

NOMENCLATURA PARA HOSPITALES DEDICADOS A ENFERMEDADES MENTALES*

A continuación publicamos la clasificación psiquiátrica y sistema de estadística para hospitales de enfermedades mentales, adoptados por la Asociación Americana de Psiquiatría y ya en vigor en casi todos los hospitales de ese género en los Estados Unidos y utilizados por la Oficina del Censo, el Servicio de Sanidad Pública, la Oficina de Veteranos, y el Departamento Médico del Ejército de los Estados Unidos.

INDICACIONES PARA LA PREPARACIÓN DE ESTADÍSTICAS

Para que sean fidedignas, las estadísticas de las psicopatías deben basarse en datos exactos desde el principio, pues de otro modo la información recopilada resultará muy defectuosa, sino inútil.

Al preparar estadísticas de los enfermos en un establecimiento dedicado a las enfermedades mentales, lo primero es contar con fichas provistas de las casillas necesarias y dispuestas en forma conveniente. Esas fichas piden las mismas clase, de datos para todos los enfermos, y debidamente llenadas, facilitarán informes, que, clasificados de varios modos y tabulados, ofrecerán sumarios bien definidos de los hechos más importantes relativos a los enfermos y sus dolencias, y los resultados del tratamiento.

A fin de facilitar la tabulación y el archivaje, recomiéndase el empleo de las siguientes fichas o tarjetas:

(1) *Ficha de primer ingreso.*—Para todos los enfermos recibidos por primera vez en cualquier hospital dedicado al tratamiento de las psicopatías, a menos que sólo los trate temporalmente.

(2) *Ficha de reingreso.*—Para todos los enfermos recibidos que hayan estado antes bajo tratamiento en un hospital de enfermedades mentales, salvo los trasladados a otro sitio y los que han recibido únicamente tratamiento en establecimientos dedicados a asistencia temporal.

(3) *Ficha de alta.*—Para todos los psicópatas dados de alta, excepto los trasladados a otro establecimiento.

(4) *Ficha de defunción.*—Para todos los enfermos que fallezcan en el hospital.

(5) *Ficha de traslado.*—Para todos los enfermos trasladados de un hospital de enfermedades mentales a otro del mismo Estado o región.

Convendría el siguiente juego de colores para las distintas fichas: *Primer ingreso*, blanca; *Reingreso*, amarilla; *Alta*, salmón; *Defunción*, azul; y *Traslado*, castaño claro; y que las fichas de los varones sean impresas en tinta negra y las de mujeres en tinta roja.

El texto de las fichas aprobadas por la Asociación Americana de

* Manual preparado por las secciones de estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría y del Comité de Higiene Mental de los Estados Unidos.

Psiquiatría y recomendadas por el Comité de Higiene Mental de los Estados Unidos, aparece en las páginas siguientes.

Modelo No. —

VARÓN

PRIMER INGRESO (Caso Nuevo)

HOSPITAL—

Nombre	Caso No.—	Recluído voluntariamente
Psicosis—No.	Grupo	Forma
Edad al ingresar	años	Estado civil—soltero—casado—viudo—divorciado—separado—Número de hijos
Lugar donde nació	(Estado o país)	el enfermo—el padre—la madre—Año que llegó al país
Nacionalidad—del enfermo—natural—extranjero—del padre—natural—extranjero	Raza	
Educación—ninguna—sólo lee—lee y escribe—elemental—superior—universitaria		
Profesión u oficio	Religión	
Ambiente — urbano — rural —	Condición económica —	dependiente — marginal — acomodada
Domicilio actual—Ciudad	Dirección postal	
Tiempo que lleva de residencia en el Estado o Provincia	(Tiempo que duró la residencia anterior)	(Tiempo total)
Factores etiológicos además de la herencia		
Constitución {	Temperamento	normal anormal (especificuese)
psíquica {	Intelecto	normal anormal (especificuese)
Antecedentes familiares de enfermedades mentales		
Antecedentes familiares de enfermedades nerviosas		
Antecedentes familiares de deficiencia mental		
Antecedentes familiares de ebriedad (alcohol o drogas) (especificuese)		
Hábitos alcohólicos del enfermo {	Abstemio	
	Temperado	(especificuese)
	Intemperante	(especificuese)
Enfermedades somáticas concomitantes que no forman parte integrante de la psicosis		
Duración del ataque actual antes del ingreso	años	meses días
Número de ataques anteriores		
FECHA DE INGRESO		
Presentado ante reunión del claustro el	(fecha)	por el Dr.
		Número del hospital para el año

NOTA.—Este modelo es para varón; para mujer debe sustituirse la palabra MUJER en la esquina superior derecha y cambiarse el adjetivo a femenino

Modelo No.—

VARÓN

REINGRESO

HOSPITAL—

Nombre	Caso No.—	Recluído voluntariamente
Psicosis—No.	Grupo	Forma
Edad al reingresar	años	Estado civil—soltero—casado—viudo—divorciado—separado—Número de hijos
Lugar donde nació	(Estado o país)	el enfermo—el padre—la madre—Año que llegó al país

Nacionalidad—del enfermo—natural—extranjero—del padre—natural—extranjero Raza

Educación—ninguna—sólo lee—lee y escribe—elemental—superior—universitaria

Profesión u oficio Religión

Ambiente — urbano — rural — Condición económica — dependiente — marginal — acomodada

Domicilio actual—Ciudad Dirección postal

Tiempo que lleva de residencia en el Estado o Provincia
(Tiempo que duró la residencia anterior) (Tiempo total)

Factores etiológicos además de la herencia

Constitución { Temperamento normal anormal (especificquese)
psíquica { Intelecto normal anormal (especificquese)

Antecedentes familiares de enfermedades mentales

Antecedentes familiares de enfermedades nerviosas

Antecedentes familiares de deficiencia mental

Antecedentes familiares de ebriedad (alcohol o drogas) (especificquese)

Hábitos alcohólicos del enfermo { Abstemio
Temperado (especificquese)
Intemperante (especificquese)

Enfermedades somáticas concomitantes que no forman parte integrante de la psicosis

Duración del ataque actual antes del ingreso—años—meses—días—Número de ataques anteriores

Número de ingresos anteriores Fecha y duración de cada hospitalización anterior (excluyendo alta condicional)

Estado del enfermo en su última alta Fecha Hospital

FECHA DE REINGRESO

Presentado ante reunión del claustro el (fecha) por el Dr.
Número del hospital para el año

NOTA.—Este modelo es para varón; para mujer debe sustituirse la palabra MUJER en la esquina superior derecha y cambiarse el adjetivo a femenino.

Modelo No.—

VARÓN

ALTA

HOSPITAL—

Nombre	Caso No.—	Recluido voluntariamente
Psicosis—No.	Grupo	Forma
Edad al ser dado de alta años		
Lugar donde nació (Estado o país) el enfermo el padre la madre		
Nacionalidad—del enfermo—natural—extranjero—del padre—natural—extranjero		
Domicilio cuando ingresó—Ciudad Dirección postal		
Número de ataques anteriores—Número de ingresos anteriores—Fecha del último ingreso		
Fecha y duración de cada hospitalización anterior (excluyendo alta condicional)		
Duración de la última psicosis antes del ingreso años meses días		
Duración de la última hospitalización (excluyendo alta condicional) años meses días		
Duración total de las hospitalizaciones (todos los ingresos, salvo altas condicionales) años meses días		

Estado al ser dado de alta—curado—mejorado—sin mejoría—sin psicosis—epilepsia—alcoholismo—toxicomanía—personalidad psicopática—deficiencia mental—chochez—otros estados (especificquese)

Fecha del alta condicional

FECHA DEL ALTA

El enfermo fué entregado al cuidado de

Dirección

Número de alta del hospital para el año

NOTA.—Este modelo es para varón; para mujer debe sustituirse la palabra MUJER en la esquina superior derecha y cambiarse el adjetivo a femenino.

Modelo No.—

VARÓN

DEFUNCIÓN

HOSPITAL—

Nombre Caso No.— Recluído voluntariamente

Psicosis—No. Grupo Forma

Edad al morir años

Lugar donde nació (Estado o país) el enfermo el padre la madre

Nacionalidad—del enfermo—natural—extranjero—del padre—natural—extranjero

Número de ataques anteriores Número de ingresos anteriores

Fecha y duración de cada hospitalización anterior (excluyendo alta condicional)

Duración de la última psicosis antes del ingreso años meses días

Fecha del último ingreso

Duración de la última hospitalización años meses días

Duración total de las hospitalizaciones (todos los ingresos, salvo altas condicionales) años meses días

Causa de la muerte (Utilícese la nomenclatura internacional, subrayando la causa principal)

Autopsia No Sí Hallazgos autópsicos

Domicilio cuando ingresó—Departamento o Provincia Población o ciudad

FECHA DE DEFUNCIÓN

Número de baja del hospital para el año

NOTA.—Este modelo es para varón; para mujer debe sustituirse la palabra MUJER en la esquina superior derecha y cambiarse el lenguaje a femenino.

Modelo No.—

VARÓN

TRASLADO*

Del Hospital—

Al Hospital—

Fecha—

Nombre Caso No.—

Psicosis—No. Grupo Forma

Lugar donde nació—el enfermo el padre la madre

Nacionalidad—del enfermo—natural—extranjero—del padre—natural—extranjero

Estado civil—soltero—casado—viudo—divorciado—separado

* Emplérese únicamente esta ficha cuando un enfermo es trasladado de un establecimiento para enfermedades mentales a otro radicado en el mismo Estado o provincia. Debe llenarla el establecimiento de donde sale el enfermo y enviarla a la institución a que se traslada, conservando un duplicado.

Profesión u oficio

Domicilio actual—Ciudad

Dirección postal

Fecha y duración de cada hospitalización anterior (excluyendo alta condicional)

Fecha del último ingreso (salvo por traslado)

Número de alta del hospital para el año

NOTA.—Este modelo es para varón; para mujer debe sustituirse la palabra MUJER en la esquina superior derecha y cambiarse el lenguaje a femenino.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos necesarios para llenar las fichas de ingreso son obtenidos de: (a) los parientes y allegados del enfermo; (b) el enfermo mismo; (c) los documentos de reclusión; (d) el médico de cabecera; (e) los documentos y protocolos oficiales; y (f) el examen físico y mental del enfermo.

El enfermero o asistente enviado para conducir al enfermo al hospital debe llevar consigo un impreso en el cual hará constar todos los hechos importantes relativos al enfermo y a sus antecedentes familiares, que pueda averiguar por medio de los parientes y allegados. Otros datos deben ser obtenidos cuando los amigos van al hospital a visitar al enfermo. Es de recomendar la costumbre de muchos hospitales de emplear asistentes sociales para preparar las historias clínicas.

Los datos necesarios para llenar las fichas de alta y de defunción, son obtenidos de los protocolos del hospital. Esas fichas deben armonizar siempre con las de ingreso.

Conviene contar con una hoja de datos estadísticos semejante a la ficha de ingreso, para incorporarla en la historia clínica del enfermo.

PREPARACIÓN DE LAS FICHAS

Lléñense todas las casillas de cada tarjeta. Si no pueden obtenerse informes completos y exactos, anótese "IV" (inaveriguable).

Si la información es negativa, anótese "nula" o "O"; no se empleen signos de interrogación. Tampoco se emplee un guión (—) en vez de "inaveriguable" o "nula." No se emplee la expresión "varios" para expresar los años, sino más bien "menos de un año," "de 1 a 5 años," o "más de 10 años," si no pueden obtenerse cifras exactas. Rehúyanse los números redondos y acéptense las cifras terminadas en 5 o en 0 con escepticismo, y sólo después de un interrogatorio cuidadoso. Por ejemplo, evítese decir "un año" para "11 meses," "12½ meses," etc., y "un mes" para "35 días," etc. No se diga "60 años," tratándose de 59 o 61 años.

Empléense únicamente abreviaturas aceptadas, evitando las ambiguas; por ejemplo, "neu. lob." (lobular o lobulillar?), "par." (paranoideco o paralítico?), etc.

Si el espacio reservado a cualquiera casilla resulta insuficiente para anotar todos los datos averiguados, escríbase "a la vuelta," y consígnense los datos en el dorso de la ficha.

Todas las anotaciones en las fichas deben ser escritas a máquina, de ser posible. Subráyense ciertos puntos, por ejemplo, "soltero." No se tache nada ni se empleen cruces.

NOMENCLATURA PSIQUIÁTRICA

He aquí la clasificación oficial de las psicopatías adoptada y enmendada por la Asociación Americana de Psiquiatría:

1. Psicosis traumáticas
2. Psicosis seniles
3. Psicopatías asociadas a la arterioesclerosis cerebral
4. Parálisis general
5. Psicosis asociadas a la sífilis cerebral
6. Psicopatías asociadas a la corea de Huntington
7. Psicosis asociadas con tumor cerebral
8. Psicopatías asociadas a otras enfermedades cerebrales o nerviosas
 - (a) Embolismo cerebral
 - (b) Parálisis agitante
 - (c) Meningitis, tuberculosa u otras formas (especificquese)
 - (d) Esclerosis en placas
 - (e) Tabes dorsal
 - (f) Corea aguda
 - (g) Encefalitis epidémica
 - (h) Otras enfermedades (especificquese)
9. Psicosis alcohólicas
 - (a) Delirium tremens
 - (b) Psicosis de Korsakov
 - (c) Alucinosis aguda
 - (d) Otras formas, agudas o crónicas
10. Psicopatías causadas por drogas y otras toxinas exógenas
 - (a) Opio (y sus derivados), cocaína, bromuros, cloral, etc., solos o combinados (especificquese)
 - (b) Metales, como el plomo, arsénico, etc. (especificquese)
 - (c) Gases (especificquese)
 - (d) Otras toxinas exógenas (especificquese)
11. Psicosis asociadas a la pelagra
12. Psicopatías asociadas a otras enfermedades somáticas
 - (a) Delirio ligado a enfermedades infecciosas
 - (b) Psicosis post-infecciosa
 - (c) Delirio por agotamiento
 - (d) Delirio de origen desconocido
 - (e) Psicosis con enfermedades cardio-renales
 - (f) Psicosis con enfermedades de las glándulas endocrinas
 - (g) Psicosis ligadas a otras enfermedades o estados (especificquese)
13. Estados maniaco-depresivos
 - (a) Forma maniática
 - (b) Forma depresiva
 - (c) Otras formas
14. Melancolía involutiva
15. Demencia precoz (esquizofrenia)
16. Paranoia y estados paranoideos
17. Psicosis epilépticas

18. Psiconeurosis y neurosis
 - (a) Forma histérica
 - (b) Forma psicasténica (estados ansiosos y obsesivos)
 - (c) Forma neurasténica
 - (d) Otras formas
19. Psicosis asociadas a personalidad psicopática
20. Psicosis asociadas a deficiencia mental
21. Psicopatías no diagnosticadas
22. Sin psicosis
 - (a) Epilepsia
 - (b) Alcoholismo
 - (c) Toxicomanía
 - (d) Personalidad psicopática
 - (e) Deficiencia mental
 - (f) Otros estados (especificuense)

DEFINICIONES Y EXPLICACIONES

Los siguientes apuntes explicativos y definiciones de los varios grupos clínicos, han sido preparados por el Dr. George H. Kirby, Director Médico del Instituto y Hospital Psiquiátricos de la Ciudad de Nueva York.

(1) *Psicosis traumáticas*.—Limítense este diagnóstico a los trastornos mentales que se presentan como consecuencia directa o manifiesta de una lesión encefálica (o cefálica), que produce síntomas psicóticos bastante característicos. La lesión puede variar de una extensa destrucción de tejido, a una mera concusión o choque físico, con o sin fractura craneal.

En este grupo no deben comprenderse las psicosis maniaco-depresivas, la parálisis general, la demencia precoz, y otros trastornos mentales en los que el traumatismo puede figurar como causa contributoria o precipitante. Las siguientes son las formas clínicas más comunes de la psicosis traumática, y pueden estipularse en la clasificación diagnóstica:

Delirio traumático: Este puede tomar la forma de delirio agudo (por concusión), o más prolongado, simulando el complejo psíquico de Korsakov.

Constitución traumática: Caracterizada por una gradual alteración post-traumática del temperamento, acompañada de inestabilidad vasomotriz, cefalalgias, fatigabilidad, irritabilidad o reacciones afectivas explosivas; por lo común, hipersusceptibilidad al alcohol, y en algunos casos aparición de síntomas paranoideos, histeroideos or epileptoideos.

Debilitamiento mental post-traumático (demencia): Varios grados de disminución de la mentalidad, con o sin síntomas afásicos, ataques epileptoideos o aparición de arterioesclerosis cerebral.

(2) *Psicosis seniles*.—Forma bien definida, que por regla general aparece gradualmente, caracterizándose por los siguientes síntomas:

disminución de la retentiva (olvidadizo), y pérdida general de la memoria, más marcada para sucesos recientes; falta de orientación y disminución general de la capacidad mental; atenuación de los procesos de atención, concentración y reflexión; ensimismamiento y a menudo irritabilidad y oposición pertinaz; tendencia a las reminiscencias y a inventar cosas. Junto con ese deterioro, pueden haber tendencias paranoideas, abatimiento, estados confusionantes, etc. Pueden reconocerse las siguientes formas clínicas, pero a menudo se confunden:

Deterioro simple: Deficiencia de la retentiva y de la memoria, disminución de la capacidad intelectual, y ensimismamiento; por lo común, también suspicacia, irritabilidad e inquietud, la última en particular de noche.

Presbiofrenia: Intensa falta de memoria y de retentiva con desorientación total, pero al mismo tiempo conservación de la vivacidad mental y de la atención, con capacidad para compenetrarse de las impresiones y conversaciones inmediatas. La tendencia olvidadiza conduce a contradicciones y repeticiones absurdas. La sugestibilidad y la facultad inventiva son síntomas predominantes. (El cuadro general se parece al complejo psíquico de Korsakov.)

Delirio y confusión: A menudo, en el período incipiente de la psicosis y por bastante tiempo después, el cuadro es de una confusión intensa o de un estado delirante.

Depresión y agitación: Además del deterioro subyacente, puede haber un abatimiento pronunciado y agitación persistente.

Paranoia: Marcada tendencia a delirios sistematizados, y en particular manías de persecución o de expansión, que acompañan a menudo al deterioro, y en el período incipiente pueden dificultar el diagnóstico si los síntomas son leves.

Presenilidad: Se han descrito varias formas, y la mejor definida es la llamada "enfermedad de Alzheimer," consistente en un deterioro senil temprano, que suele conducir rápidamente a una demencia profunda. Se han comunicado casos hasta a los 40 años. La mayor parte revelan irritabilidad o ansiedad y abatimiento, con síntomas afásicos o aprácticos. Puede haber una inquietud general, y a veces espasmodicidad.

(3) *Psicosis asociadas con arterioesclerosis cerebral.*—Los síntomas clínicos, tanto psíquicos como físicos, varían, dependiendo en primer lugar de la distribución y gravedad de la afección cerebro-vascular, y probablemente hasta cierto punto, de la constitución psíquica del individuo.

Casi siempre existen síntomas físicos cerebrales, cefalalgia, vértigo, vahidos, etc., y por lo común tarde o temprano aparecen signos de afección localizada del cerebro (afasia, parálisis, etc.).

Los más importantes síntomas psíquicos (en particular si la arterioesclerosis es difusa) consisten en atenuación de la tensión mental, es decir,

menor capacidad para pensar rápida y exactamente, y para concentrar y fijar la atención; fatigabilidad y falta de dominio afectivo (llanto alternado con risa); a menudo, marcada tendencia a la irritabilidad; se afecta la retentiva, y al mismo tiempo hay más o menos falta general de memoria, en particular en el período avanzado de la enfermedad, o después de tener lugar alguna gran lesión destructora.

Pueden presentarse marcados síntomas psicóticos en forma de depresión (a menudo de la forma de ansiedad), suspicacia o ideas paranoideas, o episodios de marcada confusión.

En este grupo deben figurar las psicosis consecutivas a reblandecimiento o hemorragia cerebral, si se deben a arteriopatía. (Las autopsias en los manicomios revelan que en los casos arterioescleróticos el reblandecimiento es relativamente mucho más común que la hemorragia.)

A veces es difícil la diferenciación de la psicosis senil, en particular si la arterioesclerosis se presenta en la senectud. Los dos estados pueden coexistir, y cuando las manifestaciones de ambos revisten más o menos la misma importancia, en la estadística debe darse la preferencia al trastorno arterioesclerótico.

Aunque suele existir hipertensión, ésta no es indispensable para el diagnóstico de arterioesclerosis cerebral.

(4) *Parálisis general*.—La escala de síntomas observados en la parálisis general o demencia paralítica, es demasiado extensa para repasarla aquí a fondo. En cuanto a los síntomas mentales, recálquense las alteraciones tempranas del genio y del carácter, las deficiencias del juicio, dificultades en cuanto a relaciones cronológicas y discrepancias en las declaraciones hechas, los momentos de olvido, y después la falta general de memoria. Es menos probable que pasen desapercibidos los casos en que existe marcado delirio de grandeza, que aquéllos en que hay abatimiento, ideas paranoideas, episodios alcoholiformes, etc. Los errores de diagnóstico son más probables en los casos que acusan en el período incipiente pronunciados síntomas psicóticos y relativamente leves síntomas de defectos, o en los que hay pocos signos físicos bien definidos. Si existe la menor duda acerca del diagnóstico, realícese siempre la raquicentesis. No basta con una Wassermann sanguínea, pues ésta no indica si el sistema nervioso central se halla o no invadido.

(5) *Psicosis asociadas con sífilis cerebral*.—Sabido ya que la parálisis general misma es una forma parenquimatosa de la sífilis cerebral, teóricamente parece menos importante que antes la diferenciación de los casos de sífilis cerebral. Sin embargo, en la práctica es muy importante la separación de las formas no parenquimatosas, pues los síntomas, evolución y pronóstico terapéutico son diferentes en la mayor parte de esos casos, que en parálisis general.

Según las características patológicas predominantes, pueden distinguirse tres formas de sífilis cerebral: (a) meningítica, (b) endarterítica,

y (c) gomosa; pero las líneas que las separan no son muy precisas. En las formas endarterítica y gomosa casi siempre descubriremos cierto meningismo.

La forma meningítica aguda es la más frecuente en la sífilis cerebral, y ocasiona pocas dificultades en el diagnóstico. Muchos de esos casos no llegan a los manicomios. En la mayor parte, tras síntomas prodrómicos (cefalalgia, vértigo, etc.), sobrevienen rápidamente los signos físicos, por lo común invasión de los nervios craneales y un cuadro psíquico de torpeza o confusión con pocos síntomas psicóticos, salvo los enlazados con una reacción delirante u orgánica.

Sin embargo, tal vez surjan muchas dificultades en el diagnóstico de las formas meningíticas crónicas más raras, las cuales pueden presentarse mucho después de la infección sífilítica, y por lo común en el período en que esperaríamos ver aparecer la parálisis general.

En las formas endarteríticas, los síntomas más característicos son los provenientes de las lesiones vasculares focales.

En las formas gomosas, los síntomas focales y de presión, de desarrollo lento, son los más significativos.

En todas las formas de la sífilis cerebral, las manifestaciones psicóticas predominan menos que en la parálisis general, y se conserva mucho mejor la personalidad, según revelan las reacciones sociales, el sentido moral, el juicio y el comportamiento general. Los delirios de grandeza y tendencias absurdas del paralítico general son raros en esos casos.

(6) *Psicosis asociadas con la corea de Huntington.*—Los síntomas mentales son un concomitante obligado de esta forma de corea y, por regla general, se acentúan a medida que avanza la enfermedad. Aunque ésta está considerada como hereditaria, puede hacerse el diagnóstico por el cuadro clínico, aun faltando los antecedentes familiares.

Los principales síntomas consisten en inercia mental y alteración afectiva, bien apatía y niñerías, o irritabilidad y depresión, con tendencia a accesos de cólera. A medida que el mal avanza, aféctase hasta cierto punto la memoria; pero el enfermo retiene a menudo sumamente bien la capacidad para recordar sucesos pasados, y entonces puede vencerse la falta de inclinación a cooperar y a facilitar información. Asimismo se conserva la orientación, aun cuando el enfermo parece por demás apático y desatento. En algunos casos, descuellan la suspicacia y las ideas paranoideas.

(7) *Psicosis con tumores cerebrales.*—En la gran mayoría de los casos de tumores cerebrales, obsérvanse síntomas psíquicos bien definidos, de los cuales los más frecuentes son torpeza mental, somnolencia, hebetud, retardo en el pensar (bradilogia), falta de memoria (dismnesia), irritabilidad y abatimiento, aunque a veces se observa tendencia a la chistosidad. Son frecuentes los episodios de confusión con alucina-

ciones. En algunos casos hay suspicacia e ideas paranoideas. En la mayor parte de esos casos el diagnóstico debe fundarse en los síntomas nerviosos, los cuales dependerán de la localización, tamaño y velocidad del desarrollo del tumor. En la mayor parte de los casos hay ciertos síntomas físicos generales debidos a hipertensión intracraneal, a saber, cefalalgia, vértigo, vómitos, bradicardia, papiledema y entrelazamiento de los campos del color.

(8) *Psicosis asociadas con otras enfermedades cerebrales o nerviosas.*—Esta casilla ofrece un sitio para agrupar cierto número de los trastornos mentales menos comunes, asociados con afecciones orgánicas del sistema nervioso, que no figuran en los anteriores y más amplios grupos. En la ficha debe mencionarse, después del nombre del grupo, la forma especial de la enfermedad cerebral o nerviosa. Las siguientes son las enfermedades más frecuentes del mismo:

- (a) Embolia cerebral (si constituye un incidente de la arterioesclerosis cerebral, encasíllase en el grupo 3)
- (b) Parálisis agitante (enfermedad de Parkinson)
- (c) Meningitis, tuberculosa u otra (especifíquese)
- (d) Esclerosis en placas
- (e) Tabes dorsal (exclúyase con todo cuidado la parálisis general)
- (f) Corea aguda (forma de Sydenham). Exclúyase la corea histérica
- (g) Encefalitis epidémica
- (h) Otras enfermedades (especifíquese)

(9) *Psicosis alcohólicas.*—Con pocas excepciones, el diagnóstico de psicosis alcohólica debe limitarse a los trastornos mentales asociados con la embriaguez crónica, que acusan cuadros sintomáticos bastante bien definidos. Hay que estar a la mira para no hacer el grupo demasiado inclusivo. El abuso del alcohol resulta ser a menudo un mero síntoma de otras psicosis, o por lo menos, puede ser un incidente de otras psicosis, por ejemplo, parálisis general, estados maniaco-depresivos, demencia precoz, epilepsia, etc. Los casos que deben ser considerados como psicosis alcohólica no proveniente de la embriaguez crónica, son los episodios observados en algunos psicópatas, las dipsomanías (en verdaderos ebrios periódicos) y la intoxicación patológica, cualquiera de los cuales puede aparecer tras el consumo de un solo trago de licor o de una borrachera relativamente breve.

Las siguientes reacciones alcohólicas suelen presentar síntomas suficientemente característicos para permitir la diferenciación clínica, y deben consignarse en el informe estadístico:

- (a) Delirium tremens: Delirio alucinatorio con marcados temblores generales y síntomas tóxicos.
- (b) Psicosis de Korsakov: Esta se presenta con o sin polineuritis. La forma delirante no es fácil de diferenciar en el período incipiente del delirium tremens intenso, si bien es más prolongada. La forma no delirante manifiesta una carac-

terfística falta de retentiva, con desorientación, tendencia a los embustes, sugestibilidad e inclinación a confundir las personas. Las alucinaciones son raras después de la fase aguda.

(c) Alucinosis aguda: Principalmente una alucinosis auditiva de desarrollo rápido, con mentalidad despejada, temores marcados, y más o menos sistemático delirio de persecución.

(d) Otras formas, agudas o crónicas (especificquese).

(10) *Psicosis causadas por drogas y otras toxinas exógenas.*—Los cuadros clínicos producidos por drogas y otros venenos exógenos son principalmente delirios o estados de confusión, aunque a veces obsérvanse reacciones alucinatorias y paranoideas. Ciertos venenos y gases, por ejemplo, cocaína, plomo, gas del alumbrado, etc., producen aparentemente síntomas especiales. Clasificados según los factores tóxicos etiológicos, deben diferenciarse los siguientes:

(a) Opio (y sus derivados), cocaína, bromuros, cloral, etc., solos o combinados (especificquese)

(b) Metales, como el arsénico, plomo, etc. (especificquese)

(c) Gases (especificquese)

(d) Otras toxinas exógenas (especificquese).

(11) *Psicosis asociadas a la pelagra.*—No se ha establecido definitivamente la relación que varios trastornos mentales guardan con la afección pelagra. En este grupo no deben aparecer los casos de pelagra que sobrevienen durante la evolución de una psicopatía bien establecida, tales como demencia precoz, psicosis maniaco-depresivas, psicosis seniles, etc. Los trastornos mentales al parecer enlazados más íntimamente con la pelagra, son ciertos estados de delirio o confusión (reacciones tóxico-organoideas) que sobrevienen durante la evolución de una pelagra intensa. Son esos los casos que por ahora deben ser asignados al grupo de las psicosis asociadas con pelagra.

(12) *Psicosis asociadas a otras enfermedades somáticas.*—En este grupo van los trastornos mentales que dependen al parecer directamente de alguna perturbación física o afección somática que no figura en los grupos anteriores.

En las formas designadas de (a) a (e) inclusive más adelante, figuran esencialmente delirios o estados de confusión que sobrevienen durante la evolución de una enfermedad infecciosa, o asociados con un estado de agotamiento o una toxemia. El trastorno mental es, aparentemente, resultado de la obstaculización de la nutrición cerebral o del efecto desfavorable ejercido por ciertas sustancias nocivas, venenos o toxinas sobre el sistema nervioso central. Los cuadros clínicos varían por demás. El delirio puede caracterizarse por intensa excitación motriz e incoherencia del habla, o por alucinaciones multiformes acompañadas de confusión intensa, o por un estado de estupefacción y confusión, accesos epileptiformes, síntomas catatonoideos y estupor. Al clasificar

esas psicosis, surge un problema difícil en muchos casos, si se trata de distinguir etiológicamente la infección y el agotamiento. Para las estadísticas deben hacerse las siguientes diferenciaciones:

En la casilla (a) "delirio ligado a enfermedades infecciosas," colóquense los *delirios iniciales* que sobrevienen durante el período prodrómico o de incubación, o antes de la fase febril, como en algunos casos de tifoidea, viruela, paludismo etc.; los *delirios febriles*, que parecen guardar relación bien definida con la hipertermia; y los *delirios post-febriles* del período de defervescencia, comprendiendo el llamado "delirio de colapso."

En la casilla (b) "psicosis post-infecciosas," deben juntarse los delirios, las formas leves de la ofuscación mental, o las reacciones de depresión, irritabilidad y suspicacia que acompañan la convalecencia de las enfermedades infecciosas. La astenia física y el agotamiento constituyen sin duda importantes factores en esos estados, y la diferenciación del "delirio por agotamiento" debe fundarse principalmente en los antecedentes y manifiesta relación íntima con la previa enfermedad infecciosa. (Algunos casos que no se reponen revelan un peculiar debilitamiento psíquico.) Clasifíquense en este grupo la "*cerebropathica psychica toxæmica*" y las psicosis polineuríticas no alcohólicas consecutivas a una enfermedad infecciosa, como tifoidea, influenza, septicemia, etc.

En la casilla (c) "delirio por agotamiento," clasifíquense las psicosis en que la principal causa precipitante del trastorno mental es el agotamiento físico no asociado con, o consecuencia de, una enfermedad infecciosa; por ejemplo, hemorragia, excesivo ejercicio físico, privación alimenticia, insomnio prolongado, debilidad producida por una enfermedad extenuante, etc.

De las psicosis asociadas con las afecciones de las glándulas endocrinas, las mejor conocidas son las tirogenas; pero la disfunción hipofisaria o suprarrenal asóciase a menudo con síntomas psíquicos.

Rotúlense, pues, según la etiología y síntomas las siguientes formas que figuran bajo "psicosis asociadas a otras enfermedades somáticas:"

- (a) Delirio ligado a enfermedades infecciosas
- (b) Psicosis post-infecciosa
- (c) Delirio por agotamiento
- (d) Delirio de origen desconocido
- (e) Psicosis con enfermedades cardio-renales
- (f) Psicosis con enfermedades de las glándulas endocrinas (especificquese)
- (g) Psicosis ligadas a otras enfermedades o estados (especificquese).

(13) *Psicosis maniaco-depresivas*.—Este grupo comprende las psicosis afectivas esencialmente benignas, trastornos mentales éstos caracterizados fundamentalmente por oscilaciones emotivas y propensión a las recurrencias. Pueden agregarse varias tendencias psicóticas, delirios, ilusiones y alucinaciones, estados de ofuscación, estupor, etc. Hay que distinguir las siguientes formas:

La reacción *maniática*, con su sensación de euforia (o irascibilidad), mariposeo de ideas e hiperactividad.

La reacción *depresiva*, con su sensación de insuficiencia psíquica y física, momentos de desaliento, tristeza o incapacidad, y en los casos

graves, retardo e inhibición. En algunos casos reinan la inquietud y ansiedad, acompañadas de inestabilidad.

La reacción *mixta*, combinación de las dos anteriores.

La reacción *estuporosa*, con su marcada atenuación de la actividad, abatimiento, ideas de muerte, y a menudo alucinaciones semejantes a sueños; algunas veces mutismo y síntomas de babeo y musculares, indicativos de las manifestaciones catatónicas de la demencia precoz, de la cual, sin embargo, deben diferenciarse esos estupores maniaco-depresivos.

El ataque es llamado *circular* cuando, como sucede a menudo, una fase va seguida inmediatamente de otra; por ejemplo, una reacción maniaca pasa a ser depresiva, o viceversa.

Los casos antiguamente clasificados como aliados con los maniaco-depresivos, deben colocarse en este grupo más bien que entre el de los no diagnosticados.

En las estadísticas especifíquense las siguientes:

- (a) Forma maniaca
- (b) Forma depresiva
- (c) Otras formas.

(14) *Melancolía involutiva*.—Estas depresiones son probablemente afines al grupo maniaco-depresivo, pero los síntomas y la involución son suficientemente característicos para justificar su separación como formas especiales de reacciones emotivas.

Encasillense aquí las depresiones de desarrollo lento de la *mitad de la vida y años subsecuentes*, que se presentan con cavilaciones, insomnio, inquietud, ansiedad y agitación, revelando por lo común el complejo de la irrealidad y sensorial, pero muy poco o ningún signo de dificultad para pensar (dislogia). La evolución suele ser prolongada. Exclúyanse las depresiones arterioescleróticas.

Cuando las depresiones agitantes del período de involución se sobrepone claramente a una manía depresiva con ataques anteriores (de abatimiento o excitación), para fines estadísticos clasifíquense en el grupo maniaco-depresivo.

(15) *Demencia precoz (esquizofrenia)*.—Este grupo no puede ser definido satisfactoriamente por ahora, pues restan todavía muchos puntos debatibles acerca de cuáles son los rasgos clínicos esenciales de la demencia precoz. Sin embargo, una gran mayoría de los casos pueden ser reconocidos sin mayor dificultad, aunque queda un importante grupo (más pequeño) formado por casos dudosos, atípicos, aliados o transicionales, que desde el punto de vista de los síntomas o el pronóstico ocupan una posición clínica incierta.

Los casos antiguamente clasificados como aliados con la demencia precoz, deben colocarse en este grupo más bien que en el de los no

diagnosticados. El término de "esquizofrenia" es empleado hoy día por muchos autores en vez de demencia precoz.

Los siguientes rasgos se hallan suficientemente bien establecidos para ser considerados como muy característicos de la forma de reacción de la demencia precoz:

Personalidad esquiva y reclusa, o que revela otros signos de anomalía en el desarrollo de los instintos y sentimientos.

Aparición de retraimiento y discrepancias entre el pensar por un lado, y las reacciones de conducta y emoción por otro.

Embotamiento gradual de las emociones, indiferencia o niñerías, con graves defectos de juicio, y a menudo síntomas hipocondriacos, suspicacia o ideas de referencia.

Aparición de tendencias peculiares, y a menudo ideas fantásticas, con una conducta rara, impulsiva o negativista, que no explica ningún trastorno afectivo agudo ni incapacidad mental.

Aparición de pensamientos egoístas y de ideas semejantes a sueños, ideas peculiares de ser forzado a hacer algo, o de obstaculización de la mente, o influjos físicos o místicos; pero con retención de una mentalidad clara en otros campos (orientación, memoria, etc.).

Según el predominio de ciertos síntomas en casos dados, suelen diferenciarse las siguientes cuatro formas clínicas de la demencia precoz; pero téngase presente que se trata puramente de distinciones relativas, y que tan comunes son las transiciones de una forma clínica a otra, que apenas pueden recopilarse estadísticas satisfactorias acerca de ellas.

Forma paranoidea: Casos caracterizados por la prominencia de las ilusiones, y en particular delirios de persecución o grandezas, a menudo enlazados en una forma muy intrincada, y alucinaciones de varios géneros.

Forma catatónica: Casos en que predominan las reacciones negativistas o varias peculiaridades de conducta con fases de estupor o excitación, caracterizadas las últimas por un comportamiento impulsivo, extraño o estereotipado, y por lo común alucinaciones.

Forma hebefrénica: Casos en que predomina la tendencia a las niñerías, sonrisas, risas, muecas, peculiaridades del habla y de los actos, y numerosas ideas extrañas, por lo común absurdas, grotescas y variables.

Forma simple: Casos caracterizados por indiferencia, desarrollo gradual de un estado apático, a menudo con comportamiento peculiar, pero sin expresión de delirios o alucinaciones.

(16) *Paranoia y estados paranoideos*.—Exclúyanse de este grupo los estados paranoideos si acompañados de deterioro, o sintomáticos de otros trastornos mentales o de algún factor lesionante, tal como alcohol, encefalopatía orgánica, etc. El grupo comprende casos que revelan suspicacia clínicamente fija, delirios de persecución, ideas dominantes o tendencias grandiosas, lógicamente trabajadas, y tomando en consideración la realidad, aunque partiendo de una interpretación

o principio falso. Otras características consisten en una conducta formalmente correcta, reacciones afectivas adecuadas, y claridad y coherencia de los pensamientos.

(17) *Psicosis epilépticas*.—Aparte del deterioro epiléptico, pueden sobrevenir psicosis transitorias, por lo común caracterizadas por una ofuscación mental seguida de amnesia para los acontecimientos externos durante el ataque. (El enfermo tal vez recuerde vívidamente sus alucinaciones y ensōnaciones durante el ataque.) Puede haber varios estados automáticos y secundarios de conciencia.

Según los rasgos clínicos más importantes pueden, pues, especificarse los siguientes trastornos mentales epilépticos:

Deterioro epiléptico: Desarrollo gradual de torpeza mental, retardo en las asociaciones y en los pensamientos, desmemoriamiento, irritabilidad o apatía.

Ofuscación epiléptica: Por lo común en la forma de reacciones de entorpecimiento, con ofuscación intensa, perplejidad y ansiedad o excitación con alucinaciones, temores y accesos violentos. En vez de temor tal vez haya momentos de éxtasis acompañado de exaltación religiosa.

Otras formas epilépticas.

(18) *Psiconeurosis y neurosis*.—El grupo de las psiconeurosis comprende los trastornos en que fuerzas mentales o ideas, de las que el sujeto ya se da cuenta (consciente) o no (inconsciente), producen varios síntomas psíquicos y físicos. En otras palabras, los trastornos son esencialmente de naturaleza psicógena.

El término de neurosis se emplea hoy día en general sinónimamente con psiconeurosis, aunque ha sido aplicado a ciertos trastornos en que, a pesar de ser los síntomas tanto psíquicos como físicos, la causa primaria es en el fondo física. Sin embargo, en la mayor parte de los casos interviene causas tanto psicógenas como físicas, y sólo cabe conceder peso relativo a unas u otras.

Las siguientes formas se hallan suficientemente bien definidas clínicamente para poder consignarlas en la estadística:

(a) Forma histérica: Episodios mentales en forma de delirio, estupor o ensoñación, durante los cuales los deseos reprimidos, los choques mentales o sucesos emotivos, desprendidos de la conciencia ordinaria, se escapan y dominan temporalmente la mente. Esos ataques van seguidos de amnesia parcial o completa. En la histeria intervienen varios trastornos físicos (sensoriales y motores), los cuales representan una conversión del efecto de los complejos de represión en síntomas orgánicos o, según otra fórmula, una disociación de la conciencia relativa a alguna función física.

(b) Forma psicasténica: Esta comprende las neurosis de ansiedad y de obsesión de algunos autores. Las principales características clínicas consisten en temores morbosos o fobias, obsesiones, dudas, impulsos, sensación de insuficiencia o impotencia, tensión nerviosa y ansiedad. Puede haber episodios de marcada depresión y agitación, y no se trastorna la conciencia ni aparece amnesia, como en la histeria.

(c) Forma neurasténica: Este título debe designar las neurosis debidas a la fatiga, en que intervienen evidentemente causas físicas así como psíquicas, caracterizadas en el fondo por fatigabilidad e irritabilidad psíquica y motriz (bradifrenia); igualmente, varias hiperestesias y parestesias; hipocondriasis y varias formas de abatimiento.

(d) Otras formas.

(19) *Psicosis asociadas con personalidad psicopática.*—Bajo la designación de personalidad psicopática está reunido un numeroso grupo patológico, cuya anomalía constitucional tradúcese principalmente por la naturaleza e intensidad de sus reacciones emotivas y volitivas. A fin de amoldarse a las exigencias del uso corriente, la designación de este grupo ha sido abreviada de la antigua: "psicosis asociadas con inferioridad psicopática constitucional," de la cual es sinónima. En este grupo no deben figurar los individuos que manifiestan alguna deficiencia intelectual (mental). Cabe considerar que varios de los grupos precedentes, en efecto, todas las llamadas psicosis constitucionales, maniaco-depresivas, demencia precoz, paranoia, psiconeurosis, etc., tienen por base una inferioridad o constitución psicopática, pues la previa constitución mental en dichos estados revela anomalías más o menos claras en las esferas afectiva y volitiva. Esas reacciones hállanse, al parecer, relacionadas con formas especiales de la constitución psicopática ya bastante bien diferenciadas, y las psicosis asociadas también poseen sus propias características distintivas.

Restan, sin embargo, otras varias formas menos diferenciadas de personalidad psicopática, en las cuales las reacciones psicóticas (psicosis) también varían de las ya mencionadas en los grupos anteriores.

Esas formas menos diferenciadas de desviaciones emotivas y volitivas son las que deben designarse, por lo menos para fines estadísticos, con el término de personalidad psicopática. La forma que toman los trastornos de conducta, las reacciones sociales, las tendencias del interés, etc., que pueden revelar las personalidades psicopáticas, imprimen rasgos especiales a muchos casos, por ejemplo, tendencias criminales, deficiencia moral, vagabundeo, perversiones sexuales, y varias peculiaridades del temperamento.

Los pronunciados trastornos mentales o psicosis que aparecen en las personalidades psicopáticas e imponen la reclusión, varían en su forma clínica y toman, por lo común, aspecto de episodios. Los más frecuentes son los accesos de irritabilidad, excitación, abatimiento, episodios paranoideos, estados transitorios de ofuscación, etc. A ese grupo pertenecen las verdaderas psicosis de los prisioneros.

De conformidad con la norma expuesta, toda personalidad psicopática que manifiesta accesos maniaco-depresivos debe ser asignada al grupo maniaco-depresivo, e igualmente de manifestar una psicosis esquizofrénica, debe ser incluida en el grupo de la demencia precoz.

Las personalidades psicopáticas sin accesos mentales episódicos ni síntomas psicóticos, deben ser asignadas al grupo "sin psicosis" en la casilla apropiada.

(20) *Psicosis asociadas con deficiencia mental.*—Este grupo comprende las psicosis en que existen varias formas de deficiencia intelectual o

mental. El grado de deficiencia debe ser determinado por los antecedentes y el empleo de las pruebas psicométricas aceptadas. El nivel intelectual puede ser indicado en las estadísticas con las palabras: límite (marginal), morón, imbecil, idiota.

En los sujetos mentalmente deficientes pueden aparecer psicosis agudas, y por lo común transitorias, de varias formas, imponiendo la reclusión en un hospital de enfermedades mentales. Las perturbaciones mentales más comunes son: episodios de excitación o irritabilidad, depresión, tendencias paranoideas, ataques alucinatorios, etc.

Los deficientes mentales pueden padecer de accesos maniaco-depresivos o de demencia precoz, en cuyo caso la clasificación diagnóstica debe ser psicosis maniaco-depresiva o demencia precoz, según sea el caso.

Los casos de deficiencia mental sin trastornos psicóticos deben ir al grupo "sin psicosis," bajo el encabezado correspondiente.

(21) *Psicosis no diagnosticadas.*—En este grupo deben figurar los casos en que no puede hacerse un diagnóstico satisfactorio y, por lo tanto, la psicosis debe ser considerada como inclasificada. La dificultad puede provenir de falta de información o de inaccesibilidad del enfermo; o el cuadro clínico puede ser oscuro, la etiología desconocida, o los síntomas extraños. Los casos asignados a este grupo durante el año deben ser repasados de nuevo antes de compilar las tablas anuales de diagnóstico. Los casos de ese género antiguamente asignados a uno de los grupos afines, no deben ser encasillados en el grupo no diagnosticado, salvo por alguna razón expresa. La mayor parte de los casos llamados hasta ahora aliados o afines, serán asignados al grupo principal con el cual se hallen mejor afiliados.

(22) *Sin psicosis.*—Este grupo debe recibir los pocos casos que, tras la investigación y observación, no manifiestan signos de haber tenido psicosis. La única dificultad que puede surgir en las estadísticas proviene de la clasificación de enfermos que se han repuesto de una psicosis antes de su ingreso. En esos casos, si la anamnesia, los documentos de ingreso o la historia retrospectiva del enfermo, revelan que hubo realmente una psicosis inmediatamente antes del ingreso, es decir, al verificarse la reclusión, el caso debe ser considerado como afecto de un trastorno mental y clasificado en la casilla correspondiente.

De determinarse que no existió psicosis, debe especificarse el estado que condujo al ingreso. Los siguientes son los considerados con mayor frecuencia:

- (a) Epilepsia
- (b) Alcoholismo
- (c) Toxicomanía
- (d) Personalidad psicopática
- (e) Deficiencia mental
- (f) Otros estados (especificquese).

TABLAS ESTADÍSTICAS RECOMENDADAS

A todos los hospitales dedicados a enfermedades mentales se les recomienda la siguiente serie de diez y nueve tablas estadísticas, las cuales permiten la exposición sistemática de datos que deben ser compilados anualmente por todas las instituciones de dicho género, y que deben hallarse a la disposición de todos los interesados en el tratamiento de las psicopatías. Las tablas son éstas:

- Tabla 1. Información general
- Tabla 2. Balance de caja (contaduría)
- Tabla 3. Movimiento de enfermos
- Tabla 4. Sitio de nacimiento de los primeros ingresos (casos nuevos) y de sus padres
- Tabla 4a. Edad de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con el sitio de nacimiento, y duración de la residencia en el país de los nacidos en el extranjero
- Tabla 5. Nacionalidad de los primeros ingresos
- Tabla 6. Psicosis de los primeros ingresos, designando tanto la forma como la psicosis principal
- Tabla 7. Raza de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 8. Edad de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 9. Grado de cultura de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 10. Ambiente de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 11. Condición económica de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 12. Consumo de alcohol por los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 13. Estado civil de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 14. Psicosis de los reingresados
- Tabla 15. Enfermos dados de alta, clasificados de acuerdo con las psicosis principales y estado al tiempo de egresar
- Tabla 16. Causas de muerte de las bajas, clasificadas de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 17. Edad de las bajas al tiempo de morir, clasificadas de acuerdo con las psicosis principales
- Tabla 18. Duración total de las hospitalizaciones de los enfermos fallecidos en el establecimiento, clasificados de acuerdo con las psicosis principales

El Comité Nacional de Higiene Mental de los Estados Unidos ha publicado en inglés una serie de impresos para empleo al preparar las tablas anteriores, los cuales facilita al costo. Esos modelos van numerados de conformidad con las tablas.

A fin de conseguir uniformidad en la compilación de esas tablas, se presentan aquí las siguientes explicaciones y definiciones:

INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE TABLAS ESTADÍSTICAS

Tabulación

Al tabular datos tomados de las fichas estadísticas, puede seguirse el siguiente procedimiento:

(1) Cuéntense y examínense las fichas para tener la seguridad de que el número se halla completo, que todas pertenecen a la serie, y que no hay duplicados.

(2) Sepárense las fichas de varones de las de mujeres.

(3) Tómense en orden las fichas para cada sexo y clasifíquense en grupos de psicosis. Cuéntense los grupos y anótense en la columna del "total."

(4) Subdivídase cada grupo de psicosis para corresponder a los encabezados de las columnas de las tablas. Cuéntense las fichas de cada subdivisión y háganse los asientos en las columnas correspondientes. Súmense todas las partidas y compruébese la suma con la indicada en la columna del "total."

(5) La tabla ya completa, compruébense las sumas verticales y horizontales y háganse las necesarias correcciones antes de comenzar otra tabla. Cerciorarse de que los totales convienen. El total de la esquina inferior a mano izquierda de las tablas 7 a 13 y 15 a 18, inclusive, debe ser idéntico para las partidas transversales al pie de la tabla y para la columna de la mano izquierda. Si existe alguna diferencia, por ejemplo, totales de 10, 12 y 22 en la columna vertical y de 11, 11 y 22 para la del pie, debe haber algún error de suma o de distribución en el texto. Lo mismo reza con las dos divisiones de la tabla 4a, comparadas con el total vertical de la columna agregada de la misma, pues éste debe ser igual a la suma de los totales para los naturales, extranjeros y sin averiguar.

(6) El total global de la tabla 1, sección 5, debe convenir con el total de la tabla 3, sección 7.

(7) La tabulación del sitio de nacimiento de los padres de los enfermos, tabla 4, no ofrecerá dificultad de seguirse cuidadosamente las siguientes instrucciones:

Colóquese en la columna "Ambos Padres" el número de enfermos, varones o mujeres, si los dos padres nacieron en el país respectivo. Las cifras en esa columna, incluso el total, jamás deben superar la menor de las dos cifras correspondientes en las columnas de "Padres" y de "Madres." Ejemplo: si el número de padres es 5, y el de madres 10, el número en la columna de "Ambos Padres" no puede ser mayor de 5, pero sí menor. El total de cada columna encabezada "Padres" y "Madres," igualará siempre el total de enfermos, ya hombres o mujeres, en que se considera el lugar de nacimiento de los padres.

Tómense primero las fichas de los varones y clasifíquelas con respecto al sitio de nacimiento de los padres. Ya sorteadas, cuéntense los varios grupos, haciendo los asientos en las casillas correspondientes de la tabla. Completa ya la columna, sortéense de nuevo las fichas con respecto al sitio de nacimiento de las madres. Terminada a su vez esta columna, sortéense por tercera vez las fichas con respecto al sitio de nacimiento de ambos padres, pero sólo incluyendo aquellos enfermos en que el sitio de nacimiento de ambos padres es idéntico. Repítase este procedimiento para las mujeres.

(8) Los totales de las tablas 4 a 13 deben conformarse con la partida 2a de la tabla 3.

(9) Los totales para grupos de edades en las tablas 4a y 8 deben convenir. El agregado para cada grupo de edad en la columna a mano izquierda de la tabla 4a debe ser idéntico que el total para cada grupo al pie de la tabla 8.

(10) Los totales para cada psicosis en las tablas 7 a 13, deben convenir con los de la tabla 6. Por ejemplo, si para las psicosis traumáticas en la tabla 6 fueron 69, 10 y 79, esas cifras deben aparecer en las tablas 7 a 13, inclusive.

(11) El total de la tabla 14 debe convenir con la partida 2b de la tabla 3. Los traslados no deben ser incluidos.

(12) El total de la tabla 15 debe igualar la suma de las partidas 5a, 5b, 5c y 5d de la tabla 3. Los traslados no deben ser incluidos.

(13) Los totales de las tablas 16, 17 y 18 deben corresponder a la partida 5f de la tabla 3.

(14) Las clasificaciones de acuerdo con las psicosis en las tablas 17 y 18 deben convenir.

Terminadas las tablas del año, las fichas deben ser sistemáticamente archivadas junto con las de años anteriores por grupos de psicosis, siguiendo el orden de los números de identificación de los enfermos, y reuniendo todas las fichas para cada sujeto.

Tabla 1.—*Información general*

Los datos relativos al hospital, servicio médico, empleados y enfermos que pide esta tabla, deben corresponder al último día del año económico de la institución.

Plantel.—El valor de los bienes del hospital debe ser calculado al costo, a menos que haya disminuído el precio primitivo debido a depreciación. En caso de ser ésta considerable, hágase un descuento razonable. Como el valor calculado de los bienes del hospital será objeto de comparación en diversas instituciones, háganse todas las tasaciones con cuidado, para representar lo mejor posible el verdadero valor de la propiedad. Los bienes raíces comprenden el terreno y todas las edificaciones permanentes que sobre él radican, tales como abastecimiento de agua, bombas, vallas, etc.; edificios e instalaciones fijas, tales como aparatos de calefacción, plomería y alumbrado, etc. Los bienes inmuebles comprenden el mobiliario y enseres, ganado, bienes que no se hallan enclavados en el terreno o edificios, y todos los demás bienes del hospital no incluidos en el término de "bienes raíces." Los géneros de consumo diario, como alimentos, carbón, etc., no deben ser incluidos.

Servicio médico.—El término de "médicos auxiliares," tal como se emplea en la tabla, comprende todos los médicos empleados regularmente en el hospital en un puesto inferior al del director o administrador, pero superior al de interno. El término de "ayudantes clínicos" designa médicos y estudiantes de medicina empleados temporal o permanentemente en el hospital en una capacidad inferior a la del interno médico. No deben mencionarse aquí los médicos consultores y de visita. Los dentistas y farmacéuticos residentes aparecerán en otros encabezados de esta tabla.

Otros funcionarios y empleados.—El término de "enfermeras recibidas" comprende únicamente a las enfermeras diplomadas en una escuela de enfermería mantenida por un hospital general u hospital de enfermedades mentales, que ofrece cursos que duran por lo menos dos años.

El término de "asistentes sociales" designa a las personas empleadas constantemente por el hospital para atender a los intereses de los enfermos dados de alta y a los demás externos. En la tabla no figurarán los empleados voluntarios de esa naturaleza.

Para poder hacer comparaciones con los datos del censo, conviene hacer al terminar el año un censo separado de los enfermos blancos y de otras razas, y clasificar los enfermos de cada raza de acuerdo con el trastorno principal mencionado en esta tabla. El término "otras razas" comprende a todos los enfermos

que no son blancos. Téngase cuidado de seguir las instrucciones ofrecidas en la tabla y de hacer el censo completo.

“Enfermo voluntario” es el recibido en una institución a petición propia.

Tabla 2.—*Balance de caja*

Al describir los gastos, téngase cuidado de diferenciar claramente los dedicados a mantenimiento y los dedicados a ensanches y mejoras permanentes. Todos los gastos corrientes y de sostenimiento deben ser cargados a la partida de mantenimiento. Los desembolsos que aumentan el valor primitivo de la propiedad, deben ser cargados a la partida de capital o de mejoras permanentes. No se sustraigan de la partida de mantenimiento las sumas recibidas de los pensionistas, o de los familiares o administradores de los enfermos.

El estado de caja debe tomar la forma exacta que exige el impreso, y los ingresos y egresos deben balancear. Si hubo algún déficit al principio o término del año económico, debe consignarse.

Tabla 3.—*Movimiento de enfermos afectos de enfermedades mentales*

Esta tabla pide un informe del movimiento de los enfermos con enfermedades mentales en libros separados de los otros de los enfermos que puedan ser atendidos en el mismo establecimiento. Como los coeficientes de ingreso, alta y defunción serán computados por los datos consignados en esta tabla, es importante que se observen con todo cuidado las instrucciones indicadas en ella. Para mayor conveniencia defínense a continuación los principales términos empleados en esa tabla, y que poseen el mismo significado en todas las tablas descritas en este manual.

El término “enfermedades mentales” es empleado en su sentido más amplio para comprender a todos los enfermos de psicosis que aparecen en los libros del hospital, haciendo caso omiso del método de ingreso, ya voluntario, oficial, de urgencia, asistencia temporal, observación, etc. Como por lo menos teóricamente estos hospitales están dedicados exclusivamente a psicopatías, incluirá defectuosos mentales, epilépticos, alcohólicos, narcómanos, y otros clasificados como “sin psicosis,” a menos que el hospital posea un departamento separado para ellos. Si existe un departamento separado para defectuosos mentales y epilépticos que no manifiestan enfermedades mentales, deben aparecer en las tablas uniformes creadas para las instituciones destinadas a atender a dichos enfermos.

Los “primeros ingresos” comprenden todos los enfermos recibidos por primera vez en cualquier establecimiento de enfermedades mentales, ya público o privado, doquiera que radique, ya sea en el Estado mismo o fuera de él, salvo instituciones dedicadas exclusivamente a asistencia temporal. El número de primeros ingresos indica mejor qué ningún otro dato la frecuencia de las psicopatías, por lo cual debe tenerse cuidado de separar los primeros ingresos de los reingresos.

Los “reingresos” comprenden a todos los enfermos recibidos previamente bajo tratamiento en un establecimiento de enfermedades mentales, salvo los trasla-

dados y los enfermos que han recibido tratamiento únicamente en establecimientos dedicados a la asistencia temporal.

Los "traslados" comprenden a todos los enfermos llevados directamente de un hospital de enfermedades mentales a otro del mismo Estado. Bajo ningún concepto deben comprenderse los traslados entre los primeros ingresos o los reingresos.

"Curado" indica el estado de los enfermos que han recuperado su salud mental normal, de modo que puede considerarse que poseen casi el mismo estado mental que poseían antes de iniciarse la psicosis.

"Mejorado" denota cualquier grado de mejoría mental que no llega a curación.

Los "dados de alta condicional," "evadidos" (prófugos), etc., y todos los demás enfermos que aparecen en los libros pero se hallan ausentes del hospital, deben ser tabulados en la casilla lb.

Los enfermos que mueren mientras se hallan de alta condicional o evadidos, no deben ser clasificados en la casilla 5f, sino en la 5a, b, c o d, como si hubieran sido dados de alta el día en que abandonaron el hospital. No es justo cargar al hospital una defunción después que el enfermo lo abandonara. Esos enfermos deben figurar también en la tabla 15, pero no en las 16, 17 o 18.

Los "deportados," es decir, los enviados a otro Estado o país, deben figurar en la casilla 5a, b, c o d. Puede agregarse una nota para indicar el número de los deportados.

Tabla 4.—*Sitio de nacimiento de los primeros ingresos y de sus padres*

Debe tenerse cuidado de averiguar el país de nacimiento de cada primer ingreso. Obténgense nuevos mapas de Europa revelando los cambios de las fronteras nacionales después de la última guerra, y consígnese el sitio de nacimiento de acuerdo con los nuevos límites. Por ejemplo, los enfermos nacidos en Alsacia y Lorena deben aparecer ahora como nacidos en Francia. Al tabular el sitio de nacimiento de los padres, colóquese en la columna "Ambos Padres" el número de enfermos, ambos de cuyos padres nacieron en el país respectivo. A continuación aparece una lista de los países que deben mencionarse al consignar el sitio de nacimiento, la cual ha sido modificada de la clasificación del Censo de los Estados Unidos:

Africa	España	México
Alemania	Europa†	Noruega
Antillas*	Filipinas	Polonia
Asia†	Finlandia	Portugal
Australia	Francia	Puerto Rico
Austria	Gales	Rumanía
Bélgica	Grecia	Rusia
Canadá‡	Holanda	Sudamérica
Centroamérica	Hungría	Suecia
Cuba	India	Suiza
Checoslovaquia	Inglaterra	Turquía Asiática
China	Irlanda	Turquía Europea
Dinamarca	Italia	Yugoeslavia
Escocia	Japón	Otros países

† Países que no figuran en la lista.

‡ Incluso Terranova.

* Salvo Cuba y Puerto Rico.

Tabla 4a.—*Edad de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con el sitio de nacimiento, y duración de la residencia en el país de los nacidos en el extranjero*

Al preparar esta tabla, es mejor separar primero las fichas de cada sexo en dos grupos: naturales del país, y extranjeros. Las fichas para los nacidos en el país serán luego separadas de acuerdo con el sitio de nacimiento de los padres: naturales, extranjeros, mixtos, y no averiguados. Las fichas de cada grupo deben ser luego dispuestas según la edad de los primeros ingresos. Luego debe contarse el número correspondiente a cada grupo de edad y consignarlo en el sitio debido de la tabla.

Las fichas del grupo de nacidos en el extranjero serán separadas de acuerdo con la duración de la residencia en el país antes del ingreso, en los grupos siguientes: menos de 5 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años, 15 años y más, y no averiguados. Las tarjetas de cada sub-grupo serán luego dispuestas por grupos de edad, haciéndose la anotación correspondiente en la tabla.

La paternidad de un enfermo es considerada extranjera si ambos padres nacieron fuera del país; mixta si un padre nació en un país extranjero y otro es natural del país, o si no se conoce el sitio de nacimiento de un padre y el otro fué de hijos del país o extranjeros. El período de tiempo en el país antes del ingreso es inclusivo, por ejemplo, 5 a 9 años comprende 5, 6, 7, 8 y 9 años. Lo mismo reza con los grupos de edad de los primeros ingresos: 15 a 19 años comprende 15, 16, 17, 18 y 19 años.

Tabla 5.—*Nacionalidad de los primeros ingresos*

Datos exactos acerca de la ciudadanía son muy importantes, por su relación directa con las leyes referentes a inmigración. Los siguientes apuntes acerca del asunto tal vez sean útiles:

La nacionalidad del enfermo y del padre del mismo será expresada claramente como "natural" o "extranjera." Los nacidos en el extranjero (con pocas excepciones) son forasteros a menos que hayan obtenido carta de ciudadanía, y deben considerarse como tales hasta tanto presenten pruebas de su naturalización. Los extranjeros adultos pueden naturalizarse de acuerdo con las leyes del país. Una mera declaración de tal intención no otorga derecho de ciudadanía.

Con respecto a los menores de edad, esposas e hijos de extranjeros, hay que regirse por las disposiciones de las leyes nacionales.

Tabla 6.—*Psicosis de los primeros ingresos*

Al diagnosticar las psicopatías, estúdien cuidadosamente y síganse en todo lo posible las instrucciones ofrecidas en este manual (páginas 758-769). Al preparar la tabla, consígnese el total para cada grupo numerado, y hasta donde pueda determinarse, el número de cada subdivisión.

Tabla 7.—*Raza de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales*

Al preparar esta tabla y las demás en que se correlacionan las principales psicosis con otros puntos, debe tenerse cuidado de que aparezca el mismo total para cada grupo en cada tabla.

La raza de los enfermos recibidos debe ser designada de acuerdo con los términos consignados en la siguiente lista:

Africano (negro)	Francés	Japonés
Alemán	Galés	Lituano
Antillano (salvo cubano)	Griego	Magiar
Armenio	Hebreo	Mexicano
Búlgaro	Hispanoamericano	Portugués
Cubano	Holandés y flamenco	Rumano
Chino	Indio americano	Sirio
Escandinavo†	Indio oriental	Turco
Escocés	Inglés	Otras razas específicas
Eslavónico*	Irlandés	Mixto
Español	Ileño del Pacífico	
Finlandés	Italiano‡	

† Inlcuso del "norte" y del "sur."

‡ Noruegos, daneses y suecos.

* Inlcuso bohemios, bosnios, croatas, dálmatas, herzegovinos, montenegrinos, moravos, polacos rusos, rutenos, serbios, eslovacos y eslovenos.

Como guía para la determinación de la raza, debe emplearse en los Estados Unidos el "Dictionary of Races or Peoples" preparado por la Comisión de Inmigración, ejemplares del cual pueden ser conseguidos por conducto del departamento de estadística del Comité Nacional de Higiene Mental, de Nueva York. Nótese cuidadosamente las siguientes indicaciones relativas a la clasificación étnica:

Africano.—Aplicase este término a todos los negros de sangre pura o mestiza, ya procedan de Africa Antillas y Europa, o Norte o Sudamérica.

Alemán.—Téngase cuidado de clasificar a los alemanes procedentes de Rusia como alemanes.

Antillano.—Téngase cuidado de excluir a los negros, cubanos, e hispanoamericanos. Sólo un número pequeñísimo de antillanos que no son negros son recibidos en los Estados Unidos.

Armenio.—Téngase cuidado de no confundir los armenios con los sirios.

Búlgaro.—Los búlgaros que vienen a los Estados Unidos proceden siempre de Bulgaria, pero no resulta siempre posible distinguirlos por el puerto de partida en Europa. El idioma servirá de identificación en todos los casos.

Cubano.—Muéstrese cuidado para no comprender a los negros y los hispanoamericanos entre los cubanos.

Eslavónico.—Importantísima división étnica, dado el gran número de inmigrantes eslavónicos que han llegado a los Estados Unidos en los últimos años. El empleo de este término ayudará probablemente a resolver muchas dificultades, pues elimina la diferenciación entre polacos, eslovacos, etc. El único peligro consiste en la posible inclusión de lituanos, finlandeses, magiares o rumanos.

Español.—Téngase cuidado de no aplicar este término a los hispanoamericanos.

Finlandés.—No todos los naturales de Finlandia son finlandeses, pues muchos son suecos. De los finlandeses que viven en Europa, más de un millón residen fuera de Finlandia.

Hebreo.—No se encontrará dificultad para identificar a los judíos, y deben clasificarse como tales, haciendo caso omiso del país de donde proceden.

Hispanoamericano.—Este término sólo designa "los individuos de Centro y Sudamérica de descendencia española."

Holandés y flamenco.—Casi todos los holandeses que vienen a los Estados Unidos proceden de Holanda y se llaman a sí propios "holandeses." Los flamencos vienen principalmente de Bélgica.

Indio oriental.—Este término comprende los naturales de las Indias Orientales, hindús inclusive, y es muy vago etnológicamente. En los Estados Unidos el punto reviste poca importancia, pues llegan muy pocos inmigrantes de dicha región.

Inglés.—Téngase cuidado de excluir los judíos nacidos en Inglaterra, así como individuos de otras razas.

Italiano.—A los Estados Unidos vienen muy pocos italianos de fuera de Italia, aunque algunos llegan del Brasil y la Argentina. Téngase cuidado de no confundir a los últimos con hispanoamericanos.

Lituano.—En los Estados Unidos es muy probable que se confunda a los lituanos con los polacos eslovacos; pero son una raza muy distinta de la "eslavónica" y deben ser enumerados por separado.

Magiar.—A los magiares los llama a menudo el vulgo "húngaros" y "hunos."

Rumano.—La única probabilidad de error aquí consiste en no excluir a judíos y gitanos.

Turco.—Los armenios y sirios no deben figurar bajo esta designación.

Mixto.—Empléese este término para designar la raza de un enfermo cuyos antepasados pertenecieron a dos o más razas distintas. No se empleen los términos "americano," "suizo" o "austriaco" para designar la raza. (Véase la discusión de esos términos en el "Dictionary of Races or Peoples.")

Tabla 8.—*Edad de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales*

Lo dicho con respecto a los grupos de edades en la tabla 4a, reza también con esta tabla.

Tabla 9.—*Grado de cultura de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales*

"Analfabeta" denota una persona que no sabe ni leer ni escribir.

El encabezado "leë y escribe" comprende a los que han asistido a una escuela elemental, pero sin completar los estudios del cuarto grado. Los términos de educación elemental, superior y universitaria serán interpretados en el sentido de que designan graduación de dichos establecimientos, respectivamente, o terminación por lo menos de la mitad del curso. Dos años de un curso de una escuela profesional, tal como medicina, odontología y farmacia, será considerado como educación universitaria. Las escuelas de cursos comerciales son principalmente elementales, aunque hay algunas superiores y universitarias.

Tabla 10.—*Ambiente de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales*

"Urbano" y "rural" son empleados en esta tabla lo mismo que en la clasificación del censo de los Estados Unidos, es decir, que las localidades con una población de 2,500 habitantes o más son consideradas como urbanas, y todas las demás como rurales.

Tabla 11.—*Condición económica de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales*

El término "condición económica" denota las circunstancias del enfermo antes de iniciarse la psicosis. Los términos empleados para clasificarla se definen así:

"Dependiente": Falto de las necesidades de la vida, y que recibe ayuda del erario público o de personas que no son sus parientes cercanos.

"Marginal": Que vive de los ingresos diarios, pero ahorrando muy poco o nada, es decir, en el margen que separa la independencia de la dependencia.

"Acomodada": Que tiene suficientes recursos ahorrados para sostenerse a sí propio y a su familia por lo menos cuatro meses.

No debe clasificarse a los enfermos como "dependientes" porque no puedan reembolsar al hospital por su mantenimiento, con tal que pudieran antes sostenerse a sí propios. Los menores y ancianos sostenidos por sus familias no deben ser clasificados como "dependientes," sino que su condición económica será considerada idéntica a la de la familia.

Un pensionado sin ahorros debe ser clasificado como "marginal."

Tabla 12.—*Consumo de alcohol por los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales*

El término "consumo de alcohol" se refiere a los hábitos alcohólicos del enfermo antes de iniciarse la psicosis. El término "abstención" debe ser empleado para las personas que no toman bebidas alcohólicas de ningún género. "Temperado"

denota una persona que consume algún licor, pero no en cantidad suficiente para embriagarse. La intemperancia implica: (a) embriagueces repetidas; (b) deterioro físico, psíquico o moral, o cualquier enfermedad debida al alcohol; y (c) conducta antisocial debida al alcohol.

Tabla 13.—*Estado civil de los primeros ingresos, clasificados de acuerdo con las psicosis principales*

Los términos relativos al “estado civil” que figuran en los encabezados, se aplicarán de acuerdo con el uso corriente de esos vocablos. “Separado” indica que viven los cónyuges distanciados por separación, ya sea jurídica o no, pero no divorciados.

Tabla 14.—*Psicosis de los reingresados*

El término “reingreso,” según se ha consignado previamente, comprende todos los enfermos recibidos que hayan estado antes bajo tratamiento en un hospital de enfermedades mentales, salvo los trasladados y los que han recibido únicamente tratamiento en establecimientos dedicados a la asistencia temporal.

Tabla 15.—*Enfermos dados de alta, clasificados de acuerdo con las psicosis principales y estado al tiempo de egresar*

Los términos “curado,” “mejorado,” “sin mejoría” y “sin psicosis” deben emplearse lo mismo que en la tabla 3, y las sumas de los encasillados respectivos deben convenir con las de la sección 5 de dicha tabla.

Tabla 16.—*Causas de muerte de las bajas, clasificadas de acuerdo con las psicosis principales*

Cada establecimiento puede procurarse por conducto de la Oficina Sanitaria Panamericana un ejemplar de la *Nomenclatura Internacional de las Causas de Muerte*, a fin de inscribir las defunciones de los enfermos conforme a las instrucciones consignadas en esa publicación. Si se emplea cuidadosamente dicha nomenclatura, las tablas de mortalidad preparadas en los varios establecimientos serán comparables. El siguiente extracto de la nomenclatura resultará útil:

(1) Escójase la causa primaria, es decir, la causa verdadera o subyacente de la muerte. Por lo común, esa es:

- (a) La causa que apareció primero.
- (b) La de mayor duración. Si el médico escribe primero la que ha durado menos, debe investigarse si se trata o no de un mero síntoma, complicación o estado terminal.
- (c) La causa en la cual la causa contributoria (secundaria) es una complicación frecuente.
- (d) El médico puede indicar la relación de las causas con palabras, aunque esto se aparta de la forma en que se intentaba que se llenara la casilla; por ejemplo, bronconeumonía consecutiva a sarampión (causa primaria al fin), o sarampión seguido de bronconeumonía (causa primaria al principio).

(2) Si la relación entre primaria y secundaria no es clara, prefiéranse las enfermedades generales, y las infecciosas y muy peligrosas y las epidémicas, a las locales.

(3) Prefiéranse las enfermedades graves o por lo común mortales, a las leves.

(4) Desatiéndanse las causas mal definidas, así como los términos imprecisos y mal definidos (v.g., debilidad, atrofia). No se preste atención a meras formas de muerte (insuficiencia cardíaca o respiratoria), ni a síntomas o estados terminales (v.g., congestión hipostática de los pulmones).

(5) Escójanse homicidio y suicidio de preferencia a cualquiera consecuencia, y los traumatismos accidentales graves que bastan por sí solos para producir la muerte, a todas las consecuencias corrientes. El tétano debe ser preferido a cualquiera lesión fortuita, y erisipela, septicemia, piemia, peritonitis, etc., a lesiones fortuitas menos graves. Prefiéranse los medios bien definidos de la lesión fortuita (v.g., accidente ferroviario, explosión en una mina de carbón, etc.), a vagas declaraciones, o declaraciones acerca únicamente de la naturaleza de la lesión (v.g., accidente, fractura craneal).

(6) Prefiéranse las afecciones somáticas (v.g., tuberculosis pulmonar, diabetes) a las mentales como

causa de la muerte (v.g., psicosis maniaco-depresiva); pero parálisis general de los dementes (demencia parálitica) es un término preferido.

(7) Prefiéranse las causas puerperales, salvo cuando una enfermedad grave (v.g., cáncer, mal de Bright o nefritis crónica) es la causa independiente.

(8) Cuando hay dudas acerca de la enfermedad a que debe darse preferencia, consúltese el Manual de Causas Conjuntas de Muerte publicado por la Oficina del Censo de los Estados Unidos.

(9) Desantiéndanse por lo general rúbricas y términos imprecisos en favor de otros más precisos.

Tabla 17.—*Edad de las bajas al tiempo de morir, clasificadas de acuerdo con las psicosis principales*

Las observaciones referentes a los grupos de edades en relación con la tabla 4a, rezan igualmente con esta tabla y con la 18.

Tabla 18.—*Duración total de las hospitalizaciones de los enfermos fallecidos en el establecimiento, clasificados de acuerdo con las psicosis principales*

El término "duración total de las hospitalizaciones" denota el tiempo total pasado por un enfermo en hospitales dedicados a enfermedades mentales en cualquier sitio.

Fiebre amarilla en Venezuela.—Benarroch describe la epidemia de fiebre amarilla observada en los últimos años en Guayana, que según sus informes se inició en el Coro a fines de julio 1928 y cesó en abril 1929. No se pudo averiguar nada con respecto al origen y residencia del primer paciente. El total de enfermos fué probablemente de 250 a 300, entre ellos 15 fatales, estos últimos típicos amarillos. No se sabe si en realidad se trató en todos los casos de fiebre amarilla, pues los diagnósticos fueron clínicos. Otros focos en la misma región, que no investigara el autor, tuvieron lugar en Curí, a 150 km de El Callao, donde en nbre. 1928 hubo 3 casos fatales, y en Palmar, a 62 km de El Callao, donde en dbre. 1928 hubo 9 casos fatales, en ambos casos entre un total desconocido. Los vistos por el autor fueron en Guasipati, población de 1,500 habitantes, donde del 15 de marzo al 31 de mayo 1929, hubo 149 casos con 5 fatales (3.3 por ciento). La edad más atacada fué de 10 y a 19 años (70 casos con 4 de las 5 muertes). Como el paludismo constituye la más importante endemia local, las primeras investigaciones consideraron ese factor, pero de 52 ejemplares sanguíneos de los enfermos, sólo 3 resultaron positivos, comparado con 2 positivos entre otros 43 sujetos. El índice esplénico en los febriles fué de 15 y en la población general de 14 por ciento. La epidemia se desarrolló en forma esencialmente doméstica. La investigación de anófeles en las casas resultó casi siempre negativa, salvo en una casa situada a 5 km del poblado, mientras que el índice estegómico gué de 100 por ciento para larvas y 80 por ciento para insectos adultos. En un caso el diagnóstico histopatológico hecho por el Prof. Hudson, del Instituto Rockefeller, fué positivo para fiebre amarilla. En 1933 la Fundación Rockefeller recogió un número considerable de sueros de la región para las pruebas de Theiler, resultando positivos algunos. En la discusión, Carvallo hizo notar que la fiebre amarilla puede todavía reaparecer en otras regiones del país, dada la existencia en Caracas de mosquitos vectores, y no poseer los actuales habitantes la inmunidad de hace algunos años. Al terminar la discusión, la Academia Nacional de Medicina de Caracas dispuso nombrar una Comisión que indicara al Ministerio de Salubridad e Higiene la conveniencia de cumplir lo dispuesto por la IX Conferencia Sanitaria Panamericana en lo referente a fiebre amarilla. (Benarroch, E. I.: *Gac. Méd. Caracas*, 19, eno. 31, 1936.)