

LA PSIQUIATRIA Y LA HIGIENE MENTAL EN EL PERU *

POR EL PROFESOR DOCTOR

HONORIO DELGADO

El estudio de los desórdenes mentales y el cuidado de quienes los padecen no tienen en nuestro país el desarrollo que corresponde a su importancia. No han faltado, empero, loables empeños y realizaciones apreciables, dignos de atención por su misma rareza. Todo lo hecho se localiza en Lima. De modo que tratar de la Psiquiatría en Lima es tratar de la Psiquiatría en el Perú. Cabe, sin embargo, separar y comparar la aportación de la Capital en lo que respecta al sujeto psiquiátrico, al enfermo. Según esto, en el presente artículo, será objeto de nuestro examen, con la debida brevedad : I, la historia de nuestra asistencia de alienados; II, el cultivo de la Psiquiatría en el Perú; III, la población de enfermos de la mente procedentes de Lima y del resto del país; IV, la higiene mental en el Perú; y, V, la situación y los problemas que nos ofrece el presente en materia de asistencia, profilaxia y estudio de las perturbaciones psíquicas.

I

En el Perú, como en todo lugar, hubo siempre mentes que desvariaron y personas e instituciones encargadas de su cuidado. Ya antes de llegar al valle del Rimac, los conquistadores españoles contaron entre sus infortunios el de sufrir uno de ellos furioso ataque de manía. Don Pedro de Alarcón,

* La versión francesa de este trabajo aparece en el número de octubre de 1936 de *L'Hygiène Mentale*, revista para la cual fué expresamente escrito.

de los trece de la Isla del Gallo, al alejarse contra su voluntad de la isla Gorgona, dejando en ella a la nativa dueña de su albedrío, fué presa de frenesí morboso, que hubo menester de la clásica sujeción a la fuerza. Las Crónicas de los españoles y las Tradiciones de D. RICARDO PALMA relatan no pocos y curiosos casos de enajenación mental desde de los primeros tiempos de nuestra historia, que el Dr. HERMILIO VALDIZÁN ha comentado en su libro *Locos de la Colonia*. A él también le debemos una colección de documentos acerca del pasado de la asistencia psiquiátrica en el Perú, publicada en el primer volumen de su *Diccionario de la Medicina Peruana*.

Los hospitales limeños de San Andrés (para hombres) y Santa Ana (para mujeres) son, según parece, los primeros del Perú que tuvieron secciones especiales para "curar" a los enfermos de la mente, llamadas "Loquerías". El Padre JUAN MELÉNDEZ, en 1679 — según nos parece — da la primera noticia acerca de la loquería de San Andrés (hospital fundado en 1552) a propósito de un loco furioso, colocado en un cepo, con las manos atadas, cuya celda y cuya persona eran limpiadas y cuidadas por una piadosa mujer de fuera.

Posteriormente, en el Hospital de San Pedro, se hizo la separación de "locos bravos" y "locos mansos": los primeros se hallaban sujetos a una cadena y los mansos encerrados en celdas. A principios del siglo pasado, hacia el año de 1816, según informes del protomédico Dr. TAFUR, se trataba a estos desgraciados pacientes de modo menos inhumano. Se les aseaba, bañaba y asistía individualmente.

A mediados del siglo XIX la loquería del Hospital de San Andrés gozaba de cierta autonomía. Además de un médico, un alumno de medicina y un loquero, tenía ecónomo y presupuesto aparte, llamándose Hospital para Insanos. Existía además un médico de las loquerías. El 18 de julio de 1857 la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima eligió con tal cargo al Dr. JOSÉ CASIMIRO ULLOA, quien encontró las loquerías de San Andrés y Santa Ana con los enfermos confinados en el abandono y el personal médico sin autoridad ni medios materiales. El Dr. ULLOA, lleno de ideales y efusiones humanitarias, emprendió la reforma, avanzando penosamente en la reorganización preparatoria. Afanoso de orientar la opinión de los llamados a prestarle ayuda, encontró un decidido realizador en el Director de la Beneficencia D. FRANCISCO CARASSA.

Con mucha diligencia y tesón, el señor CARASSA organizó erogaciones públicas, consiguió legados y venció grandes resistencias con objeto de edificar un local apropiado para asilar a los enfermos que ya no cabían en las loquerías. Modificando y haciendo nuevas construcciones, adaptó a tal fin una quinta en un barrio excéntrico de la ciudad. El nuevo establecimiento fué inaugurado el 16 de diciembre de 1859, con el nombre de Hospital de la Misericordia. Para su tiempo fué un asilo bastante bueno, pero muy reducido, como se comprobó poco después. Habiendo ya 153 asilados al estrenarse, sólo tenía capacidad para 160. La huerta, destinada originalmente a las labores de cultivo en que se pensó ocupar a los mismos pacientes, ofreció espacio a las ampliaciones que ulteriormente requirió la creciente población de internados.

Da idea de los medios de asistencia de esa época la dotación y distribución del Hospicio. Tenía baños de sorpresa; baños para agitados, iguales a los de la Salpêtrière; sillas de fuerza para la represión de los agitados, hechas en París. (Las hermanas de la caridad agregaron después las llamadas "cujas", una especie de jaulas de madera donde era encerrado el enfermo, con candado, y de donde no podía salir para nada, ni sentarse cómodamente para comer.) El establecimiento tenía 4 secciones: 1ª, para enfermos tranquilos; 2ª, para enfermos excitados periódicamente; 3ª, para idiotas, epilépticos e inmundos; y, 4ª, ocho celdas para furiosos.

Es digna de reproducción una frase del discurso con que inauguró el Hospicio el señor CARASSA, Director de la Beneficencia, de grata memoria para los psiquiatras del Perú, de cuyos quilates da idea el hecho de que no se contentara con estudiar una de las obras (sin duda el *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*) de PINEL, sino que teniéndola sólo prestada y no pudiendo convencer a su dueño de que se la vendiera, la hizo copiar para que los médicos del establecimiento frecuentaran su lectura. La frase de su discurso a que hacemos referencia es la siguiente: "Ante los ojos de la caridad cristiana no hay sacrificio que pueda economizarse cuando se trata de restituir a hombres que la han perdido, la inteligencia que es el reflejo de la Divinidad".

Con la dirección del Dr. ULLOA y las nuevas condiciones materiales, la asistencia perdió en parte su carácter principal de represión y policía carcelaria. Este médico inició la práctica de estudiar a los enfermos y de consignar trimestralmente

sus observaciones acerca de la evolución y el tratamiento de cada uno de ellos. No contento con la rutina, se esforzaba porque se incorporasen los mejores procedimientos en la asistencia. Así, en el año 1860 se dirigía a la Sociedad de Beneficencia manifestándole que era urgente establecer talleres de trabajo manual en los departamentos de hombres y mujeres. PINEL, como se sabe, daba importancia al trabajo en la cura de los desórdenes mentales, cuya aplicación en algunos manicomios de España fué objeto de su encomio; y hoy, bien organizado, constituye el agente terapéutico más eficaz en la mayoría de los hospitales psiquiátricos del mundo.

Al Dr. ULLOA, muerto en 1891, le sucedió el Dr. MANUEL A. MUÑIZ, médico titular del departamento de varones desde el año anterior. Este profesional había prestado en Europa atención preferente al estudio de las enfermedades nerviosas y mentales. Así especializado, el Dr. MUÑIZ concentró su esfuerzo en mejorar la asistencia y el estudio de los enfermos. A él se debe la organización de la estadística del Hospicio y la redacción de algunas historias clínicas con pretensión científica. Propugnador del buen trato para los enfermos, reprimió con energía la costumbre de castigarlos.

A pesar de las obras de ensanche del local, repetidas e insuficientes, el problema de la sobrepoblación, que preocupaba desde 1860, alcanzó su punto crítico treinticinco años después. En abril de 1896, se decretó un concurso entre los médicos para el proyecto de una nueva casa destinada a los enfermos mentales. El Dr. MUÑIZ obtuvo el primer premio y murió poco después, cuando su proyecto era objeto de estudio de una comisión encargada de elaborar el plan definitivo. A fines de 1897 se envió a Europa al Dr. DAVID MATTO para que estudiase Psiquiatría y se familiarizara con las reglas de la construcción y organización de asilos para enfermos de la mente. A su regreso, nombrado director del Hospicio, aún no se había iniciado el edificio en el terreno elegido — después de mucha oposición — en Magdalena del Mar, a siete kilómetros de Lima. Esta obra fué proseguida con vicisitudes e intermitencias prolongadas y se puso en condiciones de ser ocupada por los enfermos el 1º de enero de 1918. Entonces se hallaban terminados los siguientes pabellones : 2 para pensionistas, 2 para crónicos, 2 para débiles y gatosos, 1 mixto de admisión, 1 de administración, además de la casa para el médico residente y los servicios generales.

El Dr. MATTO había muerto ya en 1918 y el Dr. VALDIZÁN fué nombrado médico residente y poco después director del Asilo, cuyo nombre cambió la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima en 1920, por el de su generoso fomentador D. VÍCTOR LARCO HERRERA. Este nombre marca una época en la historia de la asistencia de los enfermos de la mente en el Perú. El Dr. BALTAZAR CARAVEDO ofreció una oportunidad al Sr. LARCO HERRERA para que se interesara por la suerte de los enfermos mentales. Por una parte, la edificación era todavía muy incompleta y carecía del arreglo necesario para la curación de los enfermos. Esto demandaba gastos ingentes, que la Beneficencia no sufragaría. Por otra parte, el régimen conservaba aún caracteres primitivos de violencia, de abandono y de valoración moral incongruente. Aunque quedaba en el viejo local de Lima la cuja-jaula —uno de cuyos ejemplares ya en 1913 fuera incinerado públicamente por el Dr. PARDO FIGUEROA en homenaje al alienista argentino Dr. DOMINGO CABRED, que visitaba el Hospicio, y en señal de protesta—, los médicos comprobaron que persistían ocultamente el uso de la camisa de fuerza y otras prácticas semejantes. El Sr. LARCO — raro caso de filántropo entre nosotros — con sus donativos, cuya suma llegó a un millón doscientos mil soles aproximadamente, hizo construir diez pabellones (seis para enfermos) y adquirir lo mucho que faltaba en materia de mobiliario y medios materiales de toda suerte; y como inspector del establecimiento, en 1919, además de ordenar la economía y aumentar la producción agrícola, colaboró de manera decisiva con el cuerpo médico para remediar el mal en su raíz, o sea cambiar el personal de Hermanas de Caridad mal habituadas y de guardianes sin preparación, estableciendo la asistencia laica y técnica.

La labor del Dr. VALDIZÁN en la dirección del frenocomio fué fecunda. Fomentó la colaboración del cuerpo médico en la vida total de la institución, incluso para la discusión del presupuesto, respetando mucho la autonomía y la autoridad de cada jefe de servicio; dió una organización segura y eficaz al aparato administrativo y técnico; estableció un sistema minucioso de información clínica y de documentación estadística al día; cambió totalmente el régimen de vida, de trato y de tratamiento de los enfermos; inició el trabajo terapéutico en la escasa medida que lo permitía la etapa de desenvolvimiento de la institución; preparó en materia de asistencia psiquiátrica las primeras generaciones de enfer-

meros para el asilo, formados en la Escuela Mixta de Enfermeros, que él mismo dirigió durante un tiempo, y en la última época de su vida, enfermo ya, preparó con nuestra colaboración la fundación de una escuela de enfermeros especializados, que hoy es realidad.

Después del período de bonanza debido a la munificencia particular, se presentan de nuevo las dificultades para la marcha del frenocomio, cuyo personal de enfermos crece con un ritmo alarmante en los últimos diez años. A la desaparición prematura y muy lamentable del Dr. VALDIZÁN, en diciembre de 1929, la Sociedad de Beneficencia nombró director al Dr. CARAVEDO, único aspirante en el concurso.

II

El cultivo de la Psiquiatría se inicia entre nosotros muy tardíamente. Fuera de la magra producción de casuística clínica y de temas de asistencia de los alienistas ULLOA y MUÑOZ, en el siglo pasado no tenemos más que raros artículos y tesis sobre temas de medicina mental — con frecuencia dominados por una orientación forense — de la pluma insegura del simple aficionado eventual. No hay, según nuestra información, en la literatura médica peruana del pasado ningún indicio de una vocación vigorosa o de una iniciación fundamental, ni siquiera en el campo de la patografía, que RAMOS MURJÁ introdujera en América Latina con el brillo y las demasías de su obra *Las neurosis de los hombres célebres en la historia argentina*. Sólo en el presente siglo comienza realmente la dedicación a este género de estudios. Para ir con orden, conviene distinguir los siguientes aspectos: 1º, el primer especialista; 2º, la enseñanza de la materia; 3º, la producción académica; 4º, las publicaciones y el aporte científico.

1. El primer médico peruano que prosigue con fruto una verdadera formación psiquiátrica es el Dr. VALDIZÁN. Hace estudios especiales durante cuatro años aproximadamente en clínicas de Europa, con particularidad en Roma, bajo la dirección del Prof. SANTE DE SANCTIS. Con la persona del Dr. VALDIZÁN está ligado casi todo el incipiente movimiento psiquiátrico de nuestro país.

2. La cátedra de enfermedades nerviosas y mentales es de creación reciente en la Facultad de Medicina de Lima. Antes las enfermedades nerviosas se enseñaban con la medicina general y de las mentales se daba nociones más o menos abstractas y sumarias en el curso de medicina legal. La enseñanza especial se inició en 1916, nombrándose catedrático al Dr. VALDIZÁN. Antes de ser su discípulo, como interno del Hospicio de Insanos, le servimos ese año de voluntario jefe de clínica. Desde entonces nos fué dado admirar su competencia como maestro y su espíritu comprensivo y cordial de verdadero médico psicólogo. A su muerte y después de varios años de colaboración, le hemos sucedido en la cátedra, sintiendo siempre el vacío dejado por el pedagogo nato. Por desgracia, a causa de las dificultades materiales de la Facultad y por la poca simpatía que despierta la Psiquiatría en quienes no han conocido a tiempo su interés y su importancia para el médico práctico, y pese a los esfuerzos del fundador del curso y a los deseos de su continuador, aun no ha sido posible echar las bases de una organización de clínica psiquiátrica capaz de constituir con el tiempo tradición definida y eficaz.

3. Hasta hace quince años los temas de Psiquiatría prácticamente eran extraños al debate académico. Desde entonces la Academia Nacional de Medicina de Lima contó entre sus comunicaciones las de cuestiones de psicopatología y terapéutica de las enfermedades nerviosas y mentales. El Dr. VALDIZÁN fué en esto también de los iniciadores. Asimismo, en el frenocomio de su dirección estableció reuniones periódicas del cuerpo médico con objeto de que se presentaran y discutieran observaciones y estudios de la especialidad. Esto culminó con la fundación de la Sociedad Peruana de Psiquiatría en noviembre de 1923.

4. La producción en materia de medicina mental durante el período más animado de la dedicación de nuestros colegas de Lima está archivada en la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, que apareció desde el año 1917 hasta el de 1924. Muy atareado ya en sus obras de historia de la medicina nacional, el Dr. VALDIZÁN, en 1922, nos dejó la revista que ambos fundáramos. Después de editarla dos años seguidos y faltos de colaboración y de lectores en el país, nos vimos obligados a suspender su publicación.

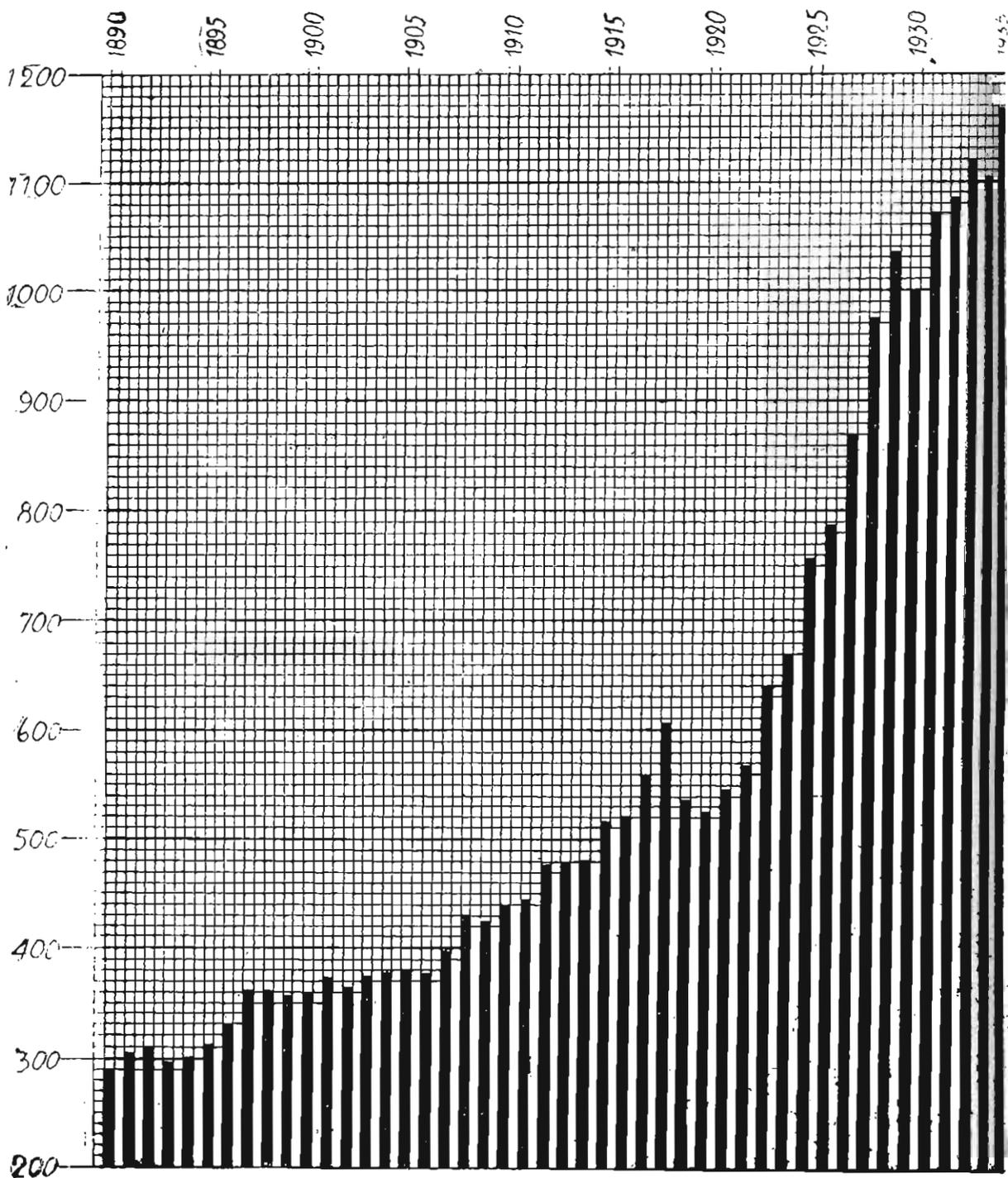


Diagrama de la población total de enfermos de la mente internados, de 1890 a 1935.

Aparte de la obra inédita e incompleta dejada por el Dr. VALDIZÁN, sólo existe un libro de psiquiatría sistemática, la *Introducción al estudio de la Psiquiatría*, para enfermeros especializados, cuyo autor es el Dr. CARLOS F. KRUMDIECK. El espacio y la índole de este artículo no nos permiten hacer una relación de la literatura psiquiátrica peruana.

En Lima, antes que en otros lugares de la América Latina, hemos iniciado la aplicación, con alguna contribución original, de métodos e ideas que hoy renuevan la medicina mental, como el psicoanálisis, la piroterapia, la psicoterapia colectiva de los esquizofrénicos, el psicodiagnóstico de RORSCHACH, el estudio y el tratamiento de los enfermos por medio del cultivo de la producción artística, la aplicación, con crítica, del *behaviorism* y de la fenomenología en el estudio clínico, la investigación genealógica con criterio mendeliano, las nuevas tipologías de la constitución y el carácter etc.

III

La población de enfermos de la mente recluidos en el único frenocomio del Perú ha sufrido un aumento, de ritmo más intenso en el último decenio. De 153 (76 hombres y 77 mujeres) que eran los internados en 1859, subieron a 306 en 1891, a 638 en 1923, llegando a 1169 en 1935 (625 hombres y 544 mujeres). Se ve que pasan 32 años para que se duplique la cifra en los dos períodos del 59 al 91 y de éste a 1923, mientras en los 12 años ulteriores falta poco más de un décimo para que se cumpla la duplicación. El diagrama adjunto muestra el número de enfermos existentes al finalizar cada año, desde 1890 hasta 1935.

Ahora examinemos la composición del conjunto de enfermos al finalizar el año 1933, comparando la proporción de los nacidos en Lima y sus balnearios (excluyendo el Callao que es provincia aparte) y los nacidos fuera de Lima (peruanos y extranjeros). El cuadro N° 1 muestra tal distribución en lo que respecta a la índole de las enfermedades, clasificadas *grasso modo*.

CUADRO N° 1

PSICOSIS	Total de enfermos	DE LIMA	De fuera de Lima
I. Sintomáticas (causadas por enfermedades orgánicas, infecciones, lesiones e intoxicaciones, incluso la epilepsia)	264	69 (26,13%)	195
II. Endógenas	687	189 (27,65%)	498
III. Psicógenas	24	4 (16,66%)	20
IV. Congénitas	146	55 (37,67%)	91
SUMA	1121	317 (28,28%)	804

Salvo una desviación en las cifras menores que corresponden a los dos últimos grupos, no se advierte una discrepancia saltante en la distribución de las enfermedades entre los limeños y los no limeños, con relación al porcentaje básico. Un análisis más diferenciado, confirma esta relativa homogeneidad. En el cuadro N° 2 se puede ver la proporción que nos interesa respecto de las enfermedades y grupos de enfermedades de diagnóstico más preciso. En este cuadro el porcentaje se refiere separadamente a los 317 enfermos limeños (en la primera columna) y a los 804 enfermos no limeños (en la segunda).

CUADRO N° 2

PSICOSIS	DE LIMA	De fuera de Lima
Alcoholismo	9 (2,83%)	28 (3,50%)
Demencia paralítica	11 (3,47%)	23 (2,86%)
Sífilis cerebral	8 (2,52%)	21 (2,61%)
Demencia precoz y afines	152 (47,94%)	412 (51,24%)
Epilepsia	34 (10,72%)	82 (10,19%)
Manía y melancolía	37 (11,67%)	86 (10,69%)
Idiotismo e imbecilidad	32 (10,09%)	73 (9,05%)

Con relación al sexo sucede otro tanto : de los 317 limeños son varones 168 (52,99%) y mujeres 149 (47,01%); de los 804 no limeños, son varones 430 (53,48%) y mujeres 374 (46,52%).

En materia de raza sí hay diferencia notable en la población según el origen, como lo muestra el cuadro N° 3. Mientras que los mestizos se hallan en igual proporción en ambos grupos, el de los limeños tiene un porcentaje mayor de blancos y menor de indios y negros y carece de amarillos (por lo menos según los datos).

CUADRO N° 3

RAZA	DE LIMA	De fuera de Lima
Blanca	110 (34,70%)	194 (24,12%)
Mestiza	153 (48,20%)	386 (48,01%)
India.....	18 (5,67%)	128 (15,92%)
Negra	36 (11,35%)	51 (6,34%)
Amarilla	0 —	45 (5,59%)

Para terminar, diremos que del total de 531 ingresos de 1933 son limeños 147 (27,66%) y de los 397 primeros ingresos corresponden 100 (25,19%) a Lima. (La población de Lima es 450,000 habitantes y la del Perú, de 6 millones aproximadamente.)

En resumen, como era de esperar, el limeño no tiene particularidades apreciables en materia de patología mental respecto del resto de los pobladores. Pero es notable el número de internados oriundos de Lima, que constituye más de la cuarta parte del total de reclusos. Esto se explica, sin duda, por la proximidad del hospital y la mayor civilización. Lo primero facilita la internación, lo segundo la comprensión de la conveniencia de ésta.

IV

En lo que respecta a la higiene mental no han faltado en Lima los esfuerzos tanto para formar la conciencia psiquiátrica en el público cuanto para realizar obra profiláctica y eupsíquica directa. Por desgracia, son muy grandes las dificultades para crear una nueva actitud mental en las gentes, sobre todo en las que dirigen el Estado y las instituciones de beneficencia. Consideraremos los dos aspectos : 1º, la divulgación de la higiene mental; 2º, la obra profiláctica de las enfermedades nerviosas y mentales, del delito, de la anormalidad del carácter etc.

1. Por lo menos la mitad de la población del Perú está constituida por habitantes indígenas. El resto lo forman los mestizos y los blancos, además de algunos miles de negros y amarillos establecidos principalmente en la costa. Entre los indígenas los servicios del médico apenas son utilizados, pues siguen las prácticas empíricas y sobre todo las mágicas propias de su cultura primitiva milenaria. Por regla general, las lesiones son tratadas por los curanderos y la mayor parte de las enfermedades internas, incluso las más notoriamente fisiógenas, son tratadas por brujos y brujas como si fueran causadas por hechizo o por "daño" con bebidas suministradas subrepticamente por los enemigos del paciente. También existe el prejuicio de que por malquerencia, por "mal de ojo" o por causas desconocidas el individuo pierde su alma, ésta se va a la madre tierra (*pachamama*) y entonces la terapéutica mágica consiste en atraer de nuevo el alma al cuerpo que le corresponde, con procedimientos complicados, cuyo aparato varía con las regiones. Con estas ideas de medicina popular primitiva coexiste la medicina empírica, que realiza a veces curaciones sorprendentes, con una farmacopea en buena parte secreta, consistente sobre todo en sustancias de origen vegetal. Las enfermedades nerviosas y mentales, como puede comprenderse, son interpretadas y tratadas según el criterio mágico.

En la población de mestizos y, en medida menor, en la de blancos también es muy difundida la creencia en el origen brujo de las enfermedades, sobre todo el "daño" por "bebidos". A estos prejuicios se agregan los de origen euro-

peo, entre otros, el de la posesión de los agitados y sobre todo el de la incurabilidad de las enfermedades mentales. Por esta razón hay poca disposición en la gente inculta y semiculta para poner tales pacientes en manos del médico. Esto explica que la especialidad psiquiátrica haya tenido entre nosotros una iniciación tardía y que su esfera de actividad se reduzca a la capital de la República.

Para luchar contra los errores y prejuicios reinantes se inició en Lima hace más de 20 años una campaña de cierta intensidad por la prensa y las conferencias. Se trató de llevar al conocimiento de las gentes accesibles a tales medios de difusión nociones precisas acerca de la naturaleza de los desórdenes nerviosos y mentales y acerca de la misión del psiquiatra y de la aplicación de los recursos médico-psicológicos a los problemas de la salud individual y colectiva. Las *Historias de enfermos* publicadas por el Dr. VALDIZÁN son testimonio principal de esta labor educativa inicial. En el deseo de llevar los beneficios de la higiene mental a la educación, en 1919, fundamos con el Dr. VALDIZÁN el Seminario Psico-pedagógico, institución destinada a orientar a los miembros del magisterio de Lima, a los funcionarios de la instrucción pública y a los médicos hacia una concepción cabal de su misión psicosigiénica. Con una colaboración selecta se dictaron cursos, entre otras materias, de psicología, antropología, sociología, criminología, psiquiatría e higiene del niño. El nombre de la institución fué apropiado, pues gracias a ella se sembró muchas ideas nuevas y fecundas.

La higiene mental tuvo así su iniciación en Lima. Después, en la Primera Conferencia del Niño Peruano, en 1922, en nuestra ponencia en colaboración con el Dr. VALDIZÁN, sobre la infancia anormal en el Perú, propusimos la fundación de la Liga Nacional de Higiene Mental. Pero ambos consideramos hacer algo más útil de lo que ordinariamente logran sociedades de esta clase — a menudo sólo nominales — publicando ese mismo año una *Cartilla de Higiene Mental*, editada y difundida por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. La Liga Peruana de Higiene Mental ya ha sido fundada y reconocida oficialmente y se halla al presente en vías de organización gracias a la diligencia del Dr. CARAVARDO, que publica desde enero de 1932 el *Boletín de Higiene Mental*.

De acuerdo con la idea que informo la fundación del Seminario Psico-pedagógico — o sea la eficacia psicosigiénica

de la educación — y ampliando la órbita de acción entre los padres de familia y en general entre el público de alguna cultura, publicamos en 1922 nuestro pequeño libro *Algunos aspectos de la psicología del niño*, prologado por el Dr. WILLIAM A. WHITE, y en 1933, *La formación espiritual del individuo*.

2. La organización de la obra profiláctica en materia de enfermedades nerviosas y mentales comenzó hace quince años en nuestro servicio del hospital "Víctor Larco Herrera", en forma de consultorio gratuito para los casos incipientes. Ultimamente se ha generalizado tal práctica a los cuatro servicios principales de ese hospital psiquiátrico. En nuestro servicio, el más concurrido, se dan más o menos 1200 consultas por año, con su respectivo tratamiento. El mayor número de los consultantes ocurre por sufrir desórdenes nerviosos o mentales sintomáticos de enfermedades internas. Aparte de la epilepsia, las neurosis son raras y más lo son las psicosis incipientes, lo cual reduce la función profiláctica de estos consultorios, que hoy se llaman de higiene mental.

La profilaxia del delito no se realiza en el Perú sino en escala reducida, exclusivamente en Lima. El Código Penal fué reformado en 1924 de acuerdo con las ideas dominantes en Europa y América. Este Código establece una serie de reformas tendientes a la prevención del delito. De estas las más importantes a nuestro juicio son la creación del Juzgado de Menores y de la Sociedad Especial de Patronatos de Menores, funcionando el primero desde 1925 y el segundo desde principios de 1928. El Patronato está constituido por un grupo de damas que trabaja con abnegación y eficacia. Suspendida la subvención del Gobierno desde 1930 hasta fines de 1935, ellas mismas lo han sostenido con sus erogaciones. La más entusiasta de estas señoras es doña MERCEDES GALLAGHER DE PARKS, quien ha contribuido decisivamente a su sostenimiento y organización — con el conocimiento de lo que hace el *Comitee for Mental Hygiene*, el *Bureau of Child Guidance* de Nueva York y otras instituciones similares. El procedimiento usado es la colocación de los niños de conducta irregular en hogares apropiados. Como Consejero del Patronato, he tenido oportunidad de introducir en la investigación del menor y de su ambiente procedimientos semejantes a los de la *Judge Baker Foundation* de Boston. Hasta el presente han sido colocados mil niños (550 de sexo masculino y 450 del femenino), sin con-

tar 91 que se han fugado. La duración media de la colocación ha sido ya de 13 y $\frac{1}{2}$ meses para los varones y de 12 y $\frac{3}{4}$ meses para las muchachas. Al presente se hallan colocados 154 menores.

Se halla también bajo el control del Patronato el Hogar Infantil, fundado en 1926 con el nombre de Escuela-Asilo de Menores, y el Reformatorio de Menores. El Hogar Infantil es una casa de detención temporal breve de los niños delincuentes y de aquellos que están en peligro moral. Con frecuencia los niños ahí detenidos, después de ser observados, el Patronato los coloca en hogares honrados, o son enviados al Reformatorio de Menores. Este Reformatorio, que existía desde hace muchos años con el nombre de Escuela Correccional, se halla desde hace dos años en condiciones de llenar sus fines de una manera apropiada, a pesar de las deficiencias materiales, gracias a que lo gobiernan los Hermanos de La Salle.

El interés por mejorar la condición del niño se ha manifestado oficialmente de nuevo con el propósito de instituir un Código de Menores. Al efecto se ha nombrado una comisión presidida por el Dr. ILDEFONSO BALLÓN, quien, a fines de 1935, ha publicado un Proyecto, en que nos parece que predomina un vago fervor humanitarista. Tenemos la impresión de que le falta sentido práctico, el cual obligaría a incorporar ante todo los procedimientos que han probado su eficacia, en especial el sistema de clínicas de orientación de niños y jóvenes, según el modelo de las americanas. Mientras fui psiquiatra de la Dirección General de Prisiones he defendido el criterio de concentrar el interés del estudio y la profilaxia del delito en su estado naciente, en los niños. Así, al fundarse el Instituto de Criminología, me opuse, en vano, a que se estableciera en la Penitenciaría, adonde llegan los casos extremos y más avanzados de la delincuencia, y preconicé su establecimiento en el Hogar Infantil, donde es posible analizar la criminogénesis y modificar la personalidad.

Con la mayor complacencia verificamos que hoy el movimiento americano de la *Child Guidance* realiza algo semejante a lo que en 1919 propusimos en nuestra comunicación al Congreso del Niño en Montevideo. En 1920, a solicitud del Ministro de Justicia e Instrucción Pública propusimos un programa de "Organización del servicio de higiene mental escolar" (publicado en *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Co-*

neas, julio-octubre 1920), en el cual preconizábamos tal fundación en tres períodos : a) período preparatorio, para formar el personal de médicos y pedagogos competentes en el reconocimiento, tratamiento y educación de los niños anormales; el estudio de las condiciones actuales dispsohigiénicas en las escuelas etc.; b) período de asistencia médico-pedagógica, de fundación de escuelas y clases especiales para niños anormales, institución de la inspección médico-psicológica de las escuelas etc.; c) período de perfeccionamiento de la higiene mental escolar, con la institución de la enseñanza de la higiene mental en las escuelas; creación de clases para supernormales; institución del examen psicológico (teniendo en consideración los puntos de vista de FREUD, de JUNG, de ADLER etc.) para condicionar y favorecer la mejor adaptación de cada individuo a su ambiente familiar y escolar; orientación vocacional etc. El proyecto, que salía mucho de lo corriente, fué enviado al Congreso, pero no llegó a ser puesto en mesa. Lo único que se ha hecho hasta hoy es establecer el servicio médico escolar rutinario y muy deficiente en Lima y Arequipa. En Lima, donde hay (en 1935) 70,000 niños matriculados en los planteles de instrucción primaria, el servicio es realizado sólo por tres médicos, y para el colegio nacional de instrucción media, con 1,500 estudiantes aproximadamente, hay un médico. Arequipa tiene un sólo médico escolar, el de su colegio nacional de instrucción media.

V

Llegamos a la última parte de nuestro artículo y por un momento todavía hemos de examinar cifras, pues la grave situación presente de la psiquiatría en el Perú está ligada al problema económico. Hemos de revisar los puntos siguientes que interesan a la psiquiatría social : 1º, la crisis actual de la asistencia; 2º, la psiquiatría y la época presente; y, 3º, la enseñanza y la investigación.

1. Hemos visto cómo se cumple entre nosotros el fenómeno universal del aumento rápido del número de enfermos hospitalizados. El hecho se debe principalmente a las dificultades de la vida, de modo que las familias que antes podían sostener a sus enfermos en el hogar ahora los llevan donde

vivirán gratuitamente — pues el número de pensionistas ha aumentado en proporción mucho menor que el de gratuitos. En segundo lugar, intervienen, a nuestro entender, los factores del prestigio de la Psiquiatría y de la comprensión de las ventajas del tratamiento en una institución especial. En el Perú hay seguramente una población flotante de alienados de hospital por lo menos diez veces mayor que la contenida en el establecimiento de la Magdalena. De modo que si siguen las cosas como en los diez últimos años, en 1945 habrá más de dos mil enfermos mentales hospitalizados.

Este aumento es la causa principal de la crisis de la asistencia, que se agrava en los cuatro últimos años con el malestar económico de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Da idea de las dificultades el hecho de que no obstante haber subido el número de alienados de 1,000 en 1930 a 1169 en 1935, el presupuesto del Hospital "Víctor Larco Herrera" es rebajado en 60,404 soles de un año al otro : en 1930 los egresos de este establecimiento fueron calculados en S/. 505,400 y en 1933 (hasta el presente) en S/. 443,996, a pesar de ser también el hospital más poblado y donde el sostenimiento de cada paciente es mucho menos costoso que en cualquiera de los demás de la Beneficencia y a pesar igualmente de que las entradas por concepto de pensiones son notablemente mayores que en los otros, como se puede ver en el cuadro N.º 4, según los datos del presupuesto de 1933.

CUADRO N.º 4.

HOSPITAL	Ingresos por pensiones	EGRESOS	Costo de enfermo por día
"Arzobispo Loayza" (de mujeres, medicina y cirugía).....	S/. 60,000	S/. 376,282	S/. 2.30
"Dos de Mayo" (de hombres, medicina y cirugía).	„ 30,000	„ 454,319	„ 2.01
"Víctor Larco Herrera" (de alienados de ambos sexos)	„ 160,000	„ 443,996	„ 1.15

Tenemos, pues, que en lugar de hacerse nuevas construcciones indispensables, de multiplicar el personal de asistencia y de aumentar los abastecimientos en proporción con el incremento de enfermos, por causa de la crisis se reduce el pliego de gastos, colocándose al inspector y al director del

establecimiento ante una situación administrativa sin salida satisfactoria y que ya no puede prolongarse sin grave daño y seria responsabilidad.

Desde el siglo pasado, ULLOA y MUÑIZ aconsejaban remediar la estrechez pidiendo ayuda económica al fisco para el sostenimiento del asilo de los enfermos mentales de todo el país. Esto es justo, pero lo es también que los Concejos Provinciales abonen en proporción con el número de enfermos que proceden de su respectiva circunscripción. En la memoria de la dirección del Hospital "Víctor Larco Herrera" correspondiente al segundo trimestre de 1932 encontramos el dato sorprendente de que por el número de 772 enfermos procedentes de Lima la Beneficencia no recibe cantidad alguna y que los Concejos Provinciales de fuera de la Capital pagan sólo por 176 pacientes. Esta anomalía, a nuestro entender, debe ser corregida gestionando la justa contribución del Concejo Provincial de Lima.

Se comprende que la solución de la crisis, además del económico, tiene un aspecto técnico. Como las construcciones hechas según el proyecto primitivo, los servicios del régimen común son de *tipo mamut* en el frenocomio de Magdalena : hay servicios que tienen aproximadamente quinientos enfermos, con sólo dos médicos. De modo que la atención profesional forzosamente ha de dispersarse en vez de concentrarse en los curables. Dicho de otro modo, el frenocomio a pesar de llamarse "Hospital" es sobre todo un asilo, y un asilo que carece de terrenos de cultivo donde pueda establecerse en la escala debida el trabajo de los pacientes, pues las 27 hectáreas que posee no representan sino la décima parte de la extensión requerida por el número de enfermos. La solución del problema técnico está — como lo sostenemos desde hace tiempo — en la división de los enfermos en curables y crónicos. Los primeros y los recién ingresados ocuparían el local, debidamente dotado como hospital para el tratamiento activo. Con ello aumentaría notablemente la proporción de casos curados y rehabilitados para la vida social productiva. Los crónicos, que constituyen el mayor número, pasarían a un asilo-colonia con organización de asistencia pura y régimen agrícola. Este asilo podría ubicarse en una región del país donde el costo del terreno y las condiciones materiales permitiesen una notable economía. El Dr. MU-

ñiz hablaba ya en su proyecto de manicomio de colonias agrícolas, "ya en la montaña de Chanchamayo o Perené, ya en los valles o quebradas de Lima, Huacho, Arequipa o Piura". Además de esto se requiere fundar en la Capital un establecimiento para toxicómanos y otro para niños oligofrénicos.

2. Vivimos en una época en que la humanidad, después del extremo de olvido de su íntima esencia por la prosecución de mil futilidades externas y materiales, vuelve a buscar su totalidad perdida y el sentido de su existencia. Desengañado de una psicología del hombre basada en términos de reflejo mecánico e instinto brutal, el esfuerzo inquisitivo y comprensivo del pensador moderno inicia una antropología donde el espíritu tiene tanta parte como la vida, y el alma tanta como el cuerpo. La medicina no se ha sustraído a este movimiento de renovación en las fuentes eternas de la cultura. Sin desdeñar los datos de la nosografía basada en el saber de la mesa de autopsias y del laboratorio, emerge en el mundo médico una nueva actitud orientada por el análisis de la personalidad y la evidencia de las fuerzas reguladoras y finalistas de la naturaleza animada. A la era bacteriológica y bioquímica sucede la neohipocrática, que a las adquisiciones y métodos conquistados por el progreso de las ciencias físicas y de la patología experimental agrega la visión del aspecto de las diferencias de constitución e historia individual, tanto en lo biológico como en lo psicológico, moral y social. Así, hoy se reconoce que gran parte de los enfermos somáticos tiene en la raíz o en la organización de su mal una condición, una causa o concausa anímica y que la nerviosidad y la neurosis dependen de la adaptación de la persona a su medio familiar y social. Se reconoce asimismo que los diagnósticos y los tratamientos físicos — médicos o quirúrgicos — afrontan a menudo manifestaciones terminales, expresiones materiales últimas de un proceso que se inició o complicó con los impalpables movimientos del alma en los conflictos más o menos subconscientes de la vida cotidiana. Gracias principalmente a la Psiquiatría — con el movimiento iniciado por el psicoanálisis (más impresionante para el vulgo por su escoria de grosero positivismo que por el oro de sus intuiciones y verificaciones fundamentales) la medicina tiende, pues, a reconquistar la plenitud harmónica necesaria para el servicio de la persona humana en su integridad existencial.

3. De lo anterior se desprende que la formación del médico no puede seguir teniendo por objeto sólo el aspecto físico y biológico del enfermo, su cuerpo y su organismo, sino también los planos superiores — anímico y moral — como ser cuya vida real no se desenvuelve únicamente en medio de cuerpos inanimados y de bacterias y parásitos, sino en un mundo social y espiritual, lleno de influencias morbígenas y de fuerzas tremendas. Se impone la psiquiatrización de la enseñanza médica. Nosotros preconizamos que en lugar de dictarse el curso sólo en el último año de estudios médicos, cuando la mentalidad del alumno ya está polarizada por el criterio somático exclusivo, se debe iniciar a los estudiantes en los conocimientos de la psicología médica en los años correspondientes a las disciplinas preclínicas, con el mismo título que la anatomía y la fisiología. Y en vez de ofrecer como único material clínico los casos más avanzados y deteriorados propios del frenocomio, conviene crear un servicio o instituto especial para la enseñanza y la investigación, con policlínica o consultorio externo, a cargo del catedrático y con un personal auxiliar selecto. De este modo será posible la adquisición de datos biográficos, geneológicos etc. de los casos más adecuados para la enseñanza y para la ciencia. Lo que tiene que diagnosticar todo médico es excepcionalmente el caso de psicosis o alienación: lo frecuente en su práctica es la neurosis como entidad mórbida o como componente de enfermedades orgánicas. Nuestra época, como todas las de transición, en que la vida humana sale de quicio, es época de neurosis y la misión del médico es con frecuencia la de revelador, guía y consejero del enfermo en los conflictos con su destino. De ahí que el estudiante de medicina requiere la escuela correspondiente al investigador de la vida del alma, de la familia y de la sociedad, así como una iniciación apreciable en la psicoterapia.

Con el instituto que propugnamos, además de educarse integralmente al estudiante a su paso por la Facultad de Medicina, a la larga el Estado y la Sociedad de Beneficencia reportarían provecho con la disminución del número de casos de psicosis necesitados de hospitalización, pues la actividad del médico entendido en Psiquiatría es la más eficaz de las medidas prácticas de higiene mental. Desgraciadamente, por muchos años, esto parecerá una utopía a quienes son capaces de cambiar la situación, mientras el vulgo sigue esclavizado al charlatán y a la publicidad descarada.