, significa que el enfermo empeoró con la lobotomía.

En la cirugía continuamos con el método clásico de la lobotomía de Poppen bilateral y en un solo tiempo, y dejamos en todos los 102 casos ganchos de Cushin en la profundidad de los cortes y para el control radiográfico. En 3 casos practicamos exclusivamente la sección del cíngulo, bilateral con buenos resultados en dos de ellos y resultado mediocre en el otro caso, al cual fue necesario practicarle una segunda lobotomía para completar la sección al método de Poppen.

En nuestro artículo publicado en febrero de 1953 presentamos 31 casos de lobotomía con ninguna mortalidad, y con los siguientes resultados: el 22,58% de los pacientes operados quedaron incluídos en el primer grupo, el 42% en el segundo grupo, el 22,57% en el tercero, el 9,65% en el cuarto grupo y el 3,20% en el quinto grupo. Desde esta fecha hasta el presente hemos practicado 71 lobotomías más ajustando un total de 102 con los siguientes resultados:

Los enfermos adaptados a vivir nuevamente en sociedad (+ + + +) 35 (34,31%). Enfermos que pueden vivir en sociedad ayudados por sus familiares (+ + +) 25 (24,50%). El número de enfermos mejorados dentro del asilo pero que no están en condiciones de vivir en sociedad (+ +) 21 (20,57%). Los enfermos que no mejoraron con la lobotomía fueron (+) 15 (14,74%). Hubo dos enfermos que empeoraron con la lobotomía (1,96%).

En la serie total de los 102 casos tuvimos 4 muertes (3,92%) causadas 3 por hemorragias dentro del lóbulo frontal izquierdo, y un abs-

ceso también en el lóbulo frontal izquierdo aparecido un mes después de la lobotomía. Uno de los casos con hemorragia dentro del lóbulo frontal izquierdo presentó una crisis de apnea súbita a las 5 horas del post-operatorio, se le pasó un tubo intratraqueal, se reintervino y se sostuvo en respiración artificial 11 horas por medio de una bomba de oxígeno. En este caso hubo una hemorragia dentro del girus del cíngulo en su parte antero inferior que produjo el paro respiratorio brusco que tuvo el paciente. Birger, Kaada, Penfield y colaboradores llaman la atención sobre la detención de la respiración cuando se estimula la parte antero-inferior del cíngulo en el hombre (1953). Otro de los enfermos normotenso, con hemorragia, fue reintervenido durante un período de crisis hipertensivas, se vació el hematoma dentro del lóbulo frontal izquierdo, el enfermo mejoró, las cifras tensionales rebajaron, pero tuvo una nueva crisis hipertensiva que no toleró y falleció. Esto creemos sea debido a que el lóbulo frontal ejerce un control sobre los centros neurovaginales. El enfermo con absceso fue reintervenido un mes después a causa de una meningitis. El otro enfermo con hemorragia del lóbulo frontal no dio tiempo para reintervirlo. Hasta el presente ninguno de los enfermos operados ha presentado crisis convulsivas, los 2 epilépticos continuaron en anticonvulsivos con mejoría en la sintomatología mental y en las crisis. Los enfermos no han presentado trastornos tróficos ni neurológicos post-quirúrgico y sólo se autocontaminaron las heridas quirúrgicas 7 enfermos.

Se intervinieron 71 hombres y 31 mujeres. El enfermo operado más joven fue de 5 años de edad y el más viejo de 83 años. No se operó ningún enfermo con menos de 1½ años de evolución en su enfermedad. El enfermo más crónico fue operado después de haber permanecido 25 años en el Frenocomio, el cual después de la lobotomía quedó incluido en el grupo ++++. Las intervenciones duraron entre 40 minutos y dos horas. Todas fueron practicadas bajo anestesia con pentotal sódico intravenoso gota a gota en ocasiones asociado con novocaína al 1% local. Durante la intervención observamos macroscópicamente 78 enfermos con cerebro normal, 8 atrofas corticales, 2 atrofas subcorticales, 5 paquimeningitis y 7 cerebros con reblandecimiento.

Los diagnósticos psiquiátricos preoperatorios con sus correspondientes resultados pueden observarse en el siguiente cuadro:

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	RESULTADOS						TOTAL
	++++	+++	++	+	0	Muerte	
Esquizofrenia Paranoide	10	9	11	2	—	2	34
Manía Intermitente	11	4	7	1	—	2	25
Esquizofrenia pseudo- neurótica	3	1	—	1	1	—	6
Esquizofrenia no clasi- ficada	1	1	2	1	—	—	5
Hebefrenia	1	3	—	1	—	—	5
Demencia Senil	3	2	—	—	—	—	5
Esquizofrenia Catatónica	—	—	1	2	1	—	4
Manía Crónica	2	1	1	—	—	—	4
Psicosis Maníaco-depre- siva	1	2	—	—	—	—	3
Neurosis Obsesivo-com- pulsiva	2	1	—	—	—	—	3
Psicosis Epiléptica	—	1	—	1	—	—	2
Síndrome Delirante	1	—	—	—	—	—	1
Melancolía Involutiva	1	—	—	—	—	—	1
Melancolía Delirante	—	1	—	—	—	—	1
Perverso Constitucional	—	—	—	1	—	—	1
Erotomanía de Clairam- bault	—	—	—	1	—	—	1
Secuela de Meningo-en- cefalitis	—	—	1	—	—	—	1

Como se observa en el cuadro los mejores resultados se obtuvieron en la esquizofrenia paranoide, en la demencia senil, en la manía intermitente, en la esquizofrenia pseudoneurótica, en las neurosis obsesivo-compulsivas y en la manía crónica. Nos dio malos resultados en la esquizofrenia catatónica, en los demás casos lo limitado de nuestra casuística no nos permite dar resultados definitivos.

COMUNICACION PRELIMINAR

ESTUDIO DE LA COLINESTERASA RAQUIDEA EN DIVERSOS GRUPOS PSIQUIATRICOS

Dr. J. ANDRES DIDIER R.

Farmacología de la Acetil-colina y de la Colinesterasa.

En este somero trabajo, tan sólo nos ocuparemos del estudio de estas substancias en lo que a Sistema Nervioso Central se refiere y que sintetizando podemos exponer los siguientes hechos:

B. Lorenzo Velásquez (Terapéutica con sus fundamentos de farmacología experimental. Editorial Científico-Médica, Madrid, 1950. Tomo I, páginas 630 y 633) expone y demuestra que todo estímulo de un nervio colinérgico determina la liberación de acetil-colina en las estructuras que inerva, pero además en la estructura sináptica de cualquier naturaleza se produce como necesaria a la transmisión química del impulso nervioso. Si se produce experimentalmente en el conejo un acceso epiléptico mediante la inyección de coramina, se observa en el líquido cisternal y en el cerebro medio y zona bulbar un considerable aumento de acetil-colina.

Zubirí (1941), citado por B. Lorenzo Velásquez, ha encontrado que la inyección de acetil-colina por punción sub-occipital produce fuer-

te estímulo del centro respiratorio, de los centros vasomotores y ligero aumento de la presión sanguínea.

Igualmente se ha encontrado en el líquido cisternal inapreciable cantidad de acetil-colina antes del acceso, encontrándose durante el mismo a una concentración de 1/10 -8 y en el cerebro medio incluyendo la zona subtalámica y bulbar hasta 50 gamas por gramo, en tanto que en el cerebro no se reconoce aumento apreciable (Roller, 1942). La acetil-colina parece actuar como neuro-hormona sobre conos y bastones y sospechada por Studnitz (1937) fue hallada por Therman (1938) en la retina de los vertebrados. Lange, en el Instituto Zoológico de Halle, ha podido fijar que existe preformada en la retina pero aumenta en la adaptación a la oscuridad. Por otro lado, trabajos de Anfinson (1944), en Norte América han demostrado que las zonas de la retina más ricas en elementos sinápticos, es el lugar en donde la colinesterasa abunda más; así mismo, en estas zonas hay mayor contenido de nucleótidos difosforpiridínicos que participan activamente en la síntesis de la acetil-colina. (Este mecanismo bioquímico por sí solo nos permitiría explicar la Epilepsia fotogénica de Henri Gastaud, pero la demostración objetiva de ello es materialmente imposible. La acetil-colina se puede formar en extractos de cerebro sin elementos *formes* (células) y en presencia de trifosfato de adenosina y de colina (Nachmansohn y Machado, 1943; Feldberg y Mann, 1945).

Las cifras de colinesterasa están más bajas durante el período menstrual y los días inmediatamente precedentes, de aquí que la acción de los fármacos colinérgicos (pilocarpina, eserina, la misma acetil-colina) pueden en esta fase provocar espasmos digestivos y de vías biliares.

Sobre el aparato circulatorio las características de las acciones acetilcolínicas es la hipotensión que es, desde luego, fugaz por la rapidez con que el fármaco se destruye y que puede reforzarse por la asociación de eserina por inhibir ésta la colinesterasa. Las arteriolas también se dilatan por la acetilcolina (Khrogh, 1928). A veces se obtienen resultados paradójicos con la acetil-colina sobre la presión sanguínea, en cuanto que a ciertas dosis y por la acción nicotínica sobre ganglios se producen descargas adrenalínicas y entonces se manifiesta la hipertensión.

Hoynse hace intervenir también a la acetil-colina con una participación intensa en los choques anafilácticos (choques parafilácticos o acetilcolínicos) (Danielopolú, 1943 y 1948) y la misma histamina al bajar los valores de la colinesterasa y aun inhibiéndola actuaría en sentido de potencializador de la acetil-colina (Wense, 1937; Zeller, 1942).

TECNICA DE LA DOSIFICACION DE LA COLINESTERASA
(Laborit, H. y Morand, P. - Press. Med. 54: 106-107. Feb. 1946).

REACTIVOS: Solución décimo normal de hidróxido de sodio exacta. Solución centésimo normal de hidróxido de sodio obtenida por medio de la precedente, extemporáneamente y con agua bidestilada recientemente hervida.

Solución centésimo normal de clorhidrato de acetil-colina; pesar muy rápidamente y con exactitud 0.182 gms. de cloruro de acetil-colina, colocarlos en un balón de 100 cc., disolver 50 cc. de agua bidestilada; la disolución es inmediata. Añadir 1 cc. de disolución de ácido acético al 10%, completar 100 cc., agitar y conservar en la nevera a más de 4 grados. Tiempo de conservación, alrededor de un mes. Notar que el cloruro de acetil-colina seco es de conservación muy delicada; se conserva en pequeñas ampollas cerradas de un gramo como máximo; toda ampolla abierta será conservada obligatoriamente en un excelente desecador.

Solución de rojo de cresol al 0.2% según la técnica de Clarck y Lubbe (en alcohol de 60%).

Material: Baño termostático regulado a 35 grados con un grado de variación, pipetas de 10 cc., de 1 cc., esta última cuidadosamente enjuagada y seca. Microbureta de 1 cc. graduada en centésimos de centímetro. Vasos de precipitados de 20 cc. en pyrex de preferencia. Toda la vidriera será cuidadosamente limpiada y neutra. Cronómetro.

MODO OPERATORIO: El L. C. R. se toma por los procedimientos usuales, siendo necesarias una 25 a 30 gotas. Cualquier huella de sangre dificulta y falsea los resultados obtenidos, ya que la colinesterasa raquídea y sanguínea se mezcla. La reacción debe verificarse a la mayor brevedad posible después de la toma del L. C. R. ya que el fermento conservado a la temperatura del medio ambiente, va agotando su actividad.

Todo el material empleado debe haber sido lavado previamente con agua destilada neutra y en el momento del empleo debe estar perfectamente seco.

Se colocan 10 cc. de solución M/100 de acetil-colina en el vasito de precipitado, añadiendo dos gotas de rojo de cresol y 1 cc. de L. C. R. cuidadosamente medido; verter inmediatamente gota a gota con la bureta, solución décimo normal de NaOH hasta que la zona violeta que provoca en el seno del líquido, tenga tendencia a extenderse; después se añade con precaución, solución centinormal de NaOH hasta viraje al rojo pálido estable, sin sobrepasar este tinte. Llevar al termóstato y

poner a funcionar el cronómetro. Cada 5 minutos habiendo puesto la microbureta previamente en 0 titular con solución centinormal de NaOH la acidez aparecida deteniéndose al comienzo del viraje, es decir, cuando el líquido ha pasado de su color primitivo de oro con reflejos violáceos, lo que se observa muy bien por reflexión sobre fondo blanco.

Anotar cada lectura y seguirlo haciendo durante 60 minutos y sumar así las 12 cifras obtenidas. La cantidad total del líquido titulado, vertido, expresada en centésimos de centímetro cúbico, da directamente la actividad de la colinesterasa del L. C. R., es decir, expresa el porcentaje de acetil-colina hidrolizada en 60 minutos y a temperatura a más de 35 grados por la diastasa contenida en 1 centímetro de L. C. R.

Iniciamos la investigación de acuerdo con la idea expuesta en el capítulo de farmacodinamia de la acetilcolina y de colinesterasa raquídea, expresión de metabolismo celular cerebral y sináptico, y siguiendo la técnica de Laborit.

Con la autorización del Dr. Luis Jaime Sánchez, Director del Frenocomio de Varones de Sibaté, el día 13 de julio de 1954 puncionamos los primeros 15 enfermos y así por tres ocasiones más. La técnica de la dosificación se efectuó sin inconveniente alguno en los primeros 30 L. C. R. pero por un mecanismo que hasta ahora no lo pudimos aclarar, los dos últimos grupos (30 L. C. R.) llegaron al Laboratorio alcalinos. Se redobló el cuidado en la limpieza, se revisó el pH de los tubos vacíos, de los algodones y corchos empleados y no encontramos a pesar de ello, la causa. Posiblemente esta alteración del pH del L. C. R. fue debida a modificaciones sufridas por el líquido durante el lapso y condiciones de transporte empleados desde el Frenocomio hasta el Laboratorio del Hospital de San José, en donde la técnica laboratorista de la Universidad Javeriana, Srta. Gabby Millán ha efectuado estas reacciones.

Ante esta dificultad insalvable, el Dr. Alfonso Martínez Rueda, Director del Asilo de Mujeres de Bogotá, me autorizó y tanto él como los demás médicos de dicha Institución y con especialidad los Dres. Tufik Meluk, Alejandro Pinto, Saavedra y Morillo, me han ayudado enormemente a la realización de dicha investigación.

El 22 de septiembre/54 iniciamos la investigación en un grupo de epilépticas y en 56 de ellas se practicó la dosificación de la actividad colinesterásica, y hemos encontrado que hubo tres enfermas en donde no se encontró actividad colinesterásica y el valor más elevado fue de 0.19 de NaOH N/100 durante la hora de dosificación. El valor medio para este grupo de 56 enfermas fue de 0.04 NaOH N/100.

Se estudiaron igualmente 58 enfermas esquizofrénicas escogiendo para ello estados esquizofrénicos que tenían meses y aun años de evolución y en donde el diagnóstico de esquizofrenia es seguramente indudable. Los valores extremos encontrados son menos discrepantes y en ninguna de ellas se dejó de encontrar la diastasa y el valor promedio hallado es de 0.055 de NaOH N/100.

Para el grupo normal, testigo, iniciamos la búsqueda de enfermas en el Hospital de San José en los Deptos. de Médica, y hasta el momento tan sólo hemos podido encontrar 10 L. C. R. y uno de ellos perteneciente a una enferma que con su premedicación se hallaba en el quirófano para ser sometida a una safenectomía.

Desde luego que el grupo es muy pequeño, y hemos encontrado que la cifra de colinesterasa raquídea más baja fue justamente en la enferma premedicada, con 0.05 de NaOH N/100 y los valores promedios hallados hasta ahora son de 0.075.

En esta comunicación preliminar y aún no terminada la investigación, ya que nos proponemos efectuarla con un grupo de oligofrénicos y completar un grupo de enfermas normales, desde el punto de vista neuropsiquiátrico, para tener un patrón aceptable, es prematuro hacer conclusiones valederas. Sin embargo, hasta ahora por los hechos anotados y los hallazgos de los grupos de esquizofrénicas y epilépticas, podemos observar que las epilépticas tienen en general una actividad colinesterásica menor que las esquizofrénicas, y a su vez, las esquizofrénicas poseen una actividad menor que aquellas normales neuropsiquiátricamente.

VOTOS Y PROPOSICIONES APROBADOS POR EL SEGUNDO CONGRESO
NACIONAL DE NEUROPSIQUIATRIA Y MEDICINA FORENSE,

REUNIDO EN MEDELLIN

AL SEÑOR MINISTRO DE EDUCACION

Solicitar del Sr. Ministro de Educación:

a) Tomar nota de las siguientes sugerencias:

En la escuela primaria disminuir las horas de instrucción y aumentar las de educación, procurando enseñar al niño a vivir en sociedad de acuerdo con las normas religiosas y sociales, prepararlo para la vida ciudadana, ponerlo tempranamente en contacto con la tierra y con el cuidado de los animales caseros, iniciándolo en el conocimiento de los cultivos y en las mejoras prácticas para el manejo, higiene y alimentación de los animales y sobre todo prepararlo con miras a la vida del hogar, a los pequeños oficios que éste pueda exigirle e irlo iniciando en las responsabilidades que a este respecto puede asumir en el futuro.

b) En la enseñanza secundaria reducir el número de materias de cada año a un mínimo no mayor de seis e incluir dentro de las horas hábiles, los deportes y otras iniciativas culturales y sociales, tales como los centros cívicos, el trabajo en equipo, las visitas a fábricas e instituciones y aun a las casas de reeducación, a las prisiones y a los hospitales, e iniciar una campaña sistematizada contra el alcoholismo en el sentido de prevenir al joven contra los peligros que él encarna en los dominios sociales, familiares e individuales.

c) Hacer obligatoria para ambos sexos entre los 12 y los 18 años una clase de puericultura que tome en cuenta no sólo el aspecto somático del niño, sino el estudio de sus reacciones emocionales, la educación de sus instintos y la orientación vocacional, todo lo cual contribuirá a evitar la desintegración del hogar que es el problema más grave que afronta actualmente la sociedad colombiana.

d) Sugerir la formación de internados campesinos técnicamente organizados, en los cuales puedan encontrar cabida los niños desde ocho años pero debidamente separados, no sólo de acuerdo con sus edades cronológicas, sino también morales.

e) Crear en las Facultades de Medicina en donde no existan, y desde los primeros años, cátedras de psicología médica, medicina psico-

somática y neuropsiquiatría infantil para que no continúen como hasta ahora, según la gráfica expresión del Sr. Rector de la Universidad Nacional, "siendo únicamente facultades de veterinaria especializada" e impregnar al estudiante de todas aquellas disciplinas dirigidas a formar y fortalecer el concepto psico-biológico del hombre. Además no permitir el funcionamiento de ninguna facultad de medicina sin que existan o se creen básicamente no sólo las disciplinas enumeradas anteriormente sino los servicios hospitalarios que permitan hacerlas experimentales y prácticas.

f) Extender a todo el país las Escuelas Especiales para débiles mentales y desequilibrados emocionales y abrir en todas las capitales departamentales y en otras ciudades de población densa clínicas de conducta y oficinas de selección profesional con el personal que el Ministerio preparará y entrenará con base en la Facultad de Psicología que va a abrirse, y

g) Dar instrucciones a los maestros de todo el país para que de acuerdo con las teorías de Paul Girard y otros autores no se contrarie a los niños zurdos ya que esto acarrea posteriormente graves trastornos, y que por el contrario se les transforme su inferioridad en aptitud enseñándoles a valerse al menos en las funciones sociales con ambas manos.

AL SEÑOR MINISTRO DE JUSTICIA

El Segundo Congreso de Neuropsiquiatría y Medicina Legal, declara la importancia de la especialidad médico-forense y por consiguiente la trascendental colaboración que los médicos legistas tienen en la correcta administración de justicia; y por lo tanto considera que su remuneración que hasta el día de hoy ha sido muy deficiente, debiera hacerse de acuerdo con el grado de preparación que requiere y su especial responsabilidad, por lo menos en la categoría de un magistrado de los tribunales superiores.

Teniendo en cuenta la deficiencia que hoy existe en los peritos que actúan como médicos legistas en las poblaciones distintas a las capitales de departamentos, declara que es inaplazable el funcionamiento de la Escuela de Médicos Legistas que aprobó el Consejo Directivo de la Universidad Nacional en desarrollo de una ley, para que allí se preparen los médicos legistas idóneos, lo mismo que los especialistas en laboratorio forense y toxicología, que en un porvenir no lejano serán los

técnicos que actúen como colaboradores en todas las oficinas centrales de medicina legal del país.

En vista de que en la mayor parte de los departamentos no se ha dado cumplimiento a la ley que ordena los nombramientos de médicos legistas de zonas, y prácticamente no existe el servicio de medicina legal departamental —lo cual ha dado lugar a graves situaciones en la administración de justicia—, excita a todos los gobernadores y consejos departamentales para que organicen dicho servicio, y a su vez contribuyan a la construcción de anfiteatros en las capitales donde el servicio de medicina legal está a cargo de la nación.

Se considera de justicia y de necesidad el que los peritos psiquiatras sean escogidos de entre los médicos acreditados como especialistas en dicha materia.

Recomienda a la Comisión de Reforma del Código Penal que estudie la conveniencia de incluir dentro del Código la embriaguez ocasional no preordenada al delito, ni habitual, como una circunstancia efectivamente atenuante en la aplicación de la pena por delitos de sangre. Así como también los demás aspectos del alcoholismo en relación con la delincuencia. Revisar la ley del año de 1946 sobre Marihuana según quedó formulada en un voto durante el primer Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Legal reunido en el año pasado en Bogotá.

AL SEÑOR MINISTRO DE GUERRA

Solicitar del Sr. Ministro de Guerra, resolver lo más pronto posible el problema del servicio militar obligatorio para los bachilleres de acuerdo con las ideas contenidas en el proyecto presentado a su consideración por el Sr. Rector de la Universidad Nacional, basado en las consideraciones siguientes:

a) Alrededor del 50% de los jóvenes que terminan bachillerato no han cumplido aún los 18 años y por lo tanto no están maduros todavía sus mecanismos psico-somáticos y puede resultar peligroso someterlos a un régimen de vida que supera sus posibilidades biológicas afectivas y morales.

b) Que, poniendo el servicio militar después de terminada la carrera, se obviarían todos los inconvenientes sugeridos atrás, se lucraría la patria y el ejército de un grupo de profesionales suficientemente preparados y se evitaría el inconveniente de desadaptar al estudiante de las disciplinas universitarias y del contacto con los libros corriendo el pe-

ligo de desorientar muchas vocaciones en forma prematura, teniendo en cuenta que el militar profesional prestará mejores servicios y al aceptar la carrera militar lo hará en forma más estable y consciente.

Recomendar al Comando de las Fuerzas Armadas del país la práctica de la sección psicotécnica previa de los aspirantes a las armas y el establecimiento de los métodos de Higiene Mental en el personal en filas.

AL SEÑOR MINISTRO DE SALUD PUBLICA

Crear en el Ministerio a su cargo un departamento de Higiene Mental y Social debidamente acondicionado para orientar campañas de esta índole en todo el país, entre las cuales pueden destacarse las siguientes:

a) Proporcionar los medios para que las Universidades organicen cursos periódicos para los médicos que trabajan en las unidades sanitarias y en los centros Materno-infantiles con el objeto de instruirlos en los postulados de Higiene Mental, tales como nutrición psíquica, cursos de educación familiar, conocimientos generales sobre el diagnóstico de enfermedades mentales, sobre todo en lo que respecta a la reclusión de enfermos psicóticos, etc.

b) Dictar en conexión con el Sr. Ministro de Gobierno normas conducentes a la moralización de la niñez colombiana tales como el control de los espectáculos públicos, lecturas perniciosas, mendicidad, empleo de niños en oficinas moralmente peligrosas, etc., causas que influyen de manera decisiva sobre la estructura mental del niño en forma desastrosa.

c) Estimular en toda forma la liga de higiene mental constituida durante el Congreso para que pueda realizar sus postulados que son fundamentales para el mejor estar del pueblo colombiano.

AL SEÑOR MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES

CONCLUSIONES:

1ª - El problema de la inmigración es hoy día de trascendencia única para los países latinoamericanos ya que desde la fundación de estos pueblos se verificó este fenómeno inmigratorio sin control ninguno y sólo a base de factores económicos y de población.

2ª - El comité de inmigración que se forma en todo el país debe ser constituido no sólo por economistas y especialistas en los problemas graves de la eugenesia, sino también por psiquiatras ampliamente especializados en las delicadas cuestiones relacionadas con la salud mental.

3ª - Deben conocerse los antecedentes de moralidad y buena conducta social de los presuntos inmigrantes, siendo rechazados todos los que tengan asuntos relacionados con la delincuencia, ya que muchos delincuentes comunes se van a otro país lejano huyendo de la justicia, y entonces debe primar el criterio de profilaxis social sobre el de humanitarismo mal entendido. Además es muy alto el porcentaje de delincuentes en quienes existen alteraciones mentales más o menos manifiestas o en un estado latente.

4ª - Es por demás trascendental el examen antropológico, psíquico y moral de los inmigrantes para comprobar su equilibrio mental, ya que se encuentran individuos anormales, como los débiles mentales, epilépticos, alcohólicos, toxicómanos, psiconeuróticos, paranoides, etc. que vienen a ser conflictivos para los Estados por tener que colocarlos en una clínica psiquiátrica o manicomio, o por las reacciones antisociales que pueden cometer.

5ª - Por lo visto el aspecto psiquiátrico de los inmigrantes es de suyo uno de los más importantes en esta materia; y por lo tanto debe tenerse muy en cuenta en las legislaciones sobre inmigración que se acuerden, y que deben ser uniformes para todos los países latinoamericanos, que deben defender sus tradiciones, su raza y sus buenas costumbres.

EL SEGUNDO CONGRESO DE NEUROPSIQUIATRIA Y MEDICINA FORENSE,

CONSIDERANDO:

1º - El aumento creciente del Alcoholismo en Colombia.

2º - Que la experiencia en los EE. UU. de A. demuestran que las Ligas de Alcohólicos Anónimos y las Organizaciones de carácter religioso constituyen un factor importante en la lucha contra tan temido flagelo, y la curación de los enfermos alcohólicos.

RESUELVE:

Crear un Comité Organizador de la Asociación Colombiana de Alcohólicos Anónimos, integrado por el Rvdo. Padre Alberto Duque, S. J.,

y Dres. Pablo Pérez Upegui, Humberto Rosselli, Carlos Castaño Castillo, Alfonso Jamhure y José Francisco Socarrás.

Medellín, octubre 30 de 1954.

EL SEGUNDO CONGRESO DE NEUROPSIQUIATRIA Y MEDICINA
FORENSE,

RESUELVE:

- 1º - Créase el Secretariado de Higiene Mental con sede en Bogotá.
- 2º - Nómbranse como miembros de dicho Secretariado, las siguientes personas: Su Excelencia Emilio de Brigard, Obispo auxiliar de Bogotá y los Dres. Agustín Nieto Caballero, Jorge Bejarano, Hernán Vergara, José Francisco Socarrás, Eduardo Vasco, Arturo Lizarazo y al señor Director General de Salubridad.

- 3º - El Secretariado podrá llenar las vacantes que se presenten.

Medellín, octubre 30 de 1954.

Señálase la ciudad de BARRANQUILLA como sede del III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría y Medicina Legal que habrá de reunirse en el año de 1955.

Actuará como Comité Organizador de dicho Congreso la Oficina Central de Medicina Legal y la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal del Atlántico.

Excítase a los señores Gobernadores y Consejos Departamentales para que construyan en las capitales de departamentos establecimientos adecuados como son los frenocomios modernos donde pueden ser atendidos debidamente los enfermos mentales de ambos sexos que hoy contemplan una situación lamentable y por demás inhumana.

EL SEGUNDO CONGRESO DE NEUROPSIQUIATRIA Y MEDICINA
FORENSE,

CONSIDERANDO:

- 1º) Que la Epilepsia es enfermedad frecuente con implicaciones sociales variadas y graves.

- 2º) Que existe una asociación mundial, encargada del estudio y la prevención de la enfermedad.

RESUELVE:

- 1º) Crear la ASOCIACION COLOMBIANA PARA LA LUCHA CONTRA LA EPILEPSIA, con sede en Medellín que será filial de la Organización Mundial.
- 2º) Designar un Comité Organizador integrado por seis miembros, que lo serán los doctores Luis Carlos Posada, Ernesto Bustamante, Raúl Piedrahita, Pablo Pérez, Alfonso Martínez y Jorge Gómez Jaramillo.

Medellín, octubre 30 de 1954.

CALENDARIO PARA EL AÑO 1955

LAS ACTIVIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA SE DESARROLLARAN EN EL AÑO LECTIVO DE 1955 DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE

CALENDARIO :

- Enero 17. Lunes:*
Iniciación de actividades en la Secretaría.
- Enero 26. Miércoles:*
Resultado de las pruebas de selección al Primer Curso.
- Febrero 19. Martes:*
Inauguración del año lectivo en el auditorio de la Facultad.
- Marzo 19. Sábado:*
Receso de actividades por motivo de la fiesta de San José.
- Marzo 28 al 31:*
Tiempo hábil para que los Sres. Profesores entreguen en la Secretaría las calificaciones de las pruebas parciales de las asignaturas correspondientes al primer semestre.
- Abril 2. Sábado:*
Receso por motivo de la Semana Santa.
- Abril 11. Lunes:*
Reanudación de las actividades de la Facultad.
- Mayo 2 al 7:*
Días hábiles para que los Sres. Profesores pasen las calificaciones de las primeras pruebas parciales de las asignaturas que se cursan en todo el año lectivo.
- Mayo 19. Jueves:*
Receso de actividades por motivo de la Ascensión del Señor.
- Mayo 28, 30 y 31:*
Exámenes finales de las materias correspondientes al primer semestre. Durante estos tres (3) días se suspenden las clases, a fin de que todos los alumnos puedan atender debidamente sus exámenes.
- Junio 19. Martes:*
Receso por motivo de las vacaciones de mitad de año.
- Junio 20. Lunes:*
Reanudación de las actividades de la Facultad.
- Junio 29. Miércoles:*
Receso de actividades por la fiesta de San Pedro y San Pablo.
- Julio 19. Martes:*
Baile estudiantil.
- Julio 20. Miércoles:*
Fiesta nacional. Celebración del 20 de julio.
- Agosto 15. Lunes:*
Receso por la fiesta de la Asunción de Nuestra Señora.
- Agosto 29 a Sebpre. 3:*

Tiempo hábil para que los Sres. Profesores entreguen las calificaciones de las segundas pruebas parciales de las materias que tienen como duración el año.

Septiembre 12 al 17:

Días hábiles para la entrega de las calificaciones de las únicas pruebas parciales de las materias correspondientes al segundo semestre.

Octubre 8. Sábado:

Diversos actos culturales, artísticos y deportivos como preparación a la efemérides del DIA CLASICO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

Octubre 9. Domingo:

Celebración del DIA CLASICO DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

Octubre 12. Miércoles:

Fiesta nacional en conmemoración del Día de la Raza.

Noviembre 1º. Martes:

Fiesta religiosa: Día de Todos los Santos.

Noviembre 2 al 30:

Presentación de los exámenes finales.

ANOTACIONES:

1ª Cada mes y cada semestre tienen los siguientes días hábiles de trabajo:

<i>Primer semestre:</i>		<i>Segundo semestre:</i>	
Febrero	20 días	Junio	8 días
Marzo	23 "	Julio	20 "
Abril	16 "	Agosto	22 "
Mayo	21 "	Septiembre	22 "
		Octubre	20 "
	—		—
Total	80 "	Total	92 "
	—		—

TOTAL EN LOS DOS SEMESTRES: 172 días hábiles.

172

A los 172 días hábiles de trabajo hay que agregar 32 mañanas correspondientes a los sábados.

2ª Las asignaturas anuales emplearán 172 días hábiles de actividad, de acuerdo con sus horarios.

3ª Las asignaturas con horario de 7 a 9 a. m. tendrán 204 días hábiles de actividad.

4ª Las asignaturas emplearán para su correcto funcionamiento 80 días hábiles en el primer semestre y 92 en el segundo. Esto para las materias semestrales.

5ª Las fechas indicadas en el Calendario para la entrega de calificaciones de las pruebas parciales, no son propiamente para realizar exámenes como se ha venido haciendo, sino para la preparación de los cómputos o promedios de los trabajos prácticos, cuestionarios orales o escritos, problemas científicos, realización de algunas técnicas o investigaciones, historias clínicas, etc. que haya llevado cada uno de los alumnos en el período indicado, durante el proceso de la enseñanza.

6ª De las calificaciones anteriores hay que pasar a la Secretaría de la Facultad por lo menos dos (2) de las materias anuales, y una (1) cuando se trata de materias semestrales.

7ª De acuerdo con el presente Calendario para 1955, cada Jefe de Cátedra presentará al Decano de la Facultad y al Consejo Académico un reglamento o plan de organización de la cátedra y los laboratorios o servicios que estén a su cargo, en el cual especificará las obligaciones de todo el personal docente, docente y administrativo a su cuidado. El programa a desarrollar en el año lectivo o en el semestre debe ser presentado detalladamente con las fechas precisas y el tema correspondiente.

OBSERVACION: El presente Calendario ha sido expedido de acuerdo con el Decreto del Ministerio de Educación Nacional que reglamenta el año lectivo de las Universidades del país, y establece que las vacaciones de mitad de año sean del 1º al 20 de junio.

Medellín, enero de 1955.

DR. IGNACIO VELEZ ESCOBAR

Decano de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Antioquia.